

vizsgálat úgy találta, hogy bizonyos zöldségekben, fokhagymában és gyümölcsökben (elsősorban narancsban és mandarinban) dús táplálkozás véd a gégerák ellen, de a sóval tartósított hús és hal ugyanúgy, mint az egyéb tényezők emelték a rákos folyamat rizikóját.⁴⁷

A fejezetünkben bemutatott minták alapján látható, hogy a betegségek jelentős száma az étrendi hiedelmekkel és gyakorlattal kapcsolatos bár ezek a kulturális tényezők azokon a helyeken lehetnek csak relevánsak, ahol elegendő élelmiszer áll rendelkezésre. Az étrend módosítására, javítására irányuló törekvéseknek, ezért figyelembe kell venniük, hogy az étel valamennyi társadalomban és kulturális csoportban nagy szerepet játszik.

Ajánlott irodalom

- Dettwyler, K. A. (1992) The biocultural approach in nutritional anthropology: case studies in malnutrition in Mali. *Med. Antropol.*, 1-, 17–39.
- Farb, P. and Amelagos G. (1980) *Consuming Passion: The Anthropology of Eating*. Boston: Houghton Mifflin. A táplálkozási antropológia kiváló áttekintése
- Keesing, R. M. (1981) *Cultural Anthropology*. New York: Holt, Rinehart and Winston. A 459–66. oldalakon az élelmiszer előállítás politikai gazdaságtana szerepel.
- Snow, L. F and Jonhson, S. M. (1978) Folklore, food, female reproductive cycle. *Ecol. Food Nutr.*, 7, 41–9.

Gondozás és gyógyítás: az egészségügyi ellátás területei

A legtöbb társadalomban, a fizikai vagy emocionális nehézségektől szenvedő emberek számos módon tudnak segíteni magukon, vagy segítséget kérni másoktól. Dönthetnek, például úgy, hogy pihennek egy kicsit, vagy otthon maradnak, tanácsot kérnek barátaiktól, rokonaiktól vagy a szomszédjuktól, megbeszélik problémájukat a pappal, a népi gyógyítóval vagy „egy bölccsel”, vagy úgy határozzák meg, hogy orvoshoz fordulnak, feltéve, hogy ezek a lehetőségek elérhetőek számukra. Az emberek végigjárhatják valamennyi fent felsorolt lehetőséget, vagy csak egyet vagy néhányat próbálnak ki, és ezeket bármilyen sorrendben megtehetik. Minél nagyobb és összetettebb a társadalom, amelyben élnek, ezek a terápiás lehetőségek valószínűleg annál nagyobb számban állnak rendelkezésükre, feltéve, hogy az érintett egyén képes megfizetni őket. A modern urbanizált társadalmakban, nyugati és nem-nyugatiakban egyaránt, ezért valószínűbb az *egészségügyi ellátás ún. pluralizmusa*. Ezekben a társadalmakban, sok olyan ember van, aki a lakosok egészségi állapotát, betegségét sajátos, egyéni módon magyarázza, diagnosztizálja és kezeli. Bár ezek a terápiás módszerek párhuzamosan fordulnak elő, gyakran teljesen eltérő alapokon nyugszanak, így pl. a nyugati típusú orvoslás Kínában, vagy a kínai akupunktúra a modern nyugati társadalmakban. A beteg ember számára azonban a gyógymódok eredete kevésbé fontos, mint az, hogy enyhítik-e szenvedésüket.

Az egészségügyi ellátás pluralizmusának szociális és kulturális aspektusai

Az antropológusok felhívták a figyelmet arra, hogy egyetlen társadalom *egészségügyi ellátási rendszere* sem tanulmányozható az adott társadalom más vetületeitől, különösen annak *szociális, vallási, politikai és gazdasági rendszerétől*, elkülönítve. Az egészségügyi ellátás rendszerét az utóbbiak erőteljesen befolyásolják, és valamennyi terület ugyanazonokon a feltételezéseken, értékeken és világszemléleten nyugszik. Landy¹ véleménye szerint, az egészségügyi ellátási rendszernek két fő, egymással kapcsolatban álló, vetülete van: a *kulturális* vetület, amely bizonyos alap elképzeléseket, *teóriákat*, gyakorlati normákat, szemléleti módokat foglal magába; és a *szociális* vetület, amely az ellátás bizonyos speciális szerepeket (például „orvos” és

„beteg”) történő szerveződésére vonatkozik, és azokra a szabályokra, amelyek a szerepek közti kapcsolatokat irányítják bizonyos speciális helyzetekben (például kórházban, vagy az orvosi rendelőben). A legtöbb társadalomban, az egészségügyi ellátás valamelyik formája, mint például a tudományos orvoslás a nyugati társadalmakban, a többi fölé kerül, és annak kulturális és szociális vetületét jogilag is magasabbra emelik. Ezen a „hivatalos” egészségügyi ellátási rendszeren kívül – amely az orvosi és ápolói szakmát foglalja magába – általában vannak kisebb, alternatív rendszerek is, mint pl. a homeopátia, a herbaterápia, és a spiritualizmus Nagy-Britanniában, amelyek *egészségügyi szubkulturáknak* is nevezhetők. Mindegyik ellátási rendszerben megvan a betegségek keletkezésének és kezelésének önálló elmélete és módja, és a gyógyítók szakmai egyesületekbe tömörülnek, amelyekben a belépésnek, a kezelés módszereinek, és a beteghez való viszonyulásnak szigorú szabályai vannak. Az orvoslás szubkulturái gyökerezhetnek az adott társadalomban, és importálódhatnak máshonnan; gyakran a bevándorlók magukkal hozzák anyaországuk hagyományos gyógyítóit, hogy legyen, aki egészségi állapotukkal kulturálisan megszokott módon foglalkozik. Nagy-Britanniában, ennek példái a muszlim *hakim*-ok vagy a hindu *vaids*-ok, akikhez az indiai szubkontinensről származó bevándorlók gyakran fordulnak. Az egészségügyi ellátás pluralizmusával foglalkozva, bárhol is fordul elő, fontos megvizsgálni az egyén számára elérhető egészségügyi ellátási módok szociális és kulturális vetületét is.

Ebben a fejezetben a komplex társadalmak egészségügyi ellátásának pluralizmusát fogom elemezni, annak bemutatására, hogy:

1. Milyen terápiás lehetőségek állnak a betegek rendelkezésére ezekben a társadalmakban.
2. A különböző lehetőségek között hogyan és mi alapján történik választás.

Foglalkozni fogok az egészségügyi ellátás pluralizmusával Nagy-Britanniában is, és ennek az egészségügyi ellátás biztosítására gyakorolt hatásával is.

Az egészségügyi ellátás három területe

Kleinman² azon a véleményen van, hogy bármelyik komplex társadalomban az egészségügyi ellátás három, egymást átfedő, egymással összefüggő területét lehet elkülöníteni: a *populáris*, a *hagyományos*, és a *hivatalos* részt. Mindhárom terület a betegségek magyarázatának, és gyógyításának saját rendszerével rendelkezik, mindegyik meghatározza, hogy ki a gyógyító és ki a beteg, és megadja a módját annak, ahogy a gyógyítónak és a betegnek viselkednie kell a terápiás célú találkozások során.

A populáris terület

Ezt a szektort a társadalom laikus, nem-szakmai, nem-specializált része adja, amelyben az egészségi állapot változását először észreveszik, megnevezik, és kezdeményezik az egészségügyi ellátás igénybevételét. A terület mindazt a kezelésmódot magába foglalja, amelyet az emberek fizetés és a hagyományos gyógyítók vagy orvosok megkérdezése nélkül kipróbálnak. A lehetőségek közé tartozik: az öngyógyítás és öngyógyszerelés; a rokonok, barátok, szomszédok és munkatársak által adott tanácsok és javasolt gyógymódok; az ápoló és kölcsönösen egymást segítő templomi, kultikus, vagy önszerveződő csoportok tevékenysége; vagy egy olyan laikkal való konzultáció, akinek saját tapasztalati vannak az adott betegséggel vagy kezelési móddal kapcsolatban. Az egészségügyi ellátás fő helyszíne a *család* ebben a szektorban; amelyben a legtöbb betegséget felismerik és kezelik. A család képezi az egészségügyi alapellátás igazi helyszínét valamennyi társadalomban. A családban, Chrisman³ szerint, az egészségügyi ellátást főként *nők* nyújtják, általában az anyák, és a nagymamák, akik a leggyakoribb betegségeket diagnosztizálják és a kéznél levő eszközökkel kezelik. Becslések szerint,⁴ az egészségügyi ellátás 70-90%-a ebben a szektorban zajlik, a nyugati és a nem-nyugati típusú társadalmakban egyaránt.

A „megbetegedő” emberek tipikusan a „segélyforrások hierarchiáját” követik, ami az öngyógyítással kezdődik és a másokkal való konzultációig tart. Az öngyógyítás a test szerkezetéről és működéséről, valamint a betegségek eredetéről és természetéről alkotott laikus elképzeléseken alapszik. Ez számos módszert foglal magába, ilyenek pl. a csodagyógyszerek, a hagyományos népi gyógymódok, vagy az angol nyelvterületen „öreg néne mesék”-nek nevezett módszerek – de az étrend és a viselkedés megváltoztatása is. Az ételek gyógyszerként is használhatók (lásd részletesen a 3. fejezetben) a népi megbetegedések esetében, mint pl. az Egyesült Államok déli részén a „magas vér” esetén bizonyos ételeket fogyasztanak a fokozott vértérfogat csökkentésére, amelyet az állapot kiváltó okának tartanak; vagy Latin-Amerikában, ahol egyes ételekről úgy tartják, hogy azok ellensúlyozzák a „hideg” vagy a „forró” betegségeket, és ezáltal visszaállítják a test egyensúlyát. Az Egyesült Államokban és Nagy-Britanniában egyaránt gyakran használnak vitaminokat az egészség visszaállítására, ha valaki „nem jól érzi magát”. A különböző betegségeket kísérő viselkedésváltozások a speciális imádságoktól, rítustoktól, gyógyástól és böjttől, a talizmánok és amulettek használatán keresztül a „meghülés” vagy „felfázás” esetén való meleg ágyban maradásig terjednek.

A populáris szektor rendszerint tartalmaz egy az *egészség fenntartására* vonatkozó képzetrendszert. Ez általában azokat a „helyes” viselkedésre vonatkozó szabályokat foglalja össze, amelyek jellemzőek az egyes kulturális csoportokra, és amelyek betartásával megelőzhe-

tő, hogy az egyén és mások megbetegedjenek. Ez tartalmazza az „egészséges” étkezési, ivási, alvási, öltözködési, munkavégzési, imádkozási és általános életvezetési módokat. Egyes társadalmakban az egészség fenntartásához talizmánokat, amuletteket és vallási medálokat is használnak, a „balszerencse” (pl. váratlan megbetegedés) elkerülésére, vagy a „jószerencse”, így a jó egészség odavonzására.

Az egészségügyi ellátás legnagyobb része olyan emberek között megy végbe ebben a szektorban, akik már korábban is összekötött valamilyen (családi, baráti, szomszédi, munkatársi, vagy egyházi közösségi) kapcsolat. Ez azt jelenti, hogy a beteg és a gyógyító a betegségekről és az egészségről azonos vagy hasonló elképzelésekkel rendelkezik, és a kettejük közötti félreértések aránylag ritkák.³ Ezt a szektort számos *nem formális*, és nem fizetett gyógyító kapcsolat jellemzi, amely változó időtartamra áll fenn, és a szenvedő ember saját szociális kapcsolatrendszerén belül, elsősorban a családjában zajlik. Az idetartozó terápiás helyzetekben nincsenek meghatározott szabályok, amelyek a viselkedést és a helyzeteket irányítanák; egy későbbi időpontban a szerepek megfordíthatók, pl. ha az, aki ma a „beteg”, holnap a „gyógyító” lesz. Vannak azonban olyan egyének, akik a többiekénél gyakrabban látják el az egészségügyi tanácsadó szerepet. Ilyenek a következők:

1. Azok az emberek, akiknek hosszú tapasztalatuk van egy adott betegséggel vagy kezelésmóddal kapcsolatban.
2. Azok, akik bizonyos életeseményekkel kapcsolatban kimerítő tapasztalatokat szereztek, pl. több gyermeket felnevelő nők.
3. A paramedicinális szakmák képviselői (pl. az ápolók, a gyógyszerészek, a gyógytornászok, vagy az orvos asszisztensek), akiket informálisan megkérdeznek egyes betegségekkel kapcsolatban.
4. Orvos feleségek, és férjek, akik ismerik házastársuk tapasztalatainak, esetleg képzettségének egy részét.
5. Olyan emberek, mint a fodrász, vagy eladó, sőt akár a banktisztviselő, akik gyakran kerülnek kapcsolatba emberekkel, és néha laikus gyóntató vagy pszichoterapeuta szerepében is fellépnek.
6. Az önszegélyező csoportok szervezői.
7. Bizonyos gyógyító kultuszok és templomokhoz tartozó tagok vagy vezetők.

Az ilyen emberekhez gyakran fordulnak tanácsért barátaik, családtagjaik egészségügyi kérdéseikkel kapcsolatban. Megbízhatóságukat elsősorban *tapasztalatuk*, s nem képzettségük, szociális helyzetük vagy speciális varázserejük adja. Az a nő, pl., aki több terhelesen ment keresztül, számos informális tanáccsal láthatja el a nálánál fiatalabb, először terhes asszonyt, elmondva neki, hogy milyen tünetekre számíthat, és hogy mit tegyen velük kapcsolatban. Hasonlóan, az

a személy, akinek hosszú tapasztalata van egy bizonyos gyógyszerrel kapcsolatban, „kölsönadhat abból” a hasonló tünetekkel jelentkező barátjának.

Az egyes betegségekkel kapcsolatos egyéni tapasztalatokat néha önszegélyező csoportokban osztják meg, amelyek az adott betegséggel, életmennyel kapcsolatos tapasztalatok gyűjtőhelyeként működnek, ami a csoport többi tagja és a társadalom más rétegei számára is hasznos lehet. Az önszegélyező csoportok ezen kívül számos más hasznát is jelentenek tagjaik számára, így például életvezetési, vagy a betegséggel való foglalkozás módjára irányuló tanácsokat adnak, vagy menedékkül szolgáltatnak az izolált személyek számára – főként az olyan stigmatizált állapotok esetén, mint az elhízás vagy az alkoholizmus.

Az egészségi állapottal és a szenvedéssel kapcsolatos tapasztalatok a templomi vagy gyógyító kultúrához tartozó közösségekben is megoszthatók. McGuire,⁴ pl., leírt néhány olyan gyógyító szubkultúrát, amely a Egyesült Államok középmezőjéhez tartozó, külvárosi lakóterületen fordul elő. Idetartoznak az olyan mozgalmak, mint a Kereszténység Egyesült Iskolája (Unity School of Christianity), számos más keresztény csoportosulás (mint a Karizmatikus katolikusok és a protestáns pünkösdisták csoportjai), A Human Potential csoportok (mint a Scientology, az EST, a Proffoff Process és a Cornucopia), a keleti meditatív és jóga csoportok, amelyek a Zen vagy a tibeti buddhizmuson, a jainizmuson vagy a hinduizmuson alapszanak), és a spiritualista templomok valamint a „gyógyító csoportok” széles köre, amelyekben a csoporttagok okkult vagy pszichikai gyógyítása folyik. A nem-nyugati társadalmakban is, az önszegítő csoportok gyakran vallási alapokon nyugszanak. A „szellem által megtalált ember” kultuszok például gyakoriak Afrika egyes részeiben, elsősorban nők között. Ezekben a kultúrákban, azok a nők, akiket „megszállt és ezáltal megbetegített egy gonosz szellem”, amelyeket Turner⁵ „a szenvedés társaságának” nevez, rituálisan diagnosztizálják és kezelik a társadalom azon tagjait, akik ugyanilyen megszállástól szenvednek. Lewis⁶ úgy értelmezi ezeket a szellem kultuszokat, pl. a Hauzák *bori* kultusza Észak-Nigériában, mint alapvetően a nők tiltakozása hátrányos szociális helyzetük ellen. A kultuszhoz való tartozás rangot ad, gyógyító erőt kölcsönöz, és speciális figyelmet a kultúra férfitagjaitól, akik elhalmozák őket ajándékokkal, hogy megbékítsék a megszálló szellemeket.

A populáris szektor aspektusai (a másik két területé úgyszintén), néha negatív hatásokat fejtenek ki az emberek mentális és fizikális egészségére. A család, például egyaránt segítheti és hátráltathatja az egészségügyi ellátást. Taivanban, Kleinman⁷ szerint, a család reakciója egy tagjának megbetegedésére az, hogy megpróbálja a beteget, betegségét, és az emiatt kialakult szociális problémákat a családon belül tartani, ahelyett, hogy azt megosztaná kívülállókcal, mint pl. orvosokkal.

Általánosságban, a beteg emberek szabadon mozognak a mindennapi és a másik két szektor között, oda- és vissza, gyakran egyszerre

használják mindhárom területet, különösen akkor, ha az egyik szektor által alkalmazott gyógymód nem enyhíti fizikai rosszérzésüket vagy emocionális gondjaikat.

A hagyományos szektor

Ebben a szektorban, amely főként a nem-nyugati típusú társadalmakban gyakori, bizonyos egyének gyógyításra specializálódnak, amely történhet vallási vagy világi alapokon egyaránt, sőt a kettő keverékén is. Ezek a „gyógyítók” nem tartoznak a „hivatalos” egészségügyi rendszerhez, és közbülső helyet foglalnak el a populáris és a hivatalos szektor között. A hagyományos gyógyítók számos fajtája fordul elő valamennyi társadalomban, az olyan egyszerű világi és technikai szakértőktől, mint a csontkovácsok, bábák, foghúzó vagy gyógynövény szakértők, a spirituális gyógyítókig, a varázslókig és a sámánokig. A hagyományos gyógyítók heterogén csoportot képeznek, rengeteg egyéni stílusbeli és megjelenésbeli különbséggel, de néha gyógyító egyesületeket alkotnak, amelyekben belépési szabályok, gyógyítási kódexek vannak, és az információ átadás is szabályozott.

A legtöbb társadalomban vallási és világi hagyományos gyógyítók egyaránt előfordulnak. Snow,⁹ például, felmérése során, amit az afrikai-amerikai hagyományos gyógyítókról készített az Egyesült Államok alacsony jövedelmű városnegyedekben, „gyógynövényekkel gyógyítókat”, „gyökerekkel gyógyítókat”, spiritüalistákat, „ördögűző” nőket és férfiakat, Voodoo *houngan*-okat vagy *mambo*-kat, gyógyító papokat és hitgyógyászokat, szomszéd „prófétákat”, „javasasszonyokat”, és mágikus növények, gyökerek és varázsszerek terjesztőit írta le. A spirituális gyógyítók, akik templomok, a „gyertyaboltok” előtt gyakoriak, és olyan betegségekkel foglalkoznak, amelyeket varázslat („hexing”) vagy isteni büntetésből eredőnek tartanak. A világibb betegségeket öngyógyítással kezelik, vagy a szomszédos „javasasszonyokhoz” vagy természetgyógyászokhoz fordulnak. A gyakorlatban azonban van némi átfedés ezek között az eljárások és technikák között. Más társadalmakban, mint például a dél-afrikai zuluknál, is megtalálható a vallási és világi gyógyítók közti átfedés. Ugyan a vallási gyógyítást az isangomas nevű nők végzik, és az afrikai természetgyógyászok az inyangas nevű férfiakból állnak; mindkét csoport gyógyítói a diagnózis felállítása előtt információkat gyűjtenek a páciens szociális háttéréről és betegségének pontos részleteiről.¹⁰

A tisztán világi gyógyítók egy példája a *sahi*, vagy más szóval egészségügyi dolgozó, ahogy azt Underwoods¹¹ leírta a Yemeni Arab Köztársaságban található Raymahban. Ezek a gyógyítók csak az utóbbi években tűntek fel Jemenben, és főként nyugati gyógyszereket tartalmazó injekciók beadásával gyógyítanak. Csak minimális képzettségük van (általában egy rövid kapcsolat valamilyen egészség-

ügyi szakemberrel, vagy mint egy esetben előfordult, egy havi munka kórházi takarítóként), limitált diagnosztikai képességgel rendelkeznek, és általában van egy kis pszichológiai vagy tanácsadói gyakorlatuk. Raymah lakói számára azonban, a *sahik* képviselik a nyugati gyógyászat kvintesszenciáját – „a betegségek injekcióval történő gyógyítását”. Az injekciók növekvő népszerűségét számos harmadik világhoz tartozó országról leírták,^{12,13} csakúgy mint a *sahikhoz* hasonló képzetlen *injekcionista* számának növekedését (akiket „injekció orvosoknak”, „tűs embernek”, vagy „szűrés adónak” is neveznek). E tendenciának hasonló példáit a kenyai Kimaniban¹⁴ írták le. Az ottani képzetlen „bozót doktorok” gyógyszereket és injekciókat adtak, és az „utcán és buszmegállóban tevékenykedő doktorfiúk” feketepiacon szerzett antibiotikumokat árultak.

A legtöbb hagyományos gyógyító annak a közösségnek a kulturális alapértékeit és világnézetét vallja, amelyben tevékenykedik, beleértve a betegségek kialakulásáról, jelentőségéről és kezeléséről alkotott hiedelmeket is. Azokban a társadalmakban, amelyekben az egészségi állapotért a szociális okokat tartják felelősnek (a boszorkányokat, a varázslókat vagy a „szemmel verést”), vagy amelyekben természetfeletti okokat keresnek (isteneket, szellemeket, ősök szellemeit, vagy a sorsot), a vallási gyógyítók különösen gyakoriak. Az ő megközelítési módjuk általában holisztikus, és a betegség valamennyi aspektusával foglalkoznak, beleértve a többi emberrel, a természeti környezettel, és a természetfeletti erőkkel való kapcsolatot csakúgy, mint bármilyen fizikai vagy emocionális tünetet. Számos nem-nyugati társadalomban, az élet valamennyi itt felsorolt aspektusa beletartozik az „egészség” definíciójába, és az egyén és szociális, természeti és természetfeletti környezete közti *egyensúlyként* értelmeződik. Ezek bármelyikének zavara (például az amorális viselkedés, a családi konfliktusok, vagy a vallásgyakorlás szüneteltetése) fizikai tüneteket vagy emocionális problémákat okozhat, és vallási gyógyító segítségét igényli. Az ilyen típusú gyógyítók, a beteg vizsgálat során gyakran érdeklődnek arról, hogy hogyan viselkedett a páciens megbetegedését megelőzően, és voltak-e konfliktusai más emberekkel. Kisebb közösségekben a gyógyítók a helyi szóbeszédből szerzett információkkal is rendelkezhetnek a beteg családi problémáiról, ami hasznos lehet a diagnózis felállításában. A beteg életének aktuális eseményein és a szociális háttérének kiderítésén kívül a gyógyító *jósló* ritust is végezhet. Ennek számos formája ismert világszerte, ilyenek például a kártyavetés, a csontból, hamuból, speciális kövekből és tealevelekből történő jóslás, melynek során a gyógyító alaposan szemügyre veszi ezeket az anyagokat a mintázatát, és speciális jeleket keres. Gyakran bizonyos állatok vagy madarak ürülékét vizsgálják, vagy transzállapotban közvetlen kapcsolatot teremtenek az istennel vagy más természetfeletti lényekkel. Valamennyi esetben a jóslás célja az, hogy a természetfeletti módszerek segítségével kimutassa a betegség természetfeletti eredetét (például a varázslatot vagy az isteni megtorlást).

A transz állapotban történő jóslás gyakori a nem-iparosodott országokban (bár a nyugati társadalmakban is megtalálhatók a „médiu-mok” a „jövendőmondók”, a „kapcsolatteremtők”, és bizonyos gyógyító templomok képviselői). A zulu *isangomát*, például, az otthon maradó beteg rokonai keresik meg. Ő úgy állítja fel a diagnózist, hogy transzba kerül, és „kapcsolatot teremt a szellemekkel”, akik megmondják neki a betegség okát és kezelését.¹⁰ Ennek másik formája a *sámánizmus*, ami számos kultúrában megtalálható. Lewis¹¹ definíciója szerint, a sámán „egy olyan nő vagy férfi, aki a szellemek ura, és akarattal saját testébe hívhatja őket”; a jóslószeánszokon zajlik, amelyek során a gyógyító beengedi testébe a szellemeket, és segítségével felállítja a diagnózist és megmondja a gyógyítást. Néhány esetben csak úgy képes transzba kerülni, hogy erős hallucinogén anyagokat használ (részletesen lásd a 8. fejezetben). A jóslás fenti és más formái a páciens családtagjai, barátai vagy más ismerősei jelenlétében zajlanak. Ebben a hétköznapi helyzetben a jó rituális módon megpróbálja felszínre hozni a szociális konfliktusokat – amelyek az emberek közti varázslathoz vagy bájoláshoz vezethettek – és megpróbálja ezeket a konfliktusokat megoldani. A vallási gyógyítók a szégyen, a bűntudat, vagy a düh szubjektív érzelmeire is magyarázatot és gyógyítást adnak, például imádkozást, bűnbánatot vagy az interperszonális kapcsolatokban levő problémák megoldását írják elő. Javasolhatnak fizikai kezeléseket vagy gyógyszereket is.

A hagyományos gyógyítás számos előnyt ajánl felhasználói számára a modern, tudományos orvoslással szemben. Ezek egyike a család gyakori bevonása a diagnózis felállításába és a kezelés megszabásába. Martin¹⁰ megfigyelése alapján, például, az őshonos amerikaiak között a páciens betegségének gyógyítása során a gyógyító rítusban a betegnek és családjának egyaránt részt kell vennie. A figyelem középpontjába nemcsak a beteg kerül (ahogy az a nyugati orvoslásban szokott), hanem a családtagok és mások betegséggel kapcsolatos reakciója is. A gyógyító maga is általában „segítővel” van körülvéve, akik részt vesznek a ceremóniában, magyarázatot adnak a betegnek és családtagjainak, és válaszolnak azok kérdéseire. Modern szempontból, az őslakos amerikaiak gyógyítóból és segítőkől álló ilyen típusú rendszere, a páciens családjával együttműködve, az egészségügyi alapellátás hatékony csapatát képezi, különösen a pszichoszomatikus betegségek előfordulása esetén. Fabrega és Silver¹² azt vizsgálta, hogy a beteg számára milyen előnyök származnak egy másik típusú hagyományos gyógyító, a mexikói Zinacantanban tevékenykedő *h'ílo* munkájából a nyugati orvoslással szemben. Általánosságban, a konzultációk közvetlenek, informálisak, baráti hangulatúak voltak, amelyekben tükröződött a közös világnézet, a megbeszélés során a mindennapi nyelvet használták; a kezelésbe bevonták a családtagokat és a közösség más tagjait is. A közösségben a *h'ílo* központi helyet foglal el, és úgy tartják, hogy ő a betegek és a közösség javára és az istenek megelégedésére cselekszik; képes befolyásol-

ni az egész közösséget, elsősorban a páciens szociális kapcsolatait; képes befolyásolni a beteg jövőbeli viselkedését, annak bemutatásával, hogy milyen hatást gyakorolt a betege korábbi viselkedése betegsége kialakulására; gyógyító tevékenységét családi környezetben végzi, így otthon vagy egy vallási szenthelyen. Az olyan hagyományos gyógyítók, mint a *h'ílo* kifejezik és megerősítik annak a kultúrának az értékeit, amelyben élnek, ezért előnyben részesülnek a nyugati orvosokkal szemben, akik szociális osztályuk, anyagi helyzetük, nemük, speciális képzettségük, és néha kulturális háttérük miatt gyakran elkülönülnek a társadalom más tagjaitól. Általánosságban, az ilyen hagyományos gyógyítók hatékonyabbak a „betegségek” felismerésében és gyógyításában – azaz az egészségi állapot és a betegségek (mint a szerencsétlenségek egy fajtája) szociális, pszichológiai és morális vetületének értékelésében (részletesen lásd az 5. fejezetben). Ők a betegség okait és megjelenési időpontját, valamint annak a szociális és a természetfeletti világhoz való viszonyát kulturálisan ismerős módon magyarázzák.

Általánosságban, a hagyományos gyógyítók kevés, a nyugati orvosegyetemeknek megfelelő, képzésben részesültek. Gyakorlatukat általában egy idősebb hagyományos gyógyítóhoz csatlakozva szerzik, bizonyos technikák és állapotok elsajátításával, vagy a „gyógyító erő” veleszületett vagy szerzett formája keríti őket hatalmába. Hagyományos gyógyítóvá az emberek számos módon válhatnak:

1. Örökség – egy „gyógyító családba” való születés által.
2. A családon belüli bizonyos helyzeten keresztül, például „a hetedik fiú hetedik fia” Írországból.
3. A születéskor látott jelek vagy csodadolgok – mint az anyajegy, vagy a „méhen belüli sírás”, vagy a burokban születés („caul” Skóciában).
4. Kinyilatkoztatás – annak felfedezése, hogy valaki rendelkezik az „ajándékkal”, ami történhet egy intenzív emocionális élmény formájában, például súlyos betegség, álmok vagy transzállapot során. Extrém esetekben, ahogy Lewis¹¹ megfogalmazza, a kinyilatkoztatás végbemehet az „erő általi megszállás kezdetben kontrollálatlan állapotában: hiszteroid extatikus viselkedéshez kapcsolódó traumás élmény során”.
5. Egy másik gyógyítóhoz való csatlakozás: általános módszer a világ valamennyi részén, a kapcsolat sok éven át tarthat.
6. Egyéni gyakorlat kialakítása öntevékeny módon, mint a jemeni *sahi-k*, a kenyai „bozót orvosok” és más „injekcionista” esetében.

A gyakorlatban, a hagyományos gyógyítóvá válás fenti módjai gyakran átfedik egymást, például valaki „gyógyító családba” születik, bizonyos jelek és csodák kíséretében jön világra, és lehet, hogy még így is igényli, hogy „ajándékait” kifinomítsa egy idősebb hagyományos gyógyító mellett végzett munka során.

Míg a legtöbb hagyományos gyógyító egyénileg dolgozik, vannak informális hálózataik és egyesületeik is, amelyek a módszerek és az információk cseréjének színteréül szolgálnak, és alkalmat adnak egymás viselkedésének megfigyelésére. Ilyen hálózatot Ngubane¹⁰ írt le a zulu papok, vagy *isagoma*-k között; akik kéthetente találkoznak, hogy megosszák egymással gondolataikat, tapasztalataikat és technikáikat. Valamennyi papnak lehetősége van találkozni korábbi tanítványokkal, tanárokkal vagy a körülötte levő vagy távolabbi papok által frissen megtérítettekkel. Úgy becsülik, hogy 3-5 év alatt egy pap több mint 400 Afrika déli részében élő paptársával létesít kapcsolatot. Más körülmények között, így például az Egyesült Államokban az alacsony jövedelmű feketék által lakott környékeken, számos gyógyító kerül ki olyan spiritualista templom papjai közül, amely a gyógyító szövetségeként működik. A McGuire⁵ által leírt külvárosi gyógyító körökben szinte valamennyi tagnak megvan a lehetősége, hogy gyógyító vagy páciens egyaránt lehessen az idők folyamán; ezek a csoportosulások így a népi és a mindennapi gyógyítás határvonalán helyezkednek el, és lehetőséget biztosítanak a gyógyítók közti információ- és tapasztalatszerzésre.

Számos előnyük ellenére, azonban, általában nem szabad túl romantikusan értékelni a hagyományos gyógyítókat. A többi egészségügyi dolgozóhoz hasonlóan – beleértve az orvosokat és az ápolókat is – olyan gyógyítók is tartozhatnak közéjük, akik nem kompetensek, arrogánsok, nem figyelnek a betegre, esetleg kapzsis, vagy nagyon leegyszerűsített elképzelésük van az egészségi állapotról és a betegségek kezeléséről. Ráadásul, nem minden hagyományos gyógyító származik abból a kultúrából, amelyben dolgozik, vagy nem ismeri a szociális hálózatok belső működési törvényeit. Egy-egy általuk használt technika veszélyes is lehet betegek számára. Az „injekcionista” által használt nem sterilizált tűk például súlyos bőr abszcessusok kialakulására vezethetnek, sőt hepatitis B és HIV vírusfertőzést okozhatnak.

A hagyományos gyógyító „professzionizálódása” (hivatásossá válása)

A hagyományos és a hivatásos gyógyászat közti kapcsolatot legtöbbször a kölcsönös bizalmatlanság és gyanakvás jellemzi. A legtöbb orvos hajlik arra, hogy a hagyományos gyógyítókat kuruzslónak, sarlatánnak vagy „orvosságos embernek” tekintse, aki veszélyt jelent a betegek számára.

Az egészségügy vezetői azonban egyre gyakrabban (bár sokszor vonakodva) ismerik el, hogy – a korlátaik ellenére – a hagyományos gyógyítók munkájában van néhány nyilvánvaló előny a betegek és családjaik számára, különösen, ha pszichológiai problémákról van szó. Számos fejlődő országban a hagyományos gyógyítók beépülnek az egészségügyi rendszer peremébe – néha akaratuk ellenére is. A kezdeményezés az ilyen esetekben általában a WHO-tól vagy az adott ország kor-

mányától indul, esetleg maguktól a gyógyítóktól. 1978-ban, a WHO lefektette az „Egészséget mindenkinek 2000-re” néven közismert Alma-Ata-i deklarációját. A deklaráció a megfelelő szintű egészségügyi ellátás (az angol kifejezéséből: primary health care – PHC-nek rövidítve) világszerte történő biztosítását tűzte ki fő célként, amely elérhetővé tette a preventív, a gyógyító és a rehabilitáló beavatkozásokon biztosítandó a megelőzés, a szükséges anyagi források, a növekvő lakossági létszám, a limitált számú egészségügyi személyzet miatt szinte lehetetlennek látszott (napjainkban pedig még nehezebbé vált az olyan új betegségek megjelenése miatt, mint az AIDS). A program egyik eredménye az volt, hogy a hagyományos gyógyítók munkáját új szempontok alapján ismét áttekintették, és az egészségügyi ellátás egyik lehetőségeként – s nem pedig veszélyforrásként – újraértékelték szerepüket. 1978-ban a WHO azt ajánlotta, hogy a hagyományos orvoslást támogatni, fejleszteni kell, és ahol csak lehet, integrálni a modern, tudományos medicinába.¹¹ de hangsúlyozta azt is, hogy „szükség van a különböző rendszerben dolgozó gyógyítók közti respektus, elismerés és együttműködés kiépítésére, fenntartására”. A WHO azt remélte, hogy az egészségügyi ellátásba bekapcsolódhatnak a következő gyógyítók: herbalisták, ayurvedikus, unani vagy jóga medicinával gyógyítók, a kínai hagyományos gyógyítók, pl. az akupunktúrát végzők, és több más csoport is. Speciális figyelmet kapott a hagyományos szülés lefolytatásában asszisztálók (angolul Traditional Birth Attendant – TBA) kiválogatása és képzése, akik már a föld újszülöttjeinek több, mint kétharmadának a megszületésénél segédkeztek (részletesen lásd a 6. fejezetben: Tradicionális szülésszolgáltatók).

Last¹² nemrég mutatta ki, hogy az említett két deklaráció következtében „a hagyományos gyógyítók potenciális hivatásossá válása állandóan napirenden van”. Megjegyzi, hogy a gyógyító egyesületek száma rohamosan nő, különösen Afrikában. Néhány informális hálózatként működik (mint a zulu *isangomák*-é), mások erődemonstráló csoportként vagy gyógyító templomként ill. kultuszként tevékenykednek. Közülük néhányat – mint a Zimbabwe-ben ismert Hagományos Gyógyítók Nemzeti Szövetségét – a kormány önálló jogokkal rendelkező szakmai egyesületként elismert, ezeknek kizárólagos joguk van tagjaikat képezni, vizsgáztatni, felgyelmezni és működési engedélyt adni számukra.

Számos hagyományos gyógyító számára, a „hivatásossá válás” (lásd később) az orvosi hálózattal szembeni egyenlőtlen versenyhelyzetre való reagálást jelenti. A szakmai szövetségek létrehozásától azt remélik, hogy felkelthetik az orvosok és betegek figyelmét, javíthatják saját munkájuk színvonalát, emelhetik presztízsüket és javíthatják anyagi helyzetüket, valamint azt, hogy hivatalos támogatást kapnak és „megkapják” az egészségügyi ellátás egy területén, ahol csak ők képesek megfelelő ellátást nyújtani.

Ez azonban gyakran problematikus. Egyrészt, vannak adatok arra, hogy a fejlődő országokban csökken a hagyományos gyógyítók száma,¹³ ami részben az iskolázottságnak, az urbanizációnak és a kö-

zösszegek felbomlásának a következménye. Last véleménye szerint,²² a tradicionális gyógyítók (különösen a szent-csoportból valók) azonban túlságosan szerteágazó csoportot képeznek, tudásuk és gyakorlatuk olyan mértékben függ a lokális környezettől, hogy nem lehet hatékonyan standardizálni tevékenységüket. Ezek a gyógyítók egymástól eltérően értelmezik a „legitimitást”, amelyet elsősorban saját közösségük hagyományai és saját karizmájuk szab meg – s nem pedig valami távoli, állami bürokrácia. Pácienseik nagy része úgy véli, hogy „a gyógyító működési engedélye kevésbé fontos, mint erkölcsi értékrendje és szavahihetősége.

Velimirovic²⁴ úgy véli, hogy a WHO kezdeményezése jó szándékkal indult, de téves irányba halad. Úgy véli, hogy a hagyományos gyógyításnak a hivatásos (állami) egészségügyi ellátásba való integrációja 1978 óta szinte „semmit sem segített a fejlődő világ hatalmas egészségügyi problémáinak a megoldásában” és a „Egészséget mindenkinek 2000-re” című program megvalósításában. Ezt részben annak tulajdonítja, hogy a WHO tervezetében a „hagyományos orvoslás” definiálása sohasem volt pontos, vagy konzisztens. A hagyományos orvoslás hatékonyságáról alkotott kritikátlan elképzelések sem voltak igazolva, és a hagyományos orvoslás számos kudarcát és hátrányát sem fogalmazták meg – pl. hogy képtelen meggyógyítani a maláriát, a kolerát, a sárgalázatot és más betegségeket. Számos esetben az ilyen gyógyítók betegségekről és azok gyógyításáról alkotott elképzelése rendkívül hiányos volt, és ők maguk is részét képezték a problémának. Ráadásul, sok fejlődő országban a hagyományos orvoslás „nem is annyira népszerű, mint azt az egészségügyi ellátás megtervezői hiszik”. Ha lehetőséget kap, számos beteg választja inkább a nyugati típusú orvosokkal való konzultációt, mint a hagyományos gyógyítókhoz, vagy képzetlen egészségügyi dolgozókhoz való fordulást – még akkor is, ha ez jelentős kiadásokat jelent, és nagy távollásokra kell elutazni az orvosokig.

Az itt ismertetett vélemény ellenére, *vannak* sikeres példái is a hagyományos gyógyítók és a hivatásos egészségügyi rendszer együttműködésének, különösen a Hagyományos Szülést Levezetőikkel,²¹ a családtervezőkkel,²⁵ az orális rehidrációs terápiát hirdetőikkel²⁶ és a mentális beteget ápolókkal²³ kapcsolatban.

Az olyan országokban, mint India és Kína, az erős gyökerű hagyományos gyógyítás szinte a nyugati típusú orvoslással egyforma legitimitást és népszerűséget élvez; és jelenleg – állami támogatással – a két rendszer az egészségügyi ellátás párhuzamos lehetőségeit kínálja a lakosság számára. Kínában, az állampolitika számos változása ellenére, a hagyományos kínai gyógyászat az egészségügyi ellátás kiegészítő rendszerét nyújtja a lakosság számára, elsősorban vidéken.²⁷ Indiában 91 nyilvántartott ayurvedikus (hindu) és tíz Unani (muzulmán) orvosi iskola van, és a lakosság nagy részét az ayurvedikus orvoslás látja el. Az Indiai Orvosi Központi Tanács 1970-es törvénye létrehozta az Ayurveda Központi Tanácsát, ami kialakította a képzett gyógyítók nyilvántartását,

és meghatározta a követelményeket az újonnan képzendőké számára. A Tanács három és fél év képzés után kiadja a „Ayurvedikus orvoslás és sebészet baccalaureusa” fokozatot, és ennek megszerzését követően három éves továbbképzést ajánl.²⁸ A 80-as évek végére azonban, az ayurvedikus gyógyítást folytatónak csak 12%-a szerzett diplomát nyilvántartott iskolában, 54%-uk nyilvántartásban nem szereplő iskolában szerzett végzettséget, és 33%-uk semmilyen képzettséggel nem rendelkezett.

Hasonló folyamat ment végbe a homeopátiával kapcsolatban, amelyre manapság a Homeopátia Központi Tanácsa felügyel. Ez az intézmény 200 000 homeopátiával gyógyítót tart nyilván, és 104 olyan kollégát ellenőriz, akik ilyen témában egyetemi kurzusokat tartanak. Továbbképzés esetén Kalkuttában a Homeopátia Országos Intézete adja ki a diplomát, és 130-150 homeopátiás kórház, és 1500 homeopátiás gyógyszertár található Indiában, amelyeket a kormány támogat.²⁸

„Alternatív” és „kiegészítő” medicina

A legtöbb nyugati társadalomban az egészségügyi ellátás egy speciális formája – az ún. „alternatív” vagy „kiegészítő” medicina átfedi a hagyományos és a hivatásos szektort. Az ide tartozó gyógyítók számos csoportot képviselnek, így van köztük akupunktúrát, homeopátiát végző, gerincmasszírozó, csontkovács, herbalista, természetgyógyász, spirituális gyógyító, hipnotizőr, masszázsterápiát végző és meditáció szakértő. Az egészségügyi ellátás egy részeként, ezek népszerűsége rohamosan növekszik. 1981-ben, pl. Hollandiában a becslések szerint a lakosság 3,8%-a fordult az alternatív medicinához, míg ez a szám 1987-ben 5,2%-ra emelkedett.²⁹ Németországban több ezer *Heilpraktiker* – olyan természetgyógyász, aki „természetkúrát” és hidrotérápiát végez – végez akupunktúrát, herbaterápiát és hátmasszázszt is.²⁹ Az Egyesült Államokban, Eisenberg és mtsainak³⁰ becslése szerint, 1990-ben a lakosságból majdnem minden harmadik ember használt valamilyen „nem konvencionális” orvosi beavatkozást, legtöbbször hátfájdalom (36%), fejfájás (27%), krónikus fájdalom (26%) és rák vagy más daganat (24%) előfordulása esetén. A leggyakrabban használt kezelési mód a relaxációs terápiák valamilyen formája, a chiropraxis és a masszázs volt. A legtöbb esetben (89%-ban) a betegek orvosai ajánlása nélkül fordultak az ilyen gyógyítókhoz, és 72%-uk soha nem mondta ezt meg az orvosnak. Összességében, úgy becsülik, hogy az amerikaiak 1990-ben kb. 425 millió alkalommal keresték fel a nem hagyományos gyógyítókat, olyan számban, ami meghaladja az Egyesült Államok egészségügyi alapellátásához fordulókkal összlétszámát (ami 388 millió volt 1990-ben). A betegek kifizetett kb. 10,8 milliárd dollárt az ilyen terápiákért, míg a kórházi látogatásokért összesen 12,8 milliárdot fizettek. A legtöbb nem konvencionális ellátásért folyamodó beteg a 25 és 49 évesek közül került ki, de valamennyi szocio-demográfiai csoportot képviselték.

A professzionális szektor

Ez a szektor a szervezett, jogilag szabályozott gyógyító szakmákat foglalja magába, mint modern nyugati tudományos orvoslást, ami *allopatia*ként vagy *biomedicinaként* is ismert. Ez nemcsak a különböző típusú és szakképzettségű orvosokat jelenti, hanem a nyilvántartott *para*-medicinális szakmákhoz tartozókat, így az ápolókat, szülészeket és gyógytornászokat is. A legtöbb országban, a tudományos orvoslás képezi a hivatásos szektor alapját, de Kleinman megjegyzése szerint, a hagyományos orvosi rendszer is „hivatásossá” válhat bizonyos mértékben; például ez történt Indiában az ayurvedikus és unani gyógyítást oktató orvosi iskolákkal, amelyek állami támogatásban részesülnek. Fontos elismernünk, hogy a nyugati tudományos medicina az egészségügyi ellátásnak csak egy kis részét biztosítja a világ legtöbb országában. Az orvosok létszáma gyakran nem elégséges, és az egészségügyi ellátás legnagyobb része a mindennapi és a hagyományos szektorban folyik. A WHO 1980-ról készített statisztikája bemutatja, hogy milyen különbségek vannak az orvosok és a kórházi ágyak elérhetőségében világszerte (4.1 táblázat).

1993-ban az 1988 és 1992 időszak adatai alapján a *World Development Report* hasonló képet festett az orvosok elérhetőségének rendkívül széles variációjáról. A Szaharától délre eső afrikai országokban, például, 1000 lakosra átlagosan 0,12 orvos jutott, míg ez a szám Indiában 0,41, a Közel-Keleten 1,04, Latin-Amerikában 1,25, Kínában 1,37, az iparosított nyugati országokban 3,09 és a korábbi Szovjetunió területén 4,07 volt.³²

Ezek a statisztikák azonban, túlbecsülhetik a közvetlenül a beteg ellátásban dolgozók számát, mivel az orvosok közül többen dolgoznak kutatóként vagy hivatalokban, és nem vesznek részt a klinikai munkában. Ráadásul, az orvosok eloszlása nem egyenletes, számos nem iparosított országban a legtöbben a városok közelében dolgoznak, ahol jobbak a lehetőségek, és a munka nagyobb hasznot hoz, így a vidékiek nagy része a mindennapi és a hagyományos gyógyítókra marad. Számos ilyen országban a magánpraxist folytató orvosok száma egyenletesen növekszik, és ez még tovább csökkenti az olcsó egészségügyi ellátást biztosító orvosok számát. Zimbabweben, például, az orvosok 66%-a a magánszektorban dolgozik. Dél-Afrikában 59%-uk, papua Új-Guineában pedig 25%-uk.³³ A magánorvosi gyakorlat jelentősen megnőtt Malaziában és Tanzániában is az állami politika megváltozását követően, míg Ugandában, Bennett³⁴ azt találta, hogy a magánorvosok számának emelkedése azt eredményezte, hogy „létrejött egy olyan kultúra, amelyben a jó egészséget az injekciók és más gyógyszerek elérhetőségével kapcsolják össze, függetlenül az orvosi szakértelemtől”.

A legtöbb országban, különösen a nyugati világban, a tudományos medicina orvosai képezik azt az egyetlen csoportot, amelynek a pozíciója jogilag is megerősített. Az idetartozó orvosok magasabb szoci-

ális helyzetet élveznek, nagyobb a jövedelmük, és egyértelműbbek a jogaik és kötelességeik, mint a más típusú gyógyítók esetében. Megvan a felhatalmazásuk, hogy kikérdezzék és megvizsgálják a beteget, előírjanak erős hatású és néha veszélyes gyógymódokat vagy gyógyszereket, megfosszanak egyes embereket a szabadságuktól – és kórházakba zárják őket – ha pszichotikusnak vagy fertőző betegnek tartják őket. A kórházban, az orvosoknak joga van a szorosan kontrollálni a betegek étrendjét, viselkedését, alvási szokását és gyógyszerelését, valamint különböző vizsgálatokat kezdeményezni, például biopsziákat, röntgen vizsgálatokat, vagy vérvételt. Az orvosok pácienseiket elláthatják különböző jelzőkkel (gyakran állandókkal), így tarthatják őket betegnek, gyógyíthatatlannak, szimulánsnak, hipochondernek, vagy – „teljesen gyógyultnak” – de véleményük gyakran eltér a beteg véleményétől. Ezek a jelzők lényeges hatásokat fejthetnek ki szociálisan (megerősítik a beteget a beteg szerepben) és anyagiilag (befolyásolják az egészségügyi biztosításból vagy a nyugdíjból származó jövedelmet) egyaránt.

Az orvosi rendszer

Korábbiakban is említésre került már, hogy az egészségügyi ellátás fő szektorát egyetlen társadalomban sem lehet a társadalom más rendszereitől izoláltan vizsgálni, az *orvosi rendszer* – vagy az egészségügyi ellátás professzionális szektora – sem szociális vagy kulturális vákuumban működik. Sokkal inkább, ez egy kifejeződési módja, bizonyos mértékig miniatűr modellje, annak a társadalomnak az értékeiről és szociális rendjéről, amelyben létezik. A különböző típusú társadalmak ezért, meghatározó ideológiájuktól függően – kapitalista, jóléti, szocialista vagy kommunista – különböző típusú orvosi rendszereket, és az egészségről-betegségekről alkotott különböző szemléletmódokat hoznak létre. Az egyik társadalom például úgy vélheti, hogy az állampolgároknak joga van az ingyenes (vagy legalábbis a relatíven olcsó) egészségügyi ellátáshoz, vagy ezt csak a szegények és az öregek jogának tartja, míg egy másik az egészségügyi ellátást úgy tekintheti, mint egy árucikket, amelyet az, akinek megvan a rávalója, megvásárolhat. Az utóbbi esetben, az egészségügyi rendszeren belüli profit orientáltság a társadalom számos szegényebb tagja számára – akik nem képesek kifizetni az ellátás árát – elérhetetlenné teszi a gyógyellátást. A társadalom típusától függetlenül, az egészségügyi rendszer nemcsak tükrözi az alapvető értékeket és szociális viszonyokat, hanem segíti is azok kialakítását és fenntartását.³⁴

Egy példája lehet ennek, hogy az Egyesült Államokban és Nagy-Britanniában az egészségügyi rendszer kritikái arra mutattak rá, hogy a hivatásos szektor belső szervezetsége tükrözi a társadalomban meglévő alapvető egyenlőtlenségeket, különösen nemi, szociális osztály és etnikai származás vonatkozásában. Az orvosi rendszeren belül a legtöbb orvos férfi (általában fehér), és, mint a tágabb társadalom-

4.1. táblázat. Az orvosok és kórházi ágyak aránya a lakosság létszámához viszonyítva néhány kiválasztott országban (WHO, 1980)

Ország	Egy orvosra jutó lakosok száma	10 000 lakosra jutó kórházi ágyak száma
Etiópia	73 043	3,0
Malajzia	47 638	174,0
Banglades	12 378	23,0
India	3 652	7,8
Jamaika	3 505	38,9
Mexikó	1 251	11,6
Japán	845	106,0
Anglia és Wales	659	86,3*
Franciaország	613	63,0
Egyesült Államok	595	63,0
Szovjetunió	289	121,3

* Az Angliára és Wales-re készített felmérések eredményének az átlaga

ban, ők sokkal több nagy presztízsű, hatalmat jelentő és jól fizetett állást töltenek be, mint az orvosnők és az ápolók.³⁵ A szektorban dolgozó személyek ugyanúgy hierarchiába rendeződnek, mint a szélesebb társadalom szociális rétegei. A lakossággal való foglalkozás tekintetében az orvosi szakma reprodukálhatja a társadalom alapvető előítéleteit, és azokat a kulturális elképzeléseket, hogy mi jelent jó és mi rossz viselkedést. Úgy vélik, például, hogy a rasszista előítéletek fontos szerepet játszhatnak abban, hogy Nagy-Britanniában a pszichiáterek akkor is „örülnek” tartják egyes afro-karibiai betegeket, ha vannak ez ellen szóló bizonyítékok³⁵ (lásd a 10. fejezetben is); hasonló rendszer működött a korábbi Szovjetunióban, a pszichiátriai diagnózisok politikai befolyásolásakor.³⁶

A nyugati egészségügyi rendszerek kritikái közé tartozik Illich³⁷ véleménye is, aki úgy gondolja, hogy a magas technikát használó modern medicina egyre veszélyesebbé válik a lakosság egészségi állapotára nézve, mivel csökkenti a lakosok autonómiáját, az orvosi szakmától függővé teszi őket, és rombolja egészségüket a gyógyszerek mellékhatásaival és a sebészi beavatkozásokkal. Ráadásul, az egészségügyi rendszer szimbiotikus kapcsolatban van a gyógyszerek és az egészségügyben használt műszerek gyártóival, és ez a kapcsolat nem feltétlenül szolgálja a betegek érdekeit.

Illich-hez hasonlóan, az egészségügyi rendszer más kritikái is fenntartják azt a véleményüket, hogy a modern medicina, a mikroorganizmusok kontrollálásához hasonlóan, megpróbálja ellenőrzése alatt tartani a lakosság viselkedését, különösen a deviáns viselkedések „medikalizációjával” (betegséggé váló értékelésével), és az emberi életciklusnak számos normális szakaszát is. Stacey³⁸ és mások azt gondolják, hogy ez a jelenség különösen szembevető a nők

esetében, főként a terhesség és a szülés időszakában (lásd a 6. fejezetben is). A nyugati társadalmak olyan egészségügyi problémáival, amit külső tényezők okoznak – mint a szegénység, a munkanélküliség, a gazdasági krízisek, a környezetszennyezés vagy az üldözések – az egészségügyi rendszer gyakran nem törődik, mivel a hangsúlyt egyre inkább az *individuális* betegre (sőt az *individuális* szervre) és az egyén életvezetésében előforduló „rizikófaktorokra” helyezi.

Bármilyen egészségügyi rendszer megértéséhez, tehát, mindig figyelembe kell venni az adott társadalom alapvető értékeit, ideológiáját, politikai szerkezetét és közgazdasági rendszerét. Ilyen értelemben, az egészségügyi ellátás hivatásos szektora – a másik két szektorhoz hasonlóan – bizonyos mértékig mindig „kulturához-kötött”.

Az egészségügyi rendszerek összehasonlítása

A nyugati típusú orvoslás fent említett kultúrához-kötöttségét a különböző gazdasági fejlettségű nyugati társadalmak egészségügyi rendszerének összehasonlításával lehet jól illusztrálni. Magától értetődik, hogy ezek az országok különböznek egymástól aszerint, hogy az egészségügyi ellátás döntően a magán szektorban vagy az állami szektorban folyik, az orvosi munkaerő eloszlásában, az egészségügyi biztosítás rendszerében, és így tovább – de a hivatásos szektor munkája egyöntetűen a nyugati tudományos orvoslás tradícióiban gyökerezik, és az orvosi technikáknak és adatoknak jelentős mértékű cseréje folyik.

Bár a nyugati medicina egyetemesnek tartja magát, számos tanulmány igazolta, hogy jelentős különbségek vannak a felállított diagnózisok, a javasolt kezelési módok típusában a különböző nyugati országok egészségügyi rendszere között. Például, 1984-ben gyógyszerfelírási szokásaik alapján öt európai országot hasonlítottak össze, (Nagy-Britannia, Németország, Olaszország, Franciaország és Spanyolország),³⁹ és olyan jelentős különbségeket találtak az egyes országok között, amit *nem* lehetett az országok lakóinak egészségügyi állapota közti különbségekkel magyarázni. A tanulmányban vizsgálták a 20 leggyakoribb diagnózist és a 20 leggyakrabban felírt gyógyszert mind az öt országban. Nagy-Britanniában, például, a felírt gyógyszerek nagy csoportját trankvillánsok, altatószerek és nyugtatók képezték (az összes felírt gyógyszer 8,6%-át tették ki), ami Franciaországban 6,8%, Németországban 6,0%, Olaszországban 3,1%, és Spanyolországban 2,0% volt. Nagy-Britanniában a „neurózisok” a leggyakoribb diagnózisok közé tartoztak (az összes felállított diagnózis 5,1%-át tették ki), ami Franciaországban 4,1%, Olaszországban 3,2%, és Spanyolországban 1,7% volt. Ezek a különbségek nemcsak a megbetegedési arányok öt ország közti eltéréseit tükrözik, hanem a nomenklatúrában, a diagnosztikai kritériumokban és az egyes viselkedéstípusok értékelésével és kezelésmódjával kapcsolatos *kulturális* hozzáállásban fellelhető lényeges eltéréseket is. Más tanulmányok, amelyek közül néhányat később ismertetünk könyvünkben, azt mutatják be, hogy milyen különbségek vannak a Nagy-

Britanniában és az Egyesült Államokban, ill. a Nagy-Britanniában és Franciaországban dolgozó pszichiáterek között a skizofrénia diagnózisának felállításával és kezelésével kapcsolatban (lásd a 10. fejezetben); valamint a Nagy-Britannia, Kanada és az Egyesült Államok közötti eltéréseket elemzik a sebészi beavatkozások (közéjük sorolva a császármetasztézist is) vonatkozásában (lásd a 12. fejezetben); valamint azzal foglalkoznak, hogy mi az oka, hogy a fürdőknél és a hidroterápiának van orvosi használata Franciaországban (*la thermalisme*) és Németországban (*Kur*)⁴¹ – de nincs olyan országokban, mint Nagy-Britannia és az Egyesült Államok.

Ha közelebbről megvizsgáljuk ezeket az észlelésben, diagnózis felállításban, a betegségek elnevezésben és kezelésében tapasztalt országok közötti különbségeket, felismerhetünk néhány olyan kulturális értéket, amelyek felelősek lehetnek ezekért a különbségekért. Payer,⁴² például megvizsgálta az Egyesült Államok, Franciaország, Németország és Nagy-Britannia egészségügyi rendszerét. Tanulmányában leírt néhány olyan diagnosztikai kategóriát, amelynek nem volt igazi megfelelője a többi országban – ilyen volt pl. a franciáknál használt *crise de foie* és a spasmophilia, a németeknél ismert *Herzinsuffizienz* és a *Kreislaufkollaps*, vagy az angoloknál használt *chillblains* vagy „bél problémák”. A különbségek megértéséhez a szerző összehasonlított néhány orvosi hiedelmeket és gyakorlatokat az adott országok alapvető kulturális értékeivel. Az Egyesült Államokban, például, kapcsolatot vélte felfedezni a coronaria bypass műtétek magas száma és műtéti típusa és aközött az amerikai nézet között, hogy az emberi testet egy javítható „masinának” tartják – amely rendszeres időközönként „szervizelésre” szorul, vagy „kimerül”. Az amerikai orvosok szemléletét a szerző úgy írja le, hogy „agresszív” módon, és „meg tudom oldani” alap gondolattal közelíti meg a betegségeket, és ez az uralkodó amerikai ideológia részét képezi: „Az amerikaiak nemcsak akarnak valamit csinálni, hanem azt gyorsan akarják megcsinálni, és ha nem tudják, könnyen frusztrálnak érzik magukat”. Eredményképpen, az amerikai orvosok több diagnosztikai tesztet végeznek el a betegeiken, gyakrabban hajtanak végre sebészi beavatkozásokat, mint a három másik vizsgált ország orvosai. Payer szerint az amerikai orvosok sokszor tartózkodnak a gyógyszeres kezelésektől és agresszívebb kezelési formákat részesítenek előnyben, és ha gyógyszereket használnak, általában nagyobb dózisokban alkalmazzák őket, mint európai kollégáik. A pszichiátriában, például, az Egyesült Államokban néhány gyógyszerből a más országokban használt adagok közel tízszeresét rendelik. Az amerikai orvosok ilyen szemléletének több oka is van, köztük a szolgáltatásaikért kapott fizetés rendszere, és a szakmai műhibáktól való félelmük. A három európai országból származó orvosokhoz hasonlóan, azonban, a társadalmuk kulturális alapértékei azok, amik döntően befolyásolják azt, ahogyan az egészségről-betegségről és a betegségek kezeléséről vélekednek.

Az orvosi hivatás

Az egészségügyi rendszeren belül, az orvoslást gyakorlók egy elkülönült csoportot képeznek, amelynek megvan a saját értékrendje, elkötelezettsége, a betegségekről alkotott teóriája, és viselkedési szabályai, képzelése, a betegségekbe való hierarchikus szerveződése; ennyivel, valamint a gyógyító szerepekbe való hierarchikus aspektusai egyaránt vannak a csoportnak ezért szociális és kulturális aspektusai egyaránt vannak. Ez úgy tekinthető ezért – a jogászok, az építészek és a mérnökökhoz hasonlóan – mint hivatás. Foster és Anderson⁴³ úgy definiálja a hivatást, mint egy olyan valami, „ami speciális tudásanyag alapján vagy akörül szerveződik, a tudásanyag nehezen sajátítható el, és képzett alkalmazók kezében találkozik a kliensek igényeivel, és azokat szolgálja”. A csoportnak vannak szakmai kollégiumai, amelyek az a célt szolgálják, hogy ellenőrzésük alatt tartásuk a szakmai területüket, képviseljük közös érdekeiket, fenntartsák tudásbani monopólium helyzetüket, minőségi követelményeket támasztanak a felvétellel kapcsolatban (mint pl. új orvosok működési engedélyének kiadása), megvédjék magukat a kívülről jövő támadásoktól és vetélkedésektől, és hogy ellenőrizhessék tagjaik szakmai hozzáértését és etikusságát. Bár az orvosi kar fogalmilag egyenlő tagokból áll, a gyakorlatban a tudásnak és a hatalomnak a hierarchiájába rendeződik, úgy mint professzor, főorvos, osztályos orvos, alorvos és orvosgyakornok (Nagy-Britanniában professzor, consultants, registrars és house officers). A paramedikális hivatások alattuk helyezkednek el: az ápolók, a szülésznők, a gyógytornászok, a foglalkoztatók és az egészségügyi szociális gondozók. Valamennyi paramedikális csoportnak megvan a saját tudásanyaga, a patientúrja, a szakmai kollégiuma, és ellenőrzése alatt tart egy kompetencia területet, de összességében kevesebb autonómiával és hatalommal rendelkezik, mint az orvosok. Az orvosok maguk specializált alcsoportokba tartoznak, amelyek kisebb skálán megismétlik az orvosi hivatás hierarchiáját. A sebészek, gyermekgyógyászok, nőgyógyászok és a pszichiáterek jó példái ennek. Valamennyi szakorvoscsoporthoz megvan az egészségről-betegségről alkotott jellemző szemlélete, saját tudásanyaga, és saját hierarchiája a szakorvosoktól a kezdőkig.

Pfifferling⁴⁴ megvizsgálta néhány, orvosi hivatás alapjául szolgáló elképzelést és alapvetet az Egyesült Államokban. Véleménye szerint az orvosi hivatás:

1. *Orvos-centrikus*: az orvos – és nem pedig a beteg – határozza meg a beteg problémájának természetét és határait; a diagnosztikai és intellektuális képességeket a kommunikációs készségnél többre értékeli; az egészségügyi ellátás egységei, mint pl. az orvosi rendelők, általában az orvosok kényelme szerint helyezkednek el, gyakran távol a betegek otthonától.
2. *Szakorvos-orientált*: a specialistáknak az általános orvosoknál magasabb a presztízsük és a keresetük.

3. *Bizonyítvány-orientált:* azokat, akiknek magasabb a képzettségük (az erről szóló igazolások alapján) előbbre léphetnek az orvosi hierarchiában, és azt tartják róluk, hogy nagyobb klinikai gyakorlattal és tudással rendelkeznek.
4. *Memórián-alapuló:* az emlékezés bravúrait (orvosi tényekkel, esetekkel, gyógyszerekkel és felfedezésekkel, stb. kapcsolatban) előlétetéssel és a kollégák elismerésével jutalmazták.
5. *Egyedi-eset-centrikus:* az orvosi döntéseket a betegség egyedi esetére vonatkozóan hozzák, és azok a korábbi klinikai esetek összegyűjtött leírásán alapulnak.
6. *Eredmény-központú:* az orvosok klinikai készségének értékelését úgy mérik, hogy milyen hatást fejtenek ki a beteg mérhető biológiai folyamataira (pl. vérnyomásának a csökkentésére).

Hozzáadható ehhez a listához a klinikai kép értékelése helyett a diagnosztikai technológiák fokozott alkalmazása, és számos kórház magánkézbe kerülése országszerte, és ennek az egészségügyi ellátásra gyakorolt hatása. A fenti pontoknak nagy része más nyugati országban (pl. Nagy-Britanniában) dolgozó orvosokra is egyre inkább vonatkozik.

Számos nyugati országban a hivatásos szektorhoz általános orvosok és családorvosok is tartoznak, akik – a kórházi orvosoktól eltérően – szoros kapcsolatban állnak a közösséggel. Van néhány hasonlóság ezek között az orvosok (és ápolók) és a hagyományos gyógyítók között, elsősorban az, hogy jól ismerik a helyi viszonyokat, és az egészségi állapot szociális, családi és pszichológiai vonatkozásait, még ha gyógyító tevékenységük eltérő alapelveken nyugszik is.

A kórház

A legtöbb országban, a tudományos orvoslás fő intézeti hálózatát a *kórházak* képezik. A populáris és a hagyományos szektortól eltérően, a beteg embert az egyéni krízisek alkalmával kimozdítják családjából, elhatárolják barátaitól és a közösségétől. A kórházban a betegeket alávetik a „deperszonalizáció” standardizált rítusának (részletesen lásd a 9. fejezetben), és a betegeket az ismeretlenekből álló kórtermek számozott „eseteivé” alakítják. Fizikai betegségük kap hangsúlyt, és az otthoni körülményeiknek, vallásuknak, szociális kapcsolataiknak, erkölcsi véleményeiknek, vagy ezek egészségi állapotra gyakorolt hatásának csak minimális figyelmet szentelnek. A kórházak specializációja biztosítja, hogy a betegeket osztályozzák, és *körük* (felnőttek, gyerekek, idősek), *nemük* (férfi, női), *állapotuk* (beteggyógyászati, sebészi vagy más beavatkozást igénylő), a betegség által érintett *szervrendszer* (gasztroenterológia, szemészet, bőrgyógyászat), és a *betegség súlyossága* (intenzív osztályok, baleseti és sürgősségi ellátás) szerint különböző kórtermekbe csoportosítsák. Az azonos nemű és korcsoportba tartozó betegek gyakran kerülnek azonos kórtermekbe. A betegeket megfosztják szociális identitásuktól és egyéniségüktől, és egyforma pizsamákba, hálóingekbe vagy szabad-

időruhákba öltöztetik őket. Veszítenek a saját testük felett gyakorolt kontrolljukból, személyes terükből, magánéletük intimitásából, viselkedésük, étrendjük és idejük beosztásának függetlenségéből. A betegek távol vannak a család és a közösség folyamatos érzelmi támogatásától, és olyan személyzet látja el őket, akiket korábban sohasem láttak. A kórházakban az egészségügyi személyzet – orvosok, ápolók, és asszisztensek – és a betegek közti kapcsolatot döntően a távolságtartás, a formalitás, a rövid beszélgetések, és gyakran a szakmai zsargon használata jellemzi. A kórházakat az antropológusok, mint pl. Goffman,⁴⁵ úgy írják le, mint „kis társadalmakat”, melyek mindegyike saját „kultúrával” rendelkezik: a viselkedésről, a tradíciókról, a rítusokról, a hierarchiáról és még a nyelvhasználatról is kialakított hallgatlagos vagy kimondott szabályokkal. A kórteremben fekvő betegek időlegesen a „szenvedők közösségét” alkotják, akiket az együttérzés, a kórtermi pletykák, és az egymás állapotáról való beszélgetés köt össze. Ezek a „közösségek” azonban nem hasonlítanak azokra a közösségekre, amelyekben a betegek élnek; és nem képesek helyettesíteni azokat, továbbá az önszegélyező csoportoktól eltérően, helyzetük nem jogosítja fel őket a másik gyógyítására, vagy legalábbis nem a kórházi körülmények között.

A kórház, az orvosi rendszer többi részéhez hasonlóan, nem vákuumban működik. Ezt az intézményt is jelentősen befolyásolják a kulturális, szociális és gazdasági tényezők egyedi és országos szinten egyaránt. Az észak-amerikai és észak-európai kórházak, például – és az ott nyújtott ellátás – az ellátott közösségtől szeparáltabban működik, mint a föld más területein. Néhány gyermekgyógyászati és szülészeti osztály kivételével, a családtagoknak vagy ismerősöknek csak kivételesen engedik meg, hogy a beteg mellett maradjanak a kórházban, ellássák étellel a beteget, segítsenek öltözködésében és részt vegyenek ápolásában. A legtöbb esetben csak pontosan meghatározott „látogatási időben” engedik be a hozzátartozókat látogatásra, gyakran az orvosok és az ápolók ellenőrző tekintetével kísérve. Ellentétképpen, számos Dél-Európa-i országban, a kórház és a közösség közti határ sokkal inkább elmosódik; a beteg családtagjai gyakran órákat töltenek a beteg ágya mellett, mosdatják, etetik, és kielégítik a beteg intim szükségleteit – ellátják azokat a szerepköröket, amelyeket Európa északibb részeiben és az Egyesült Államokban csak az ápolók látnak el.

A körházat, és az általa az egyes országokban, kultúrákban és közösségekben betöltött nagyszámú szerepet számos különböző nézőpontból lehet szemlélni. Például, amellett, hogy a betegségek kezelési helyének vagy a szenvedéseket enyhítő helynek tekinthető, úgy is szemlélhető, mint

1. *Menedékhely* – „menhely” azok számára (ahogy ez a középkorban is történt), akik képtelenek a külvilággal kooperálni, mentális vagy fizikális megbetegedésük vagy idős koruk miatt.

2. *Üzem* – egy olyan ipari létesítmény, amely „gyógyult embereket” gyárt a bekerülő „beteg emberekből” álló nyersanyagból.
3. *Üzlet* –, amelynek az a célja, hogy (elsősorban ha magán és egyesületi kézben van) az egészségügyi ellátásból maximális haszonra tegyen szert.
4. *Templom* –, amelyet egy meghatározott kozmológiának (pl. az ayurvédának) vagy gyógyító hagyománynak, vagy a Tudomány által a betegségek és a halál erőire gyakorolt transzcendentális hatásnak szentelnek.
5. *Egyetem* –, amely nemcsak az orvos- és ápolóképzést célozza, hanem a betegek erkölcsi eligazítását is.
6. *Börtön* – megvédi a társadalmat az „őrülteknek” tartottaktól, a disszidensektől, és a nagyon extravagánsoktól, ez utóbbiak akarata ellenére.
7. *Város* –, egy miniatűr világváros, amelynek minden osztály egy „városnegyed”, és amelynek önálló szervezeti rendszere, bürokráciája, munkáosztálya, biztonsági szervezete, templomai és boltjai vannak, és amelynek lakóit az állandóan és akaratuktól függetlenül változó betegek alkotják.

A helyi eltérésektől, és a szemléletmódtól függetlenül, a kórház a biomedicina elsődleges intézménye marad. A nagy létszámú személyzetük és bürokráciájuk, fejlett diagnosztikai és terápiás felszereltségük miatt a modern kórházak fenntartása rendkívül drága, és egyre többbe kerül. Az Egyesült Államokban, például, az egészségügyi ellátásban a legtöbb pénzt a kórházak költik el, 1990-ben, például, egy amerikaiakra számolva körülbelül 1000 amerikai dollárt költöttek; és a kórházak költségének közel egynegyedét az adminisztrációs költségek tették ki.⁴⁶ 1960-ban 3,17 betegre jutott egy adminisztrátor az Egyesült Államokban, míg 1990-re azonban az adminisztrátorok létszáma úgy megnőtt, hogy 1,43 adminisztrátorra jutott egy beteg.⁴⁷ Elsősorban a fejlődő országokban, ezek az növekvő kiadások – és az a tény, hogy a legtöbb hatalmas, magas technikai felkészültségű kórház a városokban helyezkedik el, messze azoktól a vidéki részekről, ahol a legtöbb ember él⁴⁸ – a kórházak újraértékeléséhez vezetett. Az újabb irány az, hogy kisebb területi kórházakat alakítsanak ki, amelyek ellátják a környéket, gyakran a helyi egészségügyi alapellátásban dolgozókkal együttműködve (részletesen lásd a 13. fejezetben); míg a kisebb számú, nagy kórházakat, amelyek specializált szakorvosokkal és fejlett technikával berendezésekkel vannak ellátva, a súlyosabb állapotokra tartják fenn.

A terápiás hálózatok

A beteggé váló emberek, akik már nem képesek magukon segíteni, eldöntik, hogy kihez fordulnak további segítségért a mindennapi, a

hagyományos és a hivatásos egészségügyi ellátás szektorából. Döntésüket befolyásolja az a környezet, amelyben élnek, így az is, hogy milyen típusú ellátás érhető el, kell-e az ellátásért fizetni, a beteg képes-e fizetni, és hogy milyen Magyarító Modellt használ a beteg egészségi állapotának megértéséhez. Ez a modell, amelyet az 5. fejezetben leírtunk, magyarázatot ad a betegségek etiológiájára, tüneteire, az általa okozott fizikai változásokra, a természetes lefolyására és a kezelésére. A fentiek alapján a beteg kiválasztja, hogy állapotának javításához milyen forrásokból van szüksége tanácsra és kezelésre. A „megfázást” és az ehhez hasonló betegségeket általában a hozzátartozók kezelik, a természetfeletti betegségeket (mint a „szellemek általi megszállottság”) a szent hagyományos gyógyítók, és a „természeti” betegségeket – különösen, ha azok nagyon súlyosak – az orvosok. Ha, például, a betegséget erkölcsi félrelépésekért kapott isteni büntetésnek tartják, akkor, ahogy Snow⁴⁹ leírja, „Az imádság és a bűnbánat és nem pedig a penicillin gyógyítja a bűnt”, bár a kettőt lehet egyszerre is használni: orvoshoz fordulnak a fizikai tünetek miatt, és egy hitgyógyítóhoz az okok kezeléséért.

Igy, a beteg emberek gyakran használják több különböző típusú gyógyító segítségét egyszerre vagy egymás után. Ezt teszik gyakran egyszerű pragmatikus megfontolás alapján is; „több szem többet lát”. Scott⁵⁰ ismerteti, például, egy esetet egy Miami-ban, Floridában élő Dél-Karolinából származó afro-amerikai nőről. A beteg azt hitte magáról, hogy megátkozták („fixed”), ezért olívaolajjal és süvegucukorra csepegtetett terpentinnel kezelte magát. Az eljárás azonban nem szüntette meg a tüneteit (hasi fájdalmait), ezért a következő gyógyítókhoz fordult: két „gyökerekkel gyógyítóhoz”, akik mágikus porokat, égetni való gyertyákat adtak neki, és imádkoztak érte; egy „szent asszonyhoz”, aki megmasszírozta és imádkozott érte; és két helyi kórházhoz; hogy végezzenek rtg-t és gasztrointesztinális vizsgálatokat, és mutassák ki, hogy „mi van ott lenn”. Egy adott időpontban a beteg mindhárom népi gyógyító tanácsát egyszerre betartotta. Scott leírása szerint, a beteg nem gyógyító beavatkozásokért fordult az orvosokhoz, hanem azért, hogy kimutassák, hogy „a hagyományos gyógyítók eljárásai eredményesek-e”. Valamennyi gyógyító újfogalmazhatja a beteg tüneteit, úgy mint „gyomor-fekély” vagy „átok”. A különböző típusú kezeléseket ilyen szimultán alkalmazása nagyon gyakori, különösen súlyos betegségek esetén. Számos rákkal diagnosztizált beteg, például, megváltoztatja az étrendjét, több vitamint fogyaszt, többet imádkozik, önségélyező csoporthoz csatlakozik és alternatív gyógyítók véleményét is kikéri⁵¹ – az orvosi kezelés mellett.

A terápiás hálózatok középpontját a beteg emberek képezik az egészségügyi ellátás mindhárom szektorában. A tanács és a kezelés ennek a hálózatnak a láncszemein keresztül jut el a beteghez – a láncot a család, a barátok, a szomszédok, a barátok barátai kezdik, és a szent vagy világi hagyományos gyógyítókig és az orvosokig folytatódik. Még akkor is, ha a beteg kap tanácsot, ezt gyakran megbeszéli

vagy értékelési terápiás hálózatának más tagjaival, a saját tudásának vagy tapasztalatának fényében. Stimson megjegyzése szerint,⁵⁰ az orvosi kezeléseket a betegek gyakran értékelik aszerint, „hogyan maguk mit tapasztaltak korábban, vagy mások milyen tapasztalatokról számoltak be, és hogy milyen elvárásaik voltak az orvossal szemben”. Így a beteg ember nemcsak a különböző típusú gyógyítók között (populáris, hivatásos vagy hagyományos) választ, hanem a diagnózisok és a tanácsok között is, aszerint, hogy számára melyiknek van értelme és melyiknek nincs. Az utóbbi esetben az eredmény a „nem-kooperáló” beteg lehet, vagy az, hogy a beteg a terápiás hálózat más részéhez fordul.

Az egészségügyi ellátás pluralizmusa Nagy-Britanniában

Nagy-Britanniában, mint más komplex társadalmakban, a terápiás lehetőségek széles köre áll rendelkezésre a fizikális diszkomfort és az emocionális nehézségek megkönnyítésére és megelőzésére, és ebben populáris, hagyományos és hivatásos szektort lehet elkülöníteni. Fejlesztésünkben elsősorban a populáris és a hagyományos szektorral foglalkozunk. A hivatásos szektort már olyan szociológusok, mint Stacey⁵¹ és Levitt,⁵² részletesen elemezték. Az egészségügyi ellátás e három Nagy-Britanniában elkülöníthető szektoráról alkotott áttekintés bemutatja a balszerencsével – köztük a betegségekkel – való bánásmódok teljes skáláját.

A populáris szektor

Elliott-Binns két, a későbbiekben említésre kerülő, tanulmánya^{53,54} azon kevesek közé tartozik, amelyek a Nagy-Britanniában előforduló laikus terápiás hálózatokkal foglalkoznak. Más vizsgálatok pedig az öngyógyítás jelenségére koncentráltak. Dunnell és Cartwright⁵⁵ 1972-ben végzett nagy méretű felmérése szerint a betegek saját döntésük alapján kétszer annyi gyógyszert szedtek, mint orvosi előírásra. Az öngyógyszerelés leggyakrabban hőemelkedés, fejfájás, emésztési zavarok és torokfájdalmak esetén fordult elő. Ezek és más tünetek gyakran előfordultak a megkérdezettek között, de míg a felnőttek 91%-a számolt be egy vagy két „abnormális” tünetről, amelyek a felmérés megelőző két hétben fordultak elő, addig összesen csak 16%-uk fordult panaszai miatt orvoshoz. Az öngyógyszerelést az orvoshoz fordulás alternatívájaként alkalmazták, és az orvosoktól a súlyosabb állapotokkal való foglalkozást várták el. A gyógyszert különböző emberek választották ki: házastárs (7%), szülők és nagyszülők (18%), más hozzátartozók (5%), barátok (13%), és az orvos (10%). A minta 57%-a gondolta azt, hogy a helyi gyógyszerértáros számos betegség

kezelésére megfelelő tanácsot tud adni. Ezt Sharpe⁵⁶ tanulmánya is megerősíti, aki a londoni gyógyszerárakat vizsgálta, ahol a felmérés 10 napja alatt 72 ember kért tanácsot, főként bőrpanaszok, légúti infekciók, fogproblémák, hányás és hasmenés miatt. Egy másik felmérésben, amelyet Jefferys és mtsai. készítettek⁵⁷ egy munkások által lakott lakótelepen, azt találták, hogy a megkérdezettek kétharmada szedett önmaga által választott gyógyszert, gyakran az orvos által előírtak mellett. A leggyakrabban így használt gyógyszerek számos tünet és az aspirin voltak. Az aspirint és más analgetikumokat számos tüneteire használták, így szedték „arthritist és anémia, bronchitist és derékfájdalmat, menstruációs görcsöket és menopausális panaszokat, ideggyulladás és más idegfájdalmakat, influenza és alvászavarokat, megfázásokat és cataracta esetén, és természetesen fejfájásra és reumatikus fájdalmakra”.

A saját választású és az orvos által javasolt gyógyszerek felhalmozása és egymás közötti cseréje egyaránt gyakori Nagy-Britanniában. Az olyan emberek, akik egy ideig betegek voltak, Hindmarch⁵⁸ fogalmazása szerint, úgy viselkednek, mintha ez ügyben ők is szakértők, orvosok lennének, és adnak gyógyszerekből a hasonló panaszokról beszámoló barátaiknak, ismerőseiknek. Warburton⁵⁹ azt találta a Reading-ben végzett felmérése során, hogy a megkérdezett fiatalok 68%-a kapott pszichotropikus szereket barátaitól, ismerőseitől. Hindmarch Leeds-ben végzett felmérése is azt mutatta, hogy az *egy főnek* felírt gyógyszerek 25,9%-át az adott utca lakói szedték. Az orvos által felírt gyógyszerek beszedéséről vagy be nem szedéséről hozott döntések is a populáris egészség kultúra részét képezik és a döntéseket jelentősen befolyásolja, hogy a laikus értékelés szerint az orvosságnak van vagy nincs értelme, és Stimson véleménye szerint,⁶⁰ ez lényegesen befolyásolja az *együtt-nem-működés* (non-compliance) jelenségét. A jelenség gyakoriságát 60%-ra becsülte.

Nagy-Britanniában végeztek néhány tanulmányt az egészségügyi ellátás hatékonyságáról is. Blaxter és Paterson⁶¹ az Aberdeenben élő munkásokhoz tartozó nőket vizsgálta, és azt találta, hogy ezek az asszonyok gyermekeik olyan panaszai miatt, mint fülzúgás, gyakran nem foglalkoztak, ha azok nem kellettek zavart a gyermek mindennapi életében. Egy másik tanulmányban ezzel szemben, Pattison és mtsai⁶² azt mutatták ki, hogy az anyák észrevették és felismerték csecsemőjük problémáit, és orvoshoz fordultak, még az első gyermek esetében is.

A populáris szektornak fontos részét képezik az *önsegélyező* csoportok, amelyek a második világháború óta virágkorukat élik Nagy-Britanniában. A mindennapi szektor más formáihoz hasonlóan, ezekben a csoportokban a tapasztalat, különösen egy bizonyos szerencsétlenséggel kapcsolatos *tapasztalat* a fontos, s nem a képzettség. Az ilyen csoportok tagjainak összlétszáma nem ismert, de több ezerre tehető. A *Pulse*⁶³ nevű orvosi magazin 335 ilyen csoportot sorolt fel Nagy-Britanniában vagy Írországon, de a csoportok számos más lis-

tája is elérhető. Ezek a csoportok feloszthatók az alapján, hogy tagjaik miért csatlakoznak hozzájuk, így:

1. *Fizikai problémák* (Angol Migrén Egyesület, Laryngectomia Club, Derékfájdalom Egyesület).
2. *Emocionális problémák* (Depressziósok Egyesülete, Fóbiások Szövetsége, Nemzeti Skizofréria Társaság).
3. A fizikai, emocionális vagy addikciós problémával rendelkezők hozzátartozói (A Védőoltás miatt Károsodott Gyermek Szülőinek Egyesülete, Al-Anon, Alkoholisták Felnőtt Gyermekei).
4. *Családi problémák* (Jó Családi Kapcsolatok Egyesülete, Szülők Név Nélkül, Stressz Alatt Lévo Szülők Egyesülete).
5. *Addikciós problémák* (Névtelen Alkoholisták Egyesülete, Elfogadás, Dohányzás elleni Egészség Óvó Akció).
6. *Szociális problémák:*
 - (a) *Szexuálisan non-konformisták* (Leszbikusok Egyesülete, Homoszexuálisok Szövetsége).
 - (b) *Egyedülálló Szülők családok* (Gingerbread, Apát Igénylő Családok, Egyedülálló Nők és Gyermekük Nemzeti Tanácsa).
 - (c) *Életforma változások* (Nyugdíjazás előttiek Klubja, Özvegyek Nemzeti Egyesülete).
 - (d) *Szociális izoláció* (Levelező Barátok, Egyedülálló klubja, Meet-a-Mum Egyesület).
7. *Nőklubok* (Női Egészségvédelem, Megerősöskoltak Krízis Központja, Anyák Egyesülete).
8. *Kisebbségi népcsoportok egyesületei* (Karibok csoportja, Ciprusiak Tanácsadó Szolgálat, Ázsiai Munkásnők Csoportja).

Levy szerint⁶³ a legtöbb önszegélyező csoport rendelkezik az alábbiak közül egy vagy több jellemzővel:

1. Információk és irányítás.
2. Konzultálás és tanácsadás.
3. Nyitott és szakmai képzés.
4. Politikai és szociális aktivitás.
5. Adománygyűjtés kutatásra vagy a szolgáltatásokra.
6. Szakmai irányítással történő gyógyító szolgálat.
7. Kis csoportokban zajló kölcsönös segítség.

Számos csoport „a szenvedők közössége”, ahová egy bizonyos szerencsétlenséggel kapcsolatos tapasztalat a belépés feltétele. A Depressziósok Egyesülete, például, úgy határozza meg magát, mint egy „olyan önszegélyező csoport, amelyet a depressziósok számára működtetnek azok, akik korábban depressziósok voltak, és az átlagnál jobban tudják, hogy milyen az, amikor az ember normális agyműködése ideiglenesen felborul”.⁶⁴ Levy⁶⁵ 71 csoporton végzett tanulmányában, 41

csoportban a tagságot azok számára tartották fenn, akik egy meghatározott állapottól szenvedtek, míg 8 csoport a betegségben szenvedők hozzátartozói számára jött létre. Néhány csoport átfedést képez a hivatásos szektorral, ilyen például a Psoriasis Egyesület; a csoport 4000 tagja közt van beteg, hozzátartozó, orvos, ápoló, kozmetikus és gyógyszerügyi képviselő.⁶⁶ Más csoportok elutasítják a hagyományos orvoslást, és antibürokratikus, antiprofesszionális alapokon működnek.

Robinson és Henry⁶⁷ számos okot felsorol arra, hogy miért nő ezeknek a csoportoknak a száma a populáris szektorban, így: a meglévő orvosi és szociális ellátás nyilvánvaló tehetetlensége az emberek igényeinek kielégítésére; a kölcsönös segítség jelentőségének felismerése a tagságban; és a média szerepe abban, hogy a közös problémákat felvesse a közösségben. Más ok lehet, pl.: a „közösség” utáni nosztalgia – különösen a szélesebb körű család gondoskodó közössége után – egy elidegenedett, iparosított világban; stigmatizált állapotok, vagy szociálisan lecsúszottak számára egy elfogadó közösség, vagy a szerencsétlenségek megmagyarázásának és ezekre való reagálásnak egy személyesebb módja.

A hagyományos szektor

Nagy-Britanniában és más nyugati társadalmakban ez a szektor viszonylag kicsi és betegség specifikus. Míg a helyi hitgyógyítók, a cigány szerencsemondók, a jósok, a gyógynövényesek és a „bölcsek” a vidéki területeken mindmáig előfordulnak, a hagyományos szektor diagnosztikai és terápiás formái inkább a városokban lelhetők fel, elsősorban az „alternatív” vagy „kiegészítő” orvoslás részeként. Valamennyi becslés megegyezik abban, hogy az alternatív gyógyászatokkal való konzultációk átlagos száma évről évre nő.⁶⁸ Egy 1985-ben végzett felmérés szerint, az év folyamán megközelítőleg 11,7 millió – 15,4 millió ilyen konzultáció volt, és körülbelül 1,5 millió ember (Nagy-Britannia lakosságának 2,5%-a) részesült alternatív gyógymódokban, míg a lakosság 72%-a fordult körzeti orvosához.⁶⁹ Az alternatív gyógyítókhoz fordulók közül 33%-uk egyidejűleg orvosuktól is kapott gyógykezelést.⁷⁰ A nyugati típusú társadalmakhoz hasonlóan az alternatív/kiegészítő gyógyítók a betegeket holisztikus nézőpontból közelítik meg, amely magába foglalja az egészségi állapot pszichológiai, szociális, erkölcsi és fizikai vetületét, és azt hangsúlyozzák, hogy az egészség egy egyensúlyi állapot. Az Orvosi Herbalisták Országos Intézetének kiadványa szerint, például, „A gyógynövények szakértői úgy értelmezik a betegségeket, mint az egészséget jellemző pszichológiai és mentális/emocionális egyensúly zavarát, és a szervezet saját gyógyító ereinek figyelembe vételével ennek az egyensúlynak a visszaállítására törekcsenek.” A Közegészségügyi Alapítvány az előbbihez hasonlóan így fogalmaz:⁷¹ „Az egészség több, mint a fájdalom vagy más panaszok hiánya. A jó egész-

ség dinamikus egyensúlyt jelent a körülöttünk élő egyénekkel, barátainkkal, családtagjainkkal és azzal a környezettel, amelyben élünk és dolgozunk".

A herbalizmus, a hitgyógyászat és a szülészet talán Angliában rendelkezik a legmélyebb gyökerekkel. A gyógynövény terápiák első leírásai i. e. 1260-ra tehetőek, és az elmúlt 400 évben számos „gyógynövény összeállítás” leírtak. 1963-ban, például, egy gyógynövény-tan-könyv, amelyet John Parkinson állított össze, 3800 növény orvosi használatát írta le.⁷⁰ A szülésznek az egészségügyi ellátás egy másik tradicionális részét képezik, amely csatlakozott a hivatásos szektorhoz, különösen az 1902-es Szülészeti Határozat által bevezetett kötelező regisztrálási rendszer óta. Más gyógyító eljárásokat, mint az akupunktúrát, a homeopátiát és a csontkovácsolást külföldről importálták.

A hagyományos szektor szent és profán gyógyítókat egyaránt tartalmaz. Egy példája ennek a Spirituális Gyógyítók Országos Szövetsége (National Federation of Spiritual Healers – NFSH), amely a spirituális gyógyítást úgy határozza meg, mint „a test, gondolkodás és lélek valamennyi betegségének gyógyítását kézzel, imádsággal vagy meditációval a páciens aktuális jelenlététől függetlenül”.⁷¹ 1965 óta, több mint 1500, az Országos Egészség Szolgálat (National Health Service – NHS) rendszerébe tartozó kórházban az NFSH „gyógyító tagjai” meglátogathatják azokat a betegeket, akik igénylik segítségüket.⁷² Ráadásul, Angliában számos Spirituális Templom és gyógyító kör működik, ahol kézzel való imádsággal történő spirituális gyógyítás folyik; ilyenek a Christian Science templomok, és néhány carib pentecostalista templom. A keresztény gyógyítókat a Churches Council of Health és a „Healing and the Guild of St. Raphael” egyesület fogja össze.⁷³ A „Wicca” vagy „fehér mágia” csoportok vagy barlangok, „mágikus gyógyítást” folytatnak; a *Doctor című* folyóiratban de Jonge⁷⁴ azt írta, hogy Angliában 7000 ilyen „barlang” van, melyekben összesen 91 000 gyógyító dolgozik.

Az alternatív gyógymódok formájaként, a homeopátia különleges helyet foglal el Nagy-Britanniában. A homeopátia alapelveit először 1796-ban fektette le Samuel Hahnemann Németországban, és Anglia első homeopátiás kórházát 1849-ben alapították Londonban. Az angol királyi család és a homeopátia között hosszú ideig szoros kapcsolat állt fenn; 1937-ben sir John Weir-t ajánlották VI. György király homeopátiás orvosának, és a királyi családdal való kapcsolat azóta is fennmaradt. 1948-ban a homeopátiás kórházakat csatolták az NHS-hez. Napjainkban NHS homeopátiás kórház van Londonban, Liverpoolban, Bristolban, Tunbridge Weels-ben és kettő is Glasgow-ban. A becslések szerint 1971-ben 383 ágy volt a homeopátiás kórházakban, és 51 037 ember látogatott meg homeopátiás orvosi rendelőintézetet.⁷⁴ Ezekben a kórházakban olyan orvosok dolgoznak, akik hagyományos orvostudományban részesültek, és ezt követően posztgraduális kurzust végeztek homeopátiáról. Bár a homeopátia az ortodox or-

voslástól eltérő alapokon nyugszik, Nagy-Britanniában az alternatív gyógymódok közül, ez a többenél nagyobb jogokkal rendelkezik. Az alternatív/kiegészítő gyógyászat más formáihoz hasonlóan, ez a forma átfedi az egészségügyi ellátás mindennapi és hivatásos szektorát. E két szektor között kölcsönhatás áll fenn. Számos ortodox orvos használ egy vagy több alternatív gyógymódot. Ők szakmai szervezethez tartoznak, így pl. az Angol Homeopátiások Szövetségét, Az Orvosi és Fogorvosi Hipnózis Angol Egyesületét, A Chiropraxis Orvosi és Fogorvosi Hipnózis Angol Egyesületét, a Psionisták Egyesületét, A Csontkovácsok Orvosi Egyesületét, a Psionisták Orvosi Egyesületét, és a Transzcendentális Meditáció Orvosi Használatának Angol Egyesületét. Az alternatív gyógyítókat is befolyásolta az ortodox orvosok képzése, szervezete, módszerei, alapelvei és viselkedésmódjuk, és így ezek a gyógyítók egyre hivatásosabbá válnak – hivatásos szervezeteket hoznak létre, képzési rendszert alakítanak ki és regisztrálják tagságukat. Néhány közülük szakmai alapokon szerveződik, mint más angol hivatásosok, ilyen például az Angol Akupunktúra Szövetség, az Orvosi Herbalisták Országos Intézete, a Homeopátiások Egyesülete és az Osteopátiával Foglalkozók Általános Tanácsa és Nyilvántartása. 1979-ben az Angol Akupunktúra Szövetség két éves képzést ajánlott az oklevél megszerzéséhez. A szervezetnek Nagy-Britanniában 100 tanulója volt, és 33 orvosi végzettségű és 420 nem-orvosi végzettségű tag volt nyilvántartva.⁷⁵

A spektrum másik végén a hagyományos gyógyítás individuálisabb formái szerepelnek, mint a csontkovácsok, asztrológusok, lélekgyógyászok, a tenyérjósok, a celtikus médiumok, a tarokkkártya-olvasók, a cigány szerencsemondók, és az írisz diagnosztikát végzők, akiknek a hirdetéseit megjelennek az újságokban, folyóiratokban, nyomtatványokban és olyan kiadványokban, mint a *Predcition*, *Horoscope*, és az *Old Moore's Almanack*. Közülük több laikus tanácsadóként vagy pszichoterapeutaként működik: „Valamilyen egészségügyi problémája van, amelyre nem talál segítséget? Személyes vagy családi problémái vannak, amelynek megoldásához tanácsot szeretne kérni? Talán tudok Önnek segíteni. A hetedik fiú hetedik fiaként születtem.”⁷⁶ E csoportok legnagyobb része valamilyen jóslást végez, pénzérmék, dobókocka, vagy Tarokk-kártya segítségével igyekszik a természetfeletti erők egyénre gyakorolt hatását kifürkészni, és felfedni a boldogtalanság vagy a balszerencse okát. A páciens szempontjából ennek a megközelítési módnak az az előnye, hogy a szerencsétlenségért való felelősséget elhárítja az egyénről; a „sorsot”, a „balszerencsét”, vagy a születési jeleket, s nem a beteg viselkedését teszi felelőssé a szerencsétlenségért.

Az utóbbi években a konvencionális medicina egyes részeit egyre fokozódó kritika éri, és párhuzamosan nő az érdeklődés a kiegészítő vagy alternatív kezelések iránt, és szaporodnak a velük kapcsolatos szervezetek. A Kiegészítő Kezelések Tanácsát, például, azért alapították, hogy „elősegítse és fenntartsa a kiegészítő és alternatív orvo-

sok képzését, minősítését, biztosítsa a gyógymódok legmagasabb szintjét, és serkentse az információcserét.”⁷⁷ A Kiegészítő Terápiák Kutatásának Tanácsa az erre a területre vonatkozó kutatás támogatása mellett célul tűzte ki az oktatás alapkövetelményeinek kialakítását és azt, hogy kidolgozza az alternatív módszerek hivatásos medicinaiba történő integrálásának módszerét.⁷⁸ A Kiegészítő Orvoslás Intézete 80 szakmai szervezetből áll, és most készül a képzett gyógyítókról összeállított nyilvántartása.⁷⁹ Az Angol Holisztikus Orvosi Egyesület (British Holistic Medical Association – BHMA), egyike a legrégebbi ilyen szervezeteknek, 1159 tagot tart nyilván, köztük orvosokat és laikusokat, akiknek kétharmada gyakorló egészségügyi szakember (orvos, ápoló, szociális gondozó, és kiegészítő terápiát folytató). A BHMA úgy értékeli a holisztikus medicina helyzetét, hogy „ez az orvostudomány próbálkozása saját maga gyógyítására a pszichológiai és spirituális dimenziók egészségügyi ellátásba történő integrálásával”,⁸⁰

Nincs pontos statisztika a Nagy-Britanniában működő nem-ortodox gyógyítók összlétszámáról, sem a velük való konzultációk számáról. Egy nagy felmérést a Threshold Foundation magántámogatásával végeztek⁸¹ a 80-as évek elején. A felmérés alapján úgy becsülték, hogy 1980/81-ben 7800 teljes- vagy részmunkaidőben dolgozó hivatásos alternatív gyógyító dolgozott Angliában, és körülbelül 20 000 férfi és nő végzett spirituális vagy vallási gyógyítást. Volt 2075 olyan orvos is, aki egy vagy többféle alternatív gyógyymódot alkalmazott, de a homeopátiával foglalkozókon kívül, az ő képzettségük „minimális” volt. Az alternatív gyógyítók között (orvost és laikust egyaránt számolva) 758 akupunktúrát végző, 540 hátmasszírozó, 303 herbalista, 360 homeopata, 630 hypnoterapeuta és 800 osteopathiás (gerincmassázst végző) volt. A tanulmányban azt is felbecsülték, hogy az alternatív gyógyítók körülbelül nyolcszor annyi időt töltöttek betegekkel, mint az ortodox orvosok. Számos alternatív gyógyító egynél több gyógy móddal is foglalkozott; egy 1984-ben végzett felmérésben⁷⁹, 411 gyógyítóból 51% második kezelési módot is folytatott, és 25%-uk egy harmadikat is.

1989-ben, a Kiegészítő Medicina Intézete⁸² úgy becsülte, hogy Nagy-Britanniában 15 000 alternatív gyógyító volt, aki hivatásosan végezte munkáját. A „gyógyítókat” úgy definiálták, hogy olyan egyének, akik „teljes munkaidőben dolgoznak, tagjai egy olyan szakmai szervezetnek, amelyek etikai és gyakorlatra vonatkozó kódexe van, és egy szakmai bizottság erősíti meg”. Ilyen alapon, a statisztikájuk szerint 7000 spirituális gyógyítót, 1500 gerincmasszázfőzőt, 1500 akupunktúrát végzőt, 1000 masszázst terápiát végzőt, 500 hipnoterapeutát, 350 táplálkozási tanácsadót, 350 kiopraktort, 300 reflexológiával foglalkozót és 250 aromaterápiát végzőt tartottak számon.

1993-ban, az Angol Orvosi Szövetség közölt egy részletes beszámolót az alternatív medicina Nagy-Britannia-i helyzetéről,⁸² és véleményük feltűnően pozitív volt: „Tisztn látszik, hogy a nem-konvencionális or-

voslás területén napjainkban számos biztató kezdeményezés van, és remélhető, hogy a jó tendenciákat általános használatra is lehet majd ajánlani.” Ajánlásuk mellett, azonban azt javasolták, hogy a potenciális páciensek az alternatív gyógymódok felhasználása előtt tájékozódjanak, hogy:

1. A gyógyító nyilván van-e tartva valamelyik szakmai szövetségben.
2. Vajon a nyilvántartó testület rendelkezik-e tagjainak nyilvános névsorával, működési szabályzattal, hatékony szakmai eljárásokkal és szankciókkal és panasz benyújtási mechanizmussal.
3. A terapeuta minősítése, és minősítést kiadó hely.
4. Mióta praktizál a gyógyító.
5. Milyen a terapeuta utának gyógyítói felelősség biztosítása.

Szintén 1993-ban, az Osteopath's Act kivívta, hogy az osteopathiával foglalkozók működésük kezdete óta először bekerültek az elfogadott egészségügyi ellátási formák és paramedikális szakmák közé – csakúgy, mint az 1852-ben és 1868-ban megtörtént a gyógyszerészekkel, 1878-ban a fogorvosokkal és 1902-ben a szülésznőkkel.

Nem mindegyik alternatív gyógyító akar azonban „hivatássá” válni, és így közvetlen vagy közvetett állami vagy orvosi irányítás alá kerülni. Közülük többen ideológiailag szemben állnak az orvosi modell valamennyi aspektusával, és amit ők látnak abból, az annak korlátai és veszélyei; ezért ők magukat valóban „alternatívának” s nem „kiegészítőnek” tartják. Ezek ellenére, Nagy-Britanniában az osteopathia mellett az alternatív medicina számos formája – különösen a kiropraxis, a homeopátia, a herbalizmus és az akupunktúra – fokozatosan átmegy a „hivatássá válás” ugyanolyan folyamatán, mint ahogy ez a fejlődő világ országaiban a tradicionális gyógyítókkal történt.²²

A hivatásos szektor

Ez a réteg az orvosi és paramedikális szakmák széles körét foglalja magába, amelyek mindegyikének megvan az egészségről-betegségről, kezelési módokról, alkotott saját szemléletmódja, kompetenciájának meghatározott területe, belső hierarchiája, technikai zsargonja és szakmai szerveződése. A Egészségügyi Gazdaságtan Irodája (Office of Health Economics)³³ úgy becsülte, hogy 1980-ban az NHS-en belül 23 674 körzeti orvos, 31 421 kórházi orvosi személyzet, 301 081 kórházi ápoló, 17 375 kórházi szülésznő, 32 990 szociális gondozó, és 2949 nem-kórházban dolgozó szülésznő volt. 1981-ben a szociális ápolók közé tartozott 9244 beteglátogató is.³⁴ 1990-re az ápolók és szülésznők teljes létszáma 505 250-re emelkedett, és az NHS alkalmazottainak több mint 50%-át tette ki.³⁵ Ráadásul, nagy számú hátmasszázst végző, gyógytornász, szociális foglalkoztató, gyógyszerész és kórházi technikus is volt. Valamennyi itt felsorol kategória nyújt valamilyen meghatározott szakmai

ellátást, de tőlük informális tanácsot is kérhetnek a betegségekkel kapcsolatban, mint a mindennapi szektor része.

A hivatásos szektor hatalmas méretei ellenére, úgy becsülik,⁸⁶ hogy az abnormális tünetek körülbelül 75%-át ezen a szektoron kívül kezelik – amely csak a „betegségek jéghegyének csúcsát” látja – és a többit az egészségügyi ellátás mindennapi és hagyományos szektorában kezelik.

Nagy-Britanniában, a hivatásos egészségügyi ellátásnak két egymást kiegészítő formája van – az NHS és a magánorvosi gyakorlat – bár vannak személyi átfedések a két rész között.

A Nemzeti Egészségügyi Szolgálat

1948 óta a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (NHS) ingyenes és korlátlan egészségügyi ellátást biztosít Nagy-Britanniában, a körzeti orvosi és kórházi szinten egyaránt. Az orvosi ellátás e két formája különböző forrásokból származik és eltérő az egészségről-betegségről alkotott szemlélete. A körzeti orvosok elődei a patikusok (Apothecary) voltak. 1617-ig csak az orvosok által felírt gyógyszereket árusíthatták. 1703-ra elérték, hogy betegeket fogadjanak és gyógyszereket rendelhessenek. Ők váltak a szegény- és középosztály orvosává. Az orvosok (belgyógyászok) kezdetben magasabb ranggal rendelkeztek, mint a sebészek vagy a patikusok, és évszázadokig csak ők számítottak „igazi” doktoroknak. Az 1700 körül kezdődő kórházi rendszer elterjedésével a belgyógyászok és a sebészek egyaránt megerősítették pozíciójukat. Bizonyos mértékig a körzeti orvosok és a kórházi orvoslás közötti különbség mindmáig fennmaradt, és ez tükröződik az anyagi források elosztásában. Angliában és Wales-ben 1972-ben, például, az NHS költségvetésnek több mint felét költötték a kórházi szektorra, annak ellenére, hogy a betegeknek csak 2,3%-a volt évente kórházban fekvőbetegként kezelve.⁸⁷ Az NHS továbbra is az ország egyik legnagyobb munkaadója, megközelítőleg egy millió dolgozóval, akik közül 1990-ben 57 900 orvosi és fogorvosi személyzet, és 505 250 ápoló és szülésznő volt.⁸⁸

A kórházi szektor

A kórházak számos szervezeti és kulturális aspektusa, különösen a specializációval kapcsolatosak, már megtagyargalásra kerültek. 1974-ben, Levitt⁸⁹ szerint az NHS kórházi szolgálatán belül 42 nyilvántartott klinikai szakterület volt. Van nagyszámú szakkórház is, mint pl. szemészeti, fül-orr-gégészeti, szív- és szülészeti kórházak. A kórház az a hely Nagy-Britanniában, ahol az emberek 99%-a születik,⁹⁰ és a legtöbb ott is fog meghalni. E két végpont között számos ember kerül újra kapcsolatba vele, ha súlyosabb betegség éri, amivel a körzeti orvosok, vagy a mindennapi és a hagyományos szektor már nem tud megbirkózni. A többi nyugati társadalomhoz hasonlóan, a hangsúly az individuális betegre kerül, úgy tekintik, mint „esetet”, „problémát”, amit a lehetséges legrövidebb időn belül és maximális hatékonysággal meg kell oldani. A beteg életének szociális, családi, vallási és anyagi vetülete nagyrészt láthatatlan marad a kórház személyzete számára, bár van némi próbálko-

zás, hogy szociális gondozók segítségével ezeket az információkat összegyűjtse. A hangsúly mindenképpen a fizikai elváltozás meghatározására és kezelésére kerül, bár ez kevésbé érvényes a pszichiátriai osztályokra. Áttekintően fogalmazva, a kórházi szolgálat elsősorban az akut, súlyos vagy néha életveszélyes állapotokkal foglalkozik, valamint a születéssel és a halállal. Ezek az intézmények kevésbé törődnek a betegségekhez kapcsolódó szubjektív *élményekkel*, amelyekkel általában a populáris és a hagyományos szektor vagy pap foglalkozik.

A körzeti orvosi szolgálat
Az Egyesült Államoktól eltérően, Nagy-Britanniában az egészségügyi ellátás ezen területe lényegesen különvált a kórházi orvoslástól. Az 1976-ban Angliában, Skóciában és Wales-ben nyilvántartott 482 782 kórházi ágyból csak 13 665 (2,8%) volt ún. „általános orvosi ágy”; melyek közül 5406 szülészeti ágy volt.⁹⁰ 1978-ban Angliában és Wales-ben, összesen csak 350 GP (general practitioner, körzeti orvos – a továbbiakban GP)-vezette kis kórház (cottage hospital) volt, 20-40 közötti átlagos ágyszámmal.⁹¹ Bár az általános orvosok meglátogathatják a kórházi osztályokat, és megbeszélhetik betegeik kezelését a kórházi személyzettel, az egészségügyi ellátás felelősségének nagy része a kórházakra jut.

Levitt⁹² szerint, minden GP-nek átlagosan 2347 betege van; az általános orvoslás család- és közösség-centrikus, és a diagnózis felállításakor a szociális, pszichológiai és családi tényezőket figyelembe veszik. Harris⁹³ megfogalmazása szerint „minden diagnózisnak van szociális összetevője, attól függetlenül, hogy vannak vagy nincsenek szociális problémák”, és „Az általános orvoslás során könnyű felismerni, hogy a páciensek betegsége és szociális körülményeik között kapcsolat van, mivel a szociális körülmények láthatók”. Hunt⁹⁴ a fentiekhez hasonlóan, úgy gondolja, hogy a GP-knek „a betegek lelkével kellene foglalkozniuk, mielőtt testüket kezdenék gyógyítani”, és, hogy „a betegek gondolkodásának és érzéseinek megfigyelése létfontosságú az általános orvos munkája számára”. A kórházi orvosoktól eltérően, az angol GP gyakran a közösség jól ismert tagja. A legtöbben a közelben laknak, részt vesznek a helyi közösségi programokban, civil ruhában járnak, és a konzultációk során a mindennapi nyelvet használják. A betegek ellátásán kívül részt vesznek az élet természetes mérföldköveinek lebonyolításában is, így antenatalis és postnatalis vizsgálatokat végeznek, végzik az újszülöttek ellenőrzését, beadják a védőoltásokat és fogamzásgátlási tanácsokat adnak, méhnyakrák szűrést végeznek és foglalkoznak a családi és iskolai problémákkal, és konzultálnak csonka családokat. A kórházi orvosoktól (és sok hagyományos gyógyítóktól) eltérően felkeresik betegeiket otthonukban, és a család több generációjával is foglalkoznak. A kórházi szektorral ellentétben, ők általában a kisebb betegségekkel foglalkoznak; egy tanulmányban, amelyben az NHS családorvosi gyakorlatában 2500 beteg morbiditási adatait vizsgálták, 1365-nél találtak „minimális betegséget”, 588-nál „krónikus betegséget”, és csak 288-nál

4.2. táblázat Hivatásos, népi és mindennapi gyógyítók Nagy-Britanniában

Kórházi orvosok (NHS)	Gyógyító templomok és kultuszok
Általános (körzeti) orvosok (GP)	Keresztény gyógyító egyesületek
Magánorvosok (kórháziak, vagy GP-k)	Templomi tanácsadó szolgálat
Ápolók (kórházi, iskolai, körzeti)	Kórházi és más lelkészek
Szülész-nők	Szabadlábba helyezett felügyelői
Egészségügyi gondozók	Lakossági Tanácsadói Hivatal
Szociális gondozók	Alternatív gyógyítók (laikus és orvosi)
Gyógytornászok	Akupunktúra
Foglalkozási terapeuták	Homeopathia
Gyógyszerészek	Osteopathia
Dietetikusok	Kiropraxis (hátingerincmassázs)
Optikusok	Sugartherapeuták
Fogorvosok	Herbalisták (gyógynövény szakértők)
Kórházi technikusok	Spirituális gyógyítók
Ápolói segédzemélyzet	Hypnoterapeuták
Orvosi asszisztensek	Természetterápia
Egészségkilinikák helyi vezetői	Masszázs, stb.
Klinikai pszichológusok és pszichoanalitikusok	Jövendőmondók
Tanácsadók (házassági, gyermeknevelési, terhességi, fogamzásgátlási)	Asztrológusok
Alternatív pszichoterapeuták (Gestalt, bioenergetikai, primal terápia, stb.)	Tárolk kártyavetők
Csoport terapeuták	Clairvoyants
Szamaritanusok és más telefon-tanácsadók	Clairaudientes
Önsegítő csoportok	Médiumok
Jóga és meditatív csoportok	Pszichikai konzultánsok
Egészséges élelmiszerszerboltok eladói	Tenyérfjósok
Média gyógyítók (újságok, folyóiratok tanácsadói rovatok, TV és rádió doktorok)	Szerencsemondók
Etnikai kisebbségek gyógyítói a muszlim <i>hakim</i> -ok hindu <i>masi</i> -ok	Laikus egészségügyi tanácsadók (család, barátok, szomszédok, ismerősök, önkéntes vagy jótékonyági munkások, eladók, fodrászok, stb.)
Kínai akupunktúrák és herbalisták	
nyugat-indiai gyógyító templomok	

„nagy betegséget.”⁹⁵ Levitt szerint, az általános orvosok jelentik az első állomást a problémáik miatt hivatásos egészségügyi ellátásért folyamodók 90%-a számára, bár a konzultációk átlagosan csak 5-6 percig tartanak.⁹⁶

Egyre több helyen, az általános orvosok „az egészségügyi alapellátás team-jének” részeként dolgoznak,⁹⁷ amely általában a közvetlenül a GP alkalmazásában álló asszisztensből (akinek a bejelentkezés, adatfelvétel, ápolóból, tanácsadóból, továbbá az NHS által alkalmazott szociális gondozókból, körzeti ápolókból, pszichiátriai gondozókból és körzeti szülész-nőkből áll. A GP-k, az „alapellátási csapatukkal” együtt, néhány tulajdonságukban hasonlítanak a hagyományos szektor gyógyítóhoz, különösen abban, ahogy a „betegséget” értelmezik (részletesen az 5. fejezetben) – mindkét csoport nagy jelentőséget tulajdonít az egészség és betegség szociális, pszichológiai és morális dimenzióinak – és abban, hogy szoros kapcsolatban vannak az emberi élet természetes kulcseseményeivel.

Az ápoló szolgálat

Az ápolók és a szülész-nők képezik az NHS-en belül a legnagyobb létszámú csoportot. A statisztikák szerint, 1990-ben a teljes személyzet több, mint 50%-át tették ki.⁹⁸ Az ápoló személyzet nagy része nő, míg az orvosok nagy része férfi. A NHS kórházakban dolgozó ápolók kb. 10%-a azonban férfi (a pszichiátriai osztályokon ez még ennél is magasabb %), de csak nagyon kevés férfi ápoló dolgozik a körzeti orvosok mellett.⁹⁹ A legtöbb ápoló a kórházakban dolgozik, és a fennmaradó rész a körzetekben. A kórházakban az ápolók sokkal több órát töltenek a betegekkel, mint az orvosi hierarchia bármelyik tagja, és ennek ellenére alacsonyabb a presztízsük és kisebb a jövedelmük, mint az orvosoké. Az orvosi személyzethez hasonlóan az ápolóknak is saját szakmai szervezete van. Az angol kórházakban, ez a hierarchia az Ápolási Igazgatóval (Director of Nursing) kezdődik és az osztályos főnövéren (Senior Nurse Manager), a szakápolókon (Clinical Nurse Specialist), az osztályos ápolókon keresztül az alápolókig, egészségügyi asszisztensekig folytatódik (az angol hierarchia a következő: Senior Nurse Manager, Clinical Nurse Specialist, Ward Sister/Ward Manager, Staff Nurse, Enrolled Nurse, Nursing Auxiliary és Health Care Assistant). Számos kórházi ápoló specializálódik egy szakterületre, így szemészetre, ortopédiára, baleseti és sürgősségi ellátásra, coronaria őrző-beni munkára vagy intenzív ellátásra, ami általában úgy történik, hogy alapképzettségük megszerzése után speciális tanfolyamokat végeznek. Számos szakápoló ingázik a kórházi és a körzeti ellátás között, mint pl. a palliatív ellátást végzők, a diabeteses vagy stomás betegeket ellátók, vagy az incontinenciával kapcsolatos tanácsadók. Az intenzív osztályon dolgozó ápolók, és más kórházi osztály ápolói is általában két éves posztgraduális képzésben részesülnek. A körzetekben az ápolók különböző minősítésben dolgoznak, így például körzeti ápolóként, körzeti szülész-nő-

ként, egészségügyi gondozóként, iskolai ápolóként, GP orvos mellett dolgozó asszisztensként, vagy a kórházhoz kapcsolódó körzeti pszichiátriai ápolóként. Az ápolói hivatás néhány jellegzetességét a 6. fejezetben elemezzük.

Magánorvosi gyakorlat

Az egészségügyi ellátás ilyen formája megelőzte az állami egészségügyi rendszert, és napjainkban azzal párhuzamosan működik. Az állam támogatását élvezve ez a forma gyorsan növekszik, részben az NHS-ben történt anyagi megszorítások miatt, aminek következtében csökkent a kórházi ágyak száma, megnőtt a műtetre várók listája, és a rendelőintézetekben is hosszabb várakozás után lehet sorra kerülni (1990-ig 710 300, Nagy-Britannia lakosságának 1%-a volt NHS kórházi fekvőbeteg elhelyezésre váró listán⁹²). A fentiek ellenére, a magánorvosi hálózat még mindig csak a betegek kisebb részét látja el. 1983-ban úgy becsülték, hogy az emberek 7%-ának volt magánorvosi biztosítása, a kórházi ágyaknak csak 6%-a volt magánkórházban, és az akut kórházi ágyakra vonatkozóan ez az érték csak 2% volt.⁹³ 1991-re a magán egészségügyi biztosítást kötő emberek száma 6 524 000-ra⁹⁴ nőtt, ami Nagy-Britannia lakosságának közel 12%-át jelentette. Angliában, 1987-ben a magánorvosi biztosítások 27%-a hivatásos szakmai csoportok kezében volt, és csak 1%-a tartozott függetlenül dolgozókhöz.⁹⁵ A magán és az állami egészségügyi ellátás személyzetében jelentős átfedés van, bár néhány orvos csak a magánszektorban dolgozik. Sok magánkórház és -klinika van, és több nagy egészségügyi alapítvány is. A homeopathia és esetenként az akupunktúra kivételével az alternatív és a hagyományos gyógyítók valamennyien a magánszektorban dolgoznak. Bizonyos betegek számára a magánorvosi gyakorlat nagyobb lehetőséget kínál *idejük* és kezelési módjuk *kontrollálásával* kapcsolatban. Ez azt jelenti, hogy a magánszektorban a konzultációs idők hosszabbak, ami az állapot diagnózisának, az eredetének, a prognózisának és kezelésnek elmagyarázására több lehetőséget biztosít. A szakorvosi konzultációkhoz vagy sebészi beavatkozásokhoz az előjegyzési listákon pedig rövidebb a várakozási idő ebben a szektorban. A beteg ezen túlmenően választhat az orvosok és a kórházak között. A betegek közül az idő- és kezelésválasztást azonban, csak azok engedhetik meg maguknak, akik ezt anyagiilag biztosítani tudják, vagy olyan nagy vállalatnál dolgoznak, amely ilyen biztosítást nyújt munkatársai számára.

Az NHS és a magánorvosi gyakorlat nem határolódik el teljesen egymástól, mert, mint ahogy az egészségügyi ellátás más részeiben is történik, a beteg emberek ingáznak közöttük, és számos orvos dolgozik mind a két szektorban.

Az egészségügyi ellátás pluralizmusa Nagy-Britanniában

Nagy-Britannia egészségügyi rendszerének áttekintéséhez a 4.2. táblázatban összefoglaltam az egészségügyi ellátás és tanácsadás legtöbb el-

érhető forrását. A „gyógyító” szó itt mindenkre vonatkozik, aki hivatalosan vagy nem hivatalosan tanácsot ad vagy segítséget nyújt a fizikális kellemetlenségektől /és pszichológiai problémáktól szenvedőknek, vagy azokra, akik az egészséges életmóddal kapcsolatos tanácsokat adnak. Ez a lista ezért az egészségügyi ellátás Angliában megfigyelt mindhárom szektorát – a mindennapit, a hagyományost és a hivatásost tartalmazza.

Esettanulmány: A laikus egészségügyi tanácsok forrásai Northamptonban, Nagy-Britanniában

Elliott-Binns⁹³ 1000 általános orvoshoz forduló beteget vizsgált Northamptonban, Nagy-Britanniában. Megkérdezte a betegeket, hogy a tüneteikre kaptak-e ezt megelőzően tanácsot vagy kezelést. A tanácsok forrását, típusát és megfogalmazását lejegyezték, valamint azt is, hogy a beteg betartotta-e azokat. A felmérés szerint a betegek 96%-a kapott valamilyen tanácsot vagy kezelést, mielőtt általános orvoshoz fordult volna. Egy beteg átlagosan 23 forrásból kapott tanácsot, az öngyógyítást nem ideszámítva ez a szám 18, ami összesen 2285 forrást jelent, ezekből 1764 kívülről kapott, és 521 saját volt. 32 beteg öt vagy annál több forrásból kapott tanácsot; egy pattanásos fiú 11 helyről. A mintában előforduló külső tanácsadók a következők voltak: barát (499), házastárs (466), rokon (387), magazinok vagy könyvek (162), gyógyszerészek (108), nem-hivatalos tanácsot adó ápolók (52). A „feleségek” tanácsait tartották a legjobbaknak, míg az anyákét, anyósokét a legrosszabbnak. A férfi hozzátartozók általában azt mondták, hogy „Fordulj orvoshoz”, anélkül, hogy valamilyen praktikus tanácsot adtak volna, és nagyon ritkán adtak tanácsot más férfinak. A személytelen forrásokból, pl. női magazinok, házi orvosi könyvek, újságok és folyóiratok, származó tanácsokat tartották a legkevésbé hasznosnak. A gyógyszerészek, akikhez a minta 11%-a fordult, adták a legalaposabb tanácsokat. A házi, otthoni tanácsadás 15%-ban fordult elő, és legtöbbször barátoktól, hozzátartozóktól és szülőktől származott.

Összességében, a legjobb tanácsokat a légúti betegségekre adták, a legrosszabbakat a pszichiátriai megbetegedésekre. A mintában szereplő betegek egy példája egy falusi boltos, aki folyamatosan köhögött. Tanácsot kapott a férjétől, egy korábban kórházban dolgozó idős asszonytól, egy orvosi asszisztentstől, és öt vásárlójától, akik közül hárman az „Arany szirup” fogyasztását, egy, főtt hagymalevelet, egy pedig, a mellkasra helyezendő forró téglát ajánlott. Egy középkorú özvegyember derékfájdalmai miatt fordult orvoshoz. Előtte senkitől se kért tanácsot, mert „nem voltak barátai és ha kap egy kenőcsöt, nincs senkije, aki azt bedörzsölné a hátába”.

Elliott-Binns⁹⁴ 15 évvel később megismételte ezt a felmérést Northampton ugyanazon körzetének 500 betegén. Meglepő módon, az ön-

gyógyítás és a laikus tanácsadás döntően változatlan maradt: a betegek 55,4%-a kezelte magát orvoshoz fordulás előtt, ami 1970-ben 52% volt. A lényeges változások: a személytelen egészségügyi tanácsok számának növekedése volt: mint a házi patika könyvek vagy a televízió -, és a hagyományos házi jó tanácsok igénybevételének csökkenése (ami még mindig az egészségügyi tanácsok 11,2%-át képezte). Ráadásul, a gyógyszerészek által kért tanácsok száma az 1970-es 10,8%-ról 1985-re 16,4%-ra nőtt. Összefoglalva, a felmérés azt mutatta, hogy az önkezelés az átlagos betegek esetében az egészségügyi ellátás fő forrása maradt Angliában.

Ajánlott irodalom

Az egészségügyi ellátás szektorai

Kleinman, A. (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press. A 2. és 3. fejezet az egészségügyi ellátás három szektoráról szól.

Populáris szektor

- Eisenberg, D. és mtsai (1993) Unconventional medicine in the United States. *N. Eng. J. Med.* 328, 246–52
- Fulder, S. (1988) *Handbook of Complementary Medicine*. London: Oxford University Press. Átfogó tanulmány az alternatív és a kiegészítő orvoslás helyzetéről a modern Angliában.
- Janzen, J. M. (1978) *The Quest for Therapy: Medical Pluralism in Lower Zaire*. Berkeley: University of California Press. Az egészségügyi ellátás pluralizmusának egy afrikai példája.
- McGuire, M. B. (1988) *Ritual Healing in Suburban America*. New Brunswick: Rutgers University Press
- Robinson, D. és Henry, S. (1977) *Self-help and Health: Mutual Aid for Modern Problems*. London: Martin Robertson. Öngyógyító csoportok Nagy-Britanniában

5 Orvos – beteg kapcsolatok

Az orvosok és betegek, még azonos szociális és kulturális háttér esetén is, nagyon különbözően értelmezik az egészséget és a betegséget. Szemléletük rendkívül eltérő alapokon nyugszik, eltér indoklási rendszereiben és a gyógykezelés hatékonyságának megítélésében is. Mindkettőnek vannak előnyei és hátrányai. A problémát az jelenti, hogyan lehet *kommunikációt* kialakítani a két szemlélet között az orvos és a beteg kórházi kapcsolata során. A kérdés illesztrálására a következőkben részletesen foglalkozunk azokkal a különbségekkel, amik a betegség-egészség orvosi és a laikus szemlélete között, és a „betegségnek” e kétféle értelmezése (a beteg „baja” és a orvos által talált „kór-folyamat, kórállapot”) között fennállnak.

„Betegség” – az orvos nézőpontjából

Az előző fejezetben leírtaknak megfelelően, a modern tudományos orvoslás gyakorlója egy olyan elkülönült csoportot képeznek, amelynek saját értékrendje, betegség teóriái és viselkedési szabályzata, valamint meghatározott szerepek hierarchiájára épülő rendszere van. Az orvosi szakma gyógyító „szubkultúrának” tekinthető, ami sajátos világszemlélettel rendelkezik. Az orvosképzés során, a medikusok a „kultúrateremtés” egy formáján mennek keresztül, melynek során az egészségi állapotról fokozatosan kialakítanak egy olyan szemléletet, amely egész szakmai pályafutásukon végigkíséri őket. Orvosként magas szociális státuszhoz, kiemelkedő jövedelemhez és a gyógyító szociálisan legitimált szerepéhez jutnak, ami meghatározott jogokkal és kötelezettségekkel jár. Az orvosi szemlélet néhány alapelve a következőképpen fogalmazható meg:

1. Tudományos racionalitás.
2. Az objektív, számszerű mérések előtérbe helyezése.
3. A fizikai, kémiai adatok hangsúlyozása.
4. Test-lélek dualizmus.
5. A „betegségek” elkülönült entitásként való értékelése.
6. A problémák leszűkítése (redukciója).
7. Az egyes beteg előtérbe helyezése a családdal és a közösséggel szemben.

Az orvoslás, mint a nyugati tudományok általában, tudományos *racionalitáson* alapul: ami azt jelenti, hogy minden feltételezésnek és hipotézisnek ki-próbálhatónak és bizonyíthatónak kell lennie objektív, empirikus és kísérleti körülmények között. Az egészséggel és betegséggel kapcsolatos jelenségek