

## Orvos-beteg viszonyrendszerek az amerikai kórházsorozatokban

„Direkt olyan szemét orvos akarok lenni, mint House” – ez volt az első foszlány, melyet elkaptam a közelemben ülők beszélgetéséből egy hosszú vonatúton, néhány évvel ezelőtt. A kijelentés gazdája, egy húsz év körüli férfi, anatómiakönyvet tartott az ölében, és a tanulást megszakítva elmagyarázta ismerősének, hogy a szóban forgó orvosban – Gregory House, a Magyarországon *Dr. House* címen futó amerikai kórházsorozat főszereplője – nem csak a fenomenális orvosi tudását csodálja, hanem a személyiségét, a gyógyításhoz való hozzáállását és a kommunikációját is. Merthogy a „szemét” jelző természetesen nem a diagnosztikára specializálódott immunológus gyógyítói kvalitásait minősítette, hanem azt, ahogyan ezt a feladatot ellátja. House meggyőződése, hogy minden beteg hazudik (Hermann 2010), ezért nem is érdemes kérdezni őket, vagy hagyatkozni arra az információra, amelyet felvesznek tőle. Úgy hiszi, hogy az orvosnak nem a beteget kell meggyógyítania, hanem a betegséget, amire egy feladványként tekint.

Nem véletlen, hogy a sorozatot gyakran a krimi műfajának orvosi adaptációjaként emlegetik: a nyomozó szerepét Dr. House tölti be, bűntény helyett pedig epizódról epizódra rejtélyes eseteket kell felderítenie – hiszen a széria legtöbb része különálló történeteket mutat be. A „nyomozás” során Dr. House nem válogat az eszközökben, gyakran átlépi az etikai szabályokat vagy éppen elsiklik a beteg kérései fölött, a véleményétől nem kíméli meg sem a beteget, sem a munkáját segítő orvosi csapatot. Saját csapattal dolgozik, a feladatuk az, hogy ötleteket gyűjtsenek, és elvégezzék a főnökük által rendelt vizsgálatokat. Mindeközben gyakran állniuk kell House degradáló megjegyzéseit, szarkazmusát, és vicodinfüggősége mellékhatásait. De az epizódok végére legtöbbször minden jóra fordul: a beteg felépül, és bebizonyosodik, hogy a sztárdiagnosztika nélkül semmire nem ment volna a többi orvos, ebből pedig azt a következtetést lehet levonni, hogy érdemes elviselni az orvos fenomén különcséget.

Az sorozat eredeti címe „House” – azért csak ennyi, mert a szereplők legtöbbször csak így emlegetik a főhőst. A széria 2004-ben debütált a Fox műsorán, és 2012-ig összesen nyolc évad (177 rész) készült el belőle. Az óriási sikerű sorozat Magyarországon 2006-ban került

adásba, és népszerűsége nem maradt el a tengerentúliétól. A műsor rangos televíziós szakmai elismeréseket nyert: többek között Emmy-, Golden Globe- és Satellite-díjat, emellett a People Choice Awards győztese is többször volt. A kritikai hangok között azonban aggódalmak is megjelentek azzal kapcsolatban, hogy a *Dr. House* negatív képet fest az orvoslásról, a bioetikáról, és negatív irányba befolyásolja a leendő orvosokat. Egy empirikus, kérdőíves kutatásból kiderült, hogy a leendő orvosok egy része szerepmodellként tekint a kórházszorozatok orvosaira, ami House esetében is igaz. Az ő megítélése azonban kifejezetten ellentmondásos: vannak, akik szerint pozitív, követendő hős – ez a tábor a szakmai tudását és szakmai tapasztalatait emeli ki. Azok pedig, akik az ellenkezőjét gondolják, és elretentő modellként gondolnak rá, a hozzáállását, a viselkedését és emberi gyengeségeit helyezik megítélésük előterébe (Weaver, Wilson és Langendyk 2014). Ritka tehát, hogy valaki egy az egyben utánozni szeretné őt: bár, ahogy a bevezető történet mutatja, erre is van példa.

De nem a *Dr. House* az egyetlen kórházszorozat, mely erősen felkeltette a nézők, a televíziókritikusok és a médiakutatók érdeklődését. A műfaj az 1950-es évektől kezdve töretlen népszerűségnek örvend, így a sorozatok tartalmát, valamint a való életre gyakorolt hatásait többféleképpen próbálták már megközelíteni és értelmezni. Tanulmányomban a kórházszorozat fogalmának bemutatása után összefoglalom a műfajhoz kapcsolódó kutatások főbb irányvonalait. Ezt követően az orvos-beteg viszony szériákbeli ábrázolásának sajátosságait ismertetem, majd egy konkrét sorozat, a *Grace Klinika* történetzárait elemzem. Választásom azért esett ennek a sorozatnak a tartalomelemzésére, mert a népszerű széria jelenleg is fut – 14. évadját szeptemberben kezdték el sugározni Amerikában –, így potenciálisan befolyásolhatja a nézők megítélését a televíziós orvosokról. A jellegzetes páciens típusok meghatározásán kívül azt vizsgálom, hogy a sorozat orvosai milyen messzire mennek el a betegek megmentése érdekében, és hogy hozzáállásuk, tevékenységük ábrázolása milyen hatással lehet a nézőkre.

### Műfaji jellegzetességek

A „kórházszorozat” (*hospital drama*) mellett az angol terminológia több kifejezést is használt a műfajhoz tartozó sorozatok megjelölésére, ilyen az „orvosidráma-sorozat” (*medical drama series*), illetve a „doktorshow” (*doctor show*) is. Különösen az utóbbi kifejezés világít rá az orvosok dominanciájára ezekben a sorozatokban. A dráma szó az élet-halál kérdések középpontba állításán kívül arra is utal, hogy a szériák szereplői nem csak szakmai, hanem magánéleti kérdésekkel, nehézségekkel is küzdenek: az érzelmi, személyiségfejlődéssel kapcsolatos történetszálak eltérő mértékben ugyan, de hangsúlyosak ezekben a produkciókban. A kórházszorozat kifejezés használata mellett döntöttem, egyrészt mert tágabbnak, átfogóbbnak érzem, másrészt mivel a hazai köztudatban ez a kifejezés már jobban elterjedt.

A szóban forgó sorozatok közös jellemzője, hogy a történet középpontjában a különféle betegségek diagnosztikája és kezelése, valamint a balesetet, erőszakos támadást szenvedett emberek életének megmentése áll. A helyszín egy gyógyításra szakosodott intézmény: a legtöbb esetben kórház, de lehet klinika, vagy ritkább esetben orvosi rendelő is. Általában nem az egész kórház van a fókuszban, hanem egy-egy olyan részleg, ahol nagy valószínűséggel életveszélyes állapotban lévő betegek vannak. Ha nézőként megfigyeljük a képernyőn ábrázolt betegségeket, akkor azt látjuk, hogy ezek többsége nem krónikus, hanem akut: ilyen

például egy súlyos sérülés, vagy egy szívelégtelenség, agyi katasztrófa is. Ezek mellett a rák a leggyakrabban előforduló probléma, illetve a ritka, különös betegségek (Hetsroni 2009; Ye és Ward 2010). Ez a jelenség a műfaj megszületésekor még nem volt jellemző, a korai szériák egyszerűbb eseteket vonultattak fel, és a nézők érdeklődésének fenntartásához például a háziorvosi munka bemutatása is elegendő volt (Turow 2010). A befogadói ingerküszöb folyamatosan emelkedett, csúcsra pörgését jól reprezentálja az 1994-ben debütáló NBC-sorozat, a *Vészhelyzet* (ER) sikere, mely egy chicagói kórház sürgősségi-baleseti osztályának (SBO) gyors ütemű, naturalisztikus ábrázolásával azonnal a nézők kedvence lett. Ennek a sikernek köszönhető az is, hogy a 2009-es utolsó epizódig összesen tizenöt évad készült el belőle, s ezzel helyet kapott a minden idők leghosszabb televíziós sorozatai között. Ma már a nézők akció iránti igényét az SBO mellett leginkább a sebészek munkájának bemutatása képes kielégíteni.

A kórházi életet bemutató sorozatok főszereplői az egészségügyi ellátást végző szakemberek, legtöbbször az orvosok, gazdagon kidolgozott szakmai és magánéleti történet, és a személyiségjegyeik is jól felépítettek. Bár vannak sorozatok, melyekben önálló történetszaklakat kapnak a nővérek – például a *Vészhelyzet*ben ilyen szereplő Carol Hathaway (Juliana Margulies), Abby Lochart (Maura Tierney) és Samantha Taggart (Linda Cardellini) –, de a legtöbb esetben az ápolók akkor kerülnek előtérbe, ha valamelyik orvos szexuális érdeklődést mutat irántuk. Utóbbira a *Grace Klinika* (*Grey's Anatomy*) című, ABC által készített, 2005 óta sugárzott sorozat mutat emlékezetes példákat. Ilyen az, amikor a vezető agysebész, Derek Shepherd (Patrick Dempsey) kalandba keveredik Rose nővérral (Lauren Stamile), vagy az atletikus Eli Lloyd (Daniel Sunjata) esete, akin egy sebésznő, Miranda Bailey (Chandra Wilson) szeme akad meg. Az ápolói munka bemutatásában viszont több televízióstartalom-előállítással foglalkozó cég látta meg a potenciált: így született meg például 2009-ben a Showtime *Nurse Jackie* című szériája, mely 2015-ig volt adásban.

A kórházsorozatokat közös jellemzője még, hogy az alkotók olyan dramatizált tartalom előállítására törekszenek, mely szakmailag hiteles: figyelmet fordítanak arra, hogy a képernyőn ábrázolt esetek tudományos szempontból helytállóak legyenek, illetve hogy a kezeléseket, beavatkozásokat, műtéteket pontosan ábrázolják. Míg korábban az volt a jellemző, hogy munkájukat orvosi szervezetek segítették, addig ma már inkább állandó szakértőket alkalmaznak az írói csapatban, illetve egy-egy témához felkért hozzászólóik vannak. Egyedülállónak számít az, hogy a *Vészhelyzet*et jegyző Michael Chrichton maga is rendelkezett orvosi diplomával: a sorozat korai epizódjai a saját élményeit dolgozzák fel. Az író a hetvenes években volt orvostanhallgató, és a sztori már akkoriban elkészült, de a televízióipar csak a kilencvenes években lett nyitott a történetre, melyből Chrichton eredeti elképzelése szerint film készült volna. Egy másik, mai érdekesség, hogy a *Grace Klinikában* egy valódi műtősnő – akit a sorozatban és a stáblistában is csak Bokhee néven emlegetnek – is részt vesz a forgatásokon. Ő nem csak a háttérből segít, hanem a képernyőn is látható: az a dolga, hogy az operációkat bemutató jelenetekben minden eszköz és mozdulat a helyén legyen.

### A kórházsorozatok tudománya

A kórházsorozatokat legjelentősebb szakértőjének, Joseph Turow-nak 2010-ben megjelent *Playing the Doctor – Television, Storytelling and Medical Power* című monográfiája az ötve-

nes évektől kezdődően a kétezres évek első feléig tekinti át a műfaj történetét és változásait, különös figyelmet fordítva az orvosok ábrázolására. Turow már korábban, más szemszögből is megközelítette a témát: 1996-ban azt vizsgálta, hogy az amerikai televíziós szórakoztató műsorok – köztük a kórházsorozatok – milyen betekintést adnak a nézőknek az egészségügy működésébe. Már ekkor felhívta a figyelmet arra, hogy a gazdasági és politikai szempontok figyelmen kívül hagyása torz elvárásokat ébreszthet a nézőkben (Turow 1996). 2002-ben a Kaiser Family Foundation támogatásával írt elemzést arról, hogy a milliók által rendszeresen követett kórházsorozatok hogyan reprezentálják az egészségpolitika aktuális kérdéseit a 2001–2002 közötti időszakban (Turow 2002). Mindezek mellett az ápolói szakma ábrázolásával kapcsolatos problémák is foglalkoztatták. A nővérek háttérbe szorulásának egy potenciális okaként rámutatott arra, hogy az orvosok reprezentációját már a műfaj megjelenése óta figyelemmel kísérik a nagy érdekérvényesítő képességgel rendelkező orvosi szervezetek – ugyanez azonban nem mondható el a másik félről.

A Kaiser Family Foundation két másik, jelentős kutatást is végzett a kórházsorozatokkal kapcsolatban: az egyik a szériákban megjelenő egészségügyi tartalom adekvátságát vizsgálta (Murphy, Hether és Rideout 2008). A másik pedig egy esettanulmány volt arról, hogy *A Grace Klinikában* tudatosan, a készítők közreműködésével elhelyezett történetyszál mennyire alkalmas arra, hogy a nézők ismereteit bővítse a kérdéssel kapcsolatban, hogy vajon a HIV-pozitív anyák átadhatják-e a fertőzést születendő gyermekeiknek (Rideout 2008).

A kórházsorozatokat középpontba állító kutatások jó része a tartalomelemzés módszerével dolgozik. Gregory Makoul és Limor Peer elemzésének (2004) középpontjában a *Vészhelyzet* és a *Chicago Hope* Kórház áll: a választás oka, hogy a két sorozat egyszerre indult, ráadásul mindkettő Chicagóban játszódik. Amir Hetsroni valódi halálozási statisztikákat hasonlított össze a kórházsorozatokban reprezentált arányokkal, és arra jutott, hogy a valóság – ebből a szempontból legalábbis – jobb hely, mint a fiktív egészségügyi intézmények világa (Hetsroni 2009). Elena Strauman és Bethany Goodier *A Grace Klinika*, a *Dr. House* és a „*Nip/Tuck*” című sorozatok elemzésével a műfaj változásaira mutat rá: egyik legfontosabb konklúziójuk, a saját szavaikkal, hogy a nagymamánk korabeli kórházsorozatok merőben mások voltak, mint a műfaj mai termékei (Strauman és Goodier 2008). Heather J. Hether és kollégái két, mellrákkal kapcsolatos történet edukációs erejét vizsgálták a *Vészhelyzet* és *A Grace Kliniká* nézőinek körében (Hether, Huang, Beck, Murphy és Valente 2008). Ugyanezt a két sorozatot vizsgálta Yinjiao Ye és Kristina E. Ward is: a 2000–2007 közötti időszakból 127 epizódot elemezve arra a következtetésre jutottak, hogy a képernyőn ábrázolt betegségek merítése széles és változatos, azonban a sebesülések, szívelégtelenség és a rák felülreprezentáltak (Ye és Ward 2010). Nem véletlen, hiszen az egyik sorozat kifejezetten egy amerikai nagyváros traumaközpontját mutatja be, és a 2000–2005 közötti időszakból csak ebből a sorozatból vehettek mintát, hiszen *A Grace Kliniká* csupán 2005-ben került adásba. Saját, korábbi kutatásom középpontjában is az utóbbi sorozat áll: azt vizsgáltam, hogyan mutatják be a készítők az orvosi innovációkban rejlő potenciálokat és a hozzájuk kapcsolódó bioetikai kérdéseket. Elemzésem a háromdimenziós nyomtatásban rejlő lehetőségek bemutatására fókuszált, valamint a gondolatvezérelt művésztagek fejlesztésére (Nádasi 2016). Nem csak a tudományos tartalom helytállóságát érdemes azonban vizsgálni ezekben a sorozatokban: Matthew J. Czarny és szerzőtársai például a bioetikai kérdések ábrázolását és a professzionalizmus megvalósulását tanulmányozták (Czarny et al. 2010).

A szakirodalomban a sorozatok orvosábrázolása is népszerű témának számít. Gregg Vandekieft tanulmányában az 1951-ben bemutatott *City Hospital* című CBS-sorozattal kezdődően a *Vészhelyzetig* követi a sorozatok orvosábrázolásának fejlődését (Vandekieft 2004). Cikkében ötven év termését tekinti át az orvosi végzettséggel rendelkező Elliot B. Trapper (2010) is, kiemelve az óriási kontrasztot az ötvenes évek tévedhetetlen szuperhősökként ábrázolt orvosai és a mai, magánéleti problémákkal küzdő, sok esetben függőségektől és más gyengeségektől sem mentes képernyős doktorai között. Ugyanezt a változást emelik ki Rebecca M. Chory-Assad és Ron Tamborini (2001) is: írásukban a televízióban megjelenő fiktív és igazi orvosok ábrázolásmódját vetik össze, míg későbbi cikkükben felhívják a figyelmet arra, hogy az orvosok negatív ábrázolása rossz hatással lehet a nézőkre (Chory-Assad és Tamborini 2003). A tartalom hatásának kutatásában kiemelkedő Brian L. Quick cikke (2009), mely a kultivációs elméletet alkalmazva azt vizsgálja, hogy *A Grace Klinika* követésének milyen hatása van a nézők valós elvárásaira az orvosokkal és az egészségügyi intézményekkel kapcsolatban.

Ahogy az a tanulmány bevezetésében megfogalmazódott, a kórházsorozatokat nemcsak a laikus nézők elvárásait alakítják, hanem a leendő egészségügyi dolgozókat is: a választott szakma és szerepmodellek fikciós ábrázolása hatással lehet arra, ahogyan a gyógyításról és az orvosszerepekről gondolkodnak (Weaver és Wilson 2011). Kutatásukból kiderül, hogy ebből a populációból meglehetősen sokan követik a kórházsorozatokat, és hogy főleg azok hajlamosak hitelt adni a tartalmuknak, akik még a kórházi gyakorlatszerzés előtt állnak. Ezzel szemben a szkeptikus nézői attitűdökre többek között Zsinkó-Szabó Zoltán munkája (2013) is ráirányítja a figyelmet. A felsorolt kutatásokból kiderül, hogy vannak olyan orvostanhallgatók, akik elhatárolódnak ezektől a sorozatoktól, nem is követik azokat. Az ellenvetések között szerepel az, hogy nevésegesnek, hiteltelennek tartják ezeket szakmailag. Az egyik leggyakoribb kritika szerint a televízióban ábrázolt esetek, állapotok (például a kórház felszereltsége) és munkakapcsolatok eltérnek attól, amit a valóságban tapasztalnak.

Mindezek ellenére vannak, akik oktatási potenciált látnak ezekben a sorozatokban. 2008-ban a *The American Journal of Bioethics* két cikket is közölt azzal kapcsolatban, hogy a bioetika oktatásába bevonhatók-e ezek a sorozatok: míg Gladys B. White (2008) *A Grace Klinikát* és a *Dr. House*-t vizsgálta, Marc R. Wicclair (2008) csak az utóbbira fókuszált. Cassandra Hirt és munkatársai szélesebb körű elemzésre vállalkoztak: az 1999–2009 között készült szériák közül nyolc produkció 177 epizódját tekintették meg szisztematikusan. Ezt követően javaslatokat tettek arra vonatkozóan, hogy melyiket és milyen szempontból lenne érdemes felhasználni a leendő egészségügyi dolgozók képzésében, akár pozitív, akár negatív példaként (Hirt, Wong, Erichsen és White 2013).

### **Orvos-beteg kapcsolatok *A Grace Klinika* című sorozatban**

Ebben a fejezetben áttekintem az orvos-beteg kapcsolat kórházsorozatokbeli ábrázolásának tendenciáit, majd rátérek a saját kutatásom bemutatására. A módszertan és az elemzéshez választott sorozat ismertetése után bemutatom, hogy *A Grace Klinika* milyen betegtípusokat vonultat fel leggyakrabban, illetve hogy a fikciós intézmény orvosai meddig hajlandóak elmenni a beteg megmentése érdekében és milyen motivációik vannak. Elemzésemben

előrejelzéseket teszek azzal kapcsolatban, hogy a valamilyen szempontból határátlépőnek nevezhető orvosi magatartás milyen hatást válthat ki a nézőkben.

Az amerikai kórházsorozatokban reprezentált orvos-beteg kapcsolatok feltárásával eddig kevesebb szakirodalom foglalkozott, mint a sorozatokban azonosítható orvosszerepekkel vagy azzal a kérdéssel, hogy szakmailag mennyire helytálló a szériák tartalma. Kivétel persze van, ilyen például az a két publikáció, mely a két fél közötti viszonyrendszert állítja középpontba, kifejezetten kommunikációs szempontból (Jain és Slater 2013; Mickel, McGuire és Gross-Gray 2013). Elmondható továbbá az is, hogy a kórházsorozatokról szóló kutatásokban a betegszerepek elemzésére még kevesebb szakirodalom vállalkozik, mint a páciensek és gyógyítók viszonyának feltárására. Ellenpélda Ye és Ward kutatása, mely megállapítja, hogy a televíziós páciensek többsége fehér vagy fekete; kor szerint vizsgálva pedig az idősebb generációk számítanak a leginkább alulreprezentáltaknak (Ye és Ward 2010: 555). Hetsroni tartalomelemzésen alapuló kutatása szerint pedig a valós egészségügyi statisztikákhoz képest a kórházsorozatokban több a középkorú, fehér férfi, mint az idősebb generációk, a gyermekek, a nők és a latin-amerikai páciens (Hetsroni 2009). Meglátásom szerint az, hogy a betegek milyen arányban kerülnek a kutatások fókuszába, tükrözi a kórházsorozatokon belül elfoglalt státuszukat.

A kórházsorozatok történeteit ugyanis az orvosok szemüvegén keresztül látjuk. Nézőként az események külső szemlélői vagyunk, ugyanakkor beavatottak is egyben: követhetjük az orvosokat azokra a helyekre, ahová a betegek nem, vagy csak személyes érintettségük révén juthatnak be. Az orvosokkal tarthatunk a betegek elől elzárt műtőkbe, vizsgálókba, laboratóriumokba, röntgenhelyiségekbe. A diagnosztika, gyógyítás terein túl oda is bepillantunk, ahol az orvosok munka közben pihennek, vagy éppen társasági életet élnek: a dolgozói menzára, társalgókba és pihenőszobákba. A betegek mindeközben a folyosón várakoznak, a saját ágyukban fekszenek, tehát csak olyan részeit használhatják a kórháznak, ahol a jelenlétük megengedett. Ebben a rendszerben úgy haladhatnak szabályszerűen, ha arra az egészségügyi személyzet felhatalmazást ad. A nézők tehát sokkal tágabb intézményi perspektívát látnak át, mint ők.

Általánosságban elmondható, hogy a betegről sokkal kevesebb dolog derül ki, mint a betegségéről. A kezelés is leggyakrabban az utóbbira fókuszál, illetve arra világít rá, hogy különböző típusú emberek hogyan küzdenek meg egy-egy egészségügyi problémával. A betegség egy megoldandó feladat, feladvány az orvosok számára: ha sikeresek, a beteg túléli, ha nem, akkor elveszítik.

### *Kutatás*

A következőkben *A Grace Klinika* orvos-beteg viszonyait elemzem: vizsgálatom fókuszában az a kérdés áll, hogy a sorozat reprezentációja szerint meddig mehet el egy orvos a beteg – általa vélt vagy valós – érdekei érvényesítésében. Mindehhez a szakirodalmi összefoglalóban bemutatott kutatások jelentős részéhez hasonlóan a tartalomelemzés módszerét alkalmazom.

E módszerhez az epizódok alapos ismeretére van szükség, amit leginkább az epizódok többszörös újranézésével lehet megvalósítani. A vizsgált sorozatból tizenhárom teljes évad készült el, a tizennegyedik évad 2017. szeptember huszonnyolcadikán debütált az ABC műsorán. A háromszázadik rész idén november kilencedikén került adásba. Az epizódok átlagos hosszúsága az IMDb adatbázisa szerint 41 perc. Ez azt jelenti, hogy a tanulmány

megírásáig körülbelül 12 300 percnyi tartalom készült el, mely 205 órának, vagyis 8 és fél napnak felel meg. Ezt a tartalommenyiséget teljes egészében, többször is végignéztem. Az epizódismertető, melyek a tartalom írásbeli összefoglalóját és interpretációját tartalmazzák, segítséget jelentenek a történetek részleteinek felszínén tartásában – ezeket az írásokat az ABC is közzéteszi, de televíziós online újságokban, blogokon is szép számmal megtalálhatók. A gyártó és a rajongók által készített videó-összeállítások is jó támpontokat jelentenek, rámutatnak arra, hogy melyik fél milyen történetszálakat tart fontosnak és emlékezetesnek. Mindezek segítségével szolgáltak a tanulmányban elemzett történetek kiválasztásában is.

Az orvosi tartalom mélyebb megértésében, értelmezésében az orvostudományi szakirodalom mellett az orvosokkal, egészségügyi dolgozókkal folytatott szakértői háttérbeszélések segítenek, továbbá releváns információkat hordoznak a sorozatok tudományos tartalmára fókuszáló online médiacikkek is. A médiareprezentáció feltárásához érdemes kulcsszavas kereséseket végezni: az újságírók ingerküszöbét a súlyos és ritka betegségeken kívül nagy eséllyel éri el az új orvosi technológiák sorozatbeli megjelenése is, így érdemes ezekre közvetlenül rákeresni a széria kontextusában.

Mindezek mellett azok a Web 2.0 felületek – például Facebook-oldalak – is hasznosak, ahol kiegészítő információkat tesznek közzé a gyártók, cikkeket ajánlanak a sorozatban bemutatott témákkal kapcsolatban, illetve emlékezetes jeleneteket ismételnék meg egy-egy gondolattal vagy problémafelvetéssel kiegészítve.

### *A sebészet fellegvára*

A sorozat magyar címe valószínűleg nehezen értelmezhető azok számára, akik a nyolcadik évad után kezdték el követni a szériát, mivel az a történet színterét adó fiktív kórház eredeti nevére utal, mely „Seattle Grace Hospital” volt. A történet szerint több névváltoztatáson is átesett az intézmény, jelenleg „Grey–Sloan Memorial Hospital” néven fut, két orvos emlékére, akik egy munkahelyi kiküldetés közben, egy repülőgép-szerencsétlenségben veszítették életüket. Az eredeti angol cím (*Grey’s Anatomy*) egy szójáték: Henry Gray anatómiakönyvére (*Henry Gray’s Anatomy of the Human Body*), valamint a főszereplő, Meredith Grey vezetéknevére utal.

A sorozat főként a sebészeti osztályok (általános, szív-, agy-, gyermeksebészet, valamint traumatológia és ortopédia) életét mutatja be. A széria első évadaiban szereplő kezdő rezidensek az újabb évadokban már szakorvosként, esetleg osztályvezető orvosként dolgoznak – feletteseik éppúgy cserélődnek, mint a ranglétra alsóbb szintjein álló orvosok. A betegek különböző rangú, beosztású orvosokkal érintkeznek a fiktív kórházakban. Az orvosok hozzáállása a betegekhez nem változik attól függően, hogy milyen magasra jutnak a ranglétrán: senki nem válik lekezelőbbé azért, mert magasabb pozícióba került. Inkább úgy tűnik, hogy a betegekért való versengés szintje csökken az előrébb jutás által: a kezdő rezidenseknek még valósággal harcolniuk kell az esetekért, míg a felsőbb évesek már kimódoltabb módszerekkel próbálkoznak: például eseteket vesznek el („lopnak”) egymástól vagy a kevésbé tapasztalt kollégáktól, de az is előfordul, hogy csupán tudatosan „helyezkednek” a rangidős orvos mellett. A szakorvosok hozzáférése korlátlanul tűnik az érdekes esetekhez: vagy eleve megkapják ezeket, vagy konzíliumba hívják őket, vagy pedig egyszerűen kollegiális alapon bekéredzhetnek a műtőbe: számukra már elég az, ha jelzik jelenléti igényüket. A műtő feletti leüvegezett galéria ezzel szemben minden orvos számára nyitott – olyan, mint egy panoptikum, ahonnan az egész terep belátható.

A vizsgált szériában többféle betegtípust különíthetünk el, a következőkben a jellegzetes kategóriákat vázolom fel. A páciensek többsége epizódszereplő: esetükben különösen igaz, hogy betegségük egy-egy jól körülhatárolható, megoldandó problémát jelent az orvosok számára. Róluk csak a legszükségesebb mennyiségű információ derül ki: életükről, személyiségükről a betegség szűrőjén keresztül kap információt a néző, annyit, amennyi a történet megértéséhez és az érzelmi involválódáshoz elegendő. A visszatérő páciensek karaktereinek felépítése már kevésbé vázlatos, sztorijuk kiemelkedő eleme viszont még így is az, hogy korábban milyen kezelést kaptak és melyik orvostól.

A betegek többsége az „utcaról” érkezik a kórházba, abban az értelemben, hogy nincsenek ismerőseik az intézményben. Egy részük a kezelés közben szorosabb kapcsolatot alakít ki valamelyik orvosával (ezt a kérdést a következő fejezet tárgyalja). Külön kategóriát jelentenek a dolgozók szerettei: a hozzátartozók, barátok, romantikus partnerek. Ezek a történetuszálak általában felvetik azt az etikai kérdést, hogy az orvos kezelheti-e saját ismerősét, illetve, hogy mennyire avatkozhat be a döntéshozásba, esetleg kontrollálhatja-e kollégája munkáját. Ilyen esetekben általában kiéleződik a helyzet a személyesen érintett és nem érintett szakemberek között.

A felnőtt páciensek vannak többségben a sorozatban, azonban a gyermeksebészeti részleg és traumatológia miatt időről időre beteg gyermekek is feltűnnek a képernyőn. Ezek a történetuszálak sokszor azt a kérdést járják körül, hogy kiskorúak esetében kinek van joga döntést hozni a kezeléstről, illetve megjelenik az a konfliktus, hogy a gyermek más szeretne, mint a szülő. Komoly dilemma, hogy ilyen esetben mit tehet az orvos: általánosságban elmondható, hogy a *Grace Klinika* orvosai a kiskorú mellett állnak, de ez abból is fakad, hogy sok esetben ők preferálják az orvosi szempontból elfogadhatóbb álláspontot. Ilyen Dr. Alex Karev (Justin Chambers) esete is, amikor egy agydaganatos kisfiú szülei vallási okokból le akarnak mondani a kezeléstről: az orvos megtudja, hogy a kisfiú valójában élni szeretne (13. évad, 22. rész).

Viszonylag gyakori, hogy a páciens maga is orvos, sőt a főszereplők közül való. A nézők láthattak már szülést, abortuszt, amputációt, agyműtétet, baleseti sérülést elszenvedő főszereplőket, és a sort még lehetne folytatni. Ezeknek az eseteknek az érdekessége, hogy bemutatják azokat a helyzeteket, amikor orvos és páciens között nincs tudásszakadék: az orvos attól még, hogy betegszerepben van, tisztában van azzal, hogy az egészségügyi állapota milyen következményekkel jár, ismeri a lehetséges kezelésmódokat, sőt a legfrissebb – akár még kísérleti szakaszban lévő – kutatási eredményeket is. Így az ő szavuk, beleszólásuk általában erősebb a kezelés menetébe, mint más pácienseké.

Végül pedig érdemes kitérni arra is, hogy az elhunyt páciensekkel hogyan bántak az orvosok: a kórházsorozatok egyik visszatérő, morbid eleme az, amikor a fiatal orvosok a halottasházban sziesztáznak, mert itt találnak nyugalmat, kilépési lehetőséget a napi munkával járó stresszből. A másik extrém esetben a halott betegeket szervdonorként kezelik: a kérdés az, hogy ilyen esetekben a család érzelmeit és a kegyeleti szempontokat tiszteletben tartják-e. A beteg elhalálózása veti fel legerősebben azt a kérdést, hogy a hozzátartozókkal hogyan szabad kommunikálni.

## *Mindent a betegért?*

Az orvos-beteg kapcsolat egyik meghatározó eleme, hogy a fiktív orvosok meddig mennek el a betegük megmentése érdekében. Elmondható, hogy áldozatos, elkötelezett munkát végeznek, és bizonyos esetekben nem riadnak vissza a különböző korlátok áthágásától sem. A következőkben kategorizálom és példákkal ismertetem a sorozat orvosaira jellemző határátlépéseket, valamint előrejelzéseket teszek azzal kapcsolatban, hogy az efféle cselekedetek milyen gondolatokat, érzelmeket kelthetnek a nézőkben.

*Jogi, etikai szabályok áthágása:* a sorozat egyik legemlékezetesebb esete, amikor a második évadban sebészeti rezidensként dolgozó Dr. Izzie Stevens (Katherine Heigl) elvágja szívatültetésre szoruló szerelme, Denny Duquette (Jeffrey Dean Morgan) LVAD-zsinórját (2. évad, 25. rész). A kockázatos beavatkozás célja, hogy a férfi laboreredményei romoljanak, és ezáltal előrébb kerüljön a transzplantációs listán. A beteg tudott arról, hogy mire készül az orvosa, aki előzőleg érzelmi alapon meggyőzte őt arról, hogy ez a helyes lépés. Világos, hogy ebben az esetben a Dr. Stevens átlépte a hatáskörét, veszélyeztette a beteg életét, és a saját hozzátartozója érdekében manipulálni próbálta a szervadományozás rendszerét. Bár sikerült új szívet szereznie, Denny a műtét után stroke-ban meghal. A gyászoló doktornő még aznap bevallja a főnökeinek, hogy mit tett, és kilép a rezidensprogramból. Nemsokára azonban – eleinte próbaidőre – visszakapja az állását.

Ha a sorozat etikai problémáiról van szó, a transzplantációs esetek aggasztó ábrázolása jó eséllyel előtérbe kerül – nem véletlenül. A most leírt történet félelmeket ébreszthet a transzplantáció rendszerével kapcsolatban: a listát mesterségesen manipulálhatónak mutatja, és felveti a kérdést, hogy ehhez hasonló trükkökkel előnyhöz juthatnak-e a betegek hozzátartozói. Felmerülhet az is, hogy mi van akkor, ha egy beteg pénzt ajánl fel az orvosnak azért, hogy az rontson az állapotán vagy csak hamisítsa meg a vizsgálati eredményeit.

Aggályos az is, amikor a sebész úgy akar segíteni a transzplantációra váró páciensén, hogy ő maga kezd el szervet keresni, még hozzá a kórházban haldokló betegek körében. Ilyenkor felmerül, hogy a potenciális donor érdekei vajon maximálisan tiszteletben vannak-e tartva, illetve hogy valóban megtesznek-e a megmentéséért mindent azok után, hogy „kinézték” szervforrásnak. A második évadban az orvosok megállapítják az agyhalált, előkészítik a szervek kivételét, amikor a vezető idegsebész rájön, hogy a betegnek valójában vannak észlelhető agyfunkciói.

Problémás lehet az is, ahogyan az orvosok megpróbálják rábeszélni a halottak hozzátartozóit a transzplantációra. Egy édesanyának például nehéz döntést kell hoznia közvetlenül azután, hogy két fiatal, rendőr fia munka közben lövöldözés áldozata lett. A tüzet rablás közben egy tinédzser fiú nyitotta rájuk. Mivel az akció során ő maga is súlyosan megsérült, májátültetésre van szüksége. Dr. Bailey úgy dönt, hogy megkéri az édesanyát, adja oda fia szervét a tulajdonképpen gyilkosának – bár ez a tette még a kollégái körében is komoly ellenérzéseket ébreszt, végül sikerül meggyőznie az asszonyt (11. évad, 18. rész).

*A tudomány határainak legyőzése:* a sorozat orvosaira jellemző a magas kockázatvállalási hajlandóság, így rendszeresen alkalmaznak kísérleti vagy még nem bejáratott eljárásokat. Választásuk azonban nem öncélú kockázatkeresés: azért nyúlnak innovatív módszerekhez, mert úgy látják, a beteg szempontjából az a célravezetőbb, mert biztosabb túlélési arány,

jobb életminőség érhető el általuk. Emlékezetes annak a mozgássérült lánynak a története, aki amputáltatni szeretné a lábát a folyamatos fájdalmak miatt, és azért, mert egy modern protézissel valójában jobb minőségű életet tudna élni, mint így. Az orvosok támogatják a beavatkozás elvégzésében, és segítik az édesapja meggyőzésében is (10. évad, 15. rész). Több esetben is előfordult már, hogy jó megoldás hiányában a sebészek saját kutatást indítottak el: ilyen volt például a háromdimenziós nyomtatással való kísérletezés a tizenegyedik évadban. Érdekes, hogy nem csak a tudományos szféra működésmódját ismerő orvosok nyitottak az új eljárásokra, hanem a laikus betegek is – a sorozat reprezentációja szerint irracionális viselkedés lenne részükről a biztonságosabb, de kevésbé hatékony módszert választani.

*A gazdasági szempontok figyelmen kívül hagyása:* a Grey–Sloan falai között az anyagok nem számítanak olyankor, amikor választani kell a lehetséges kezelési módszerek között: a sebészek sem a beteggel nem vitatják meg az árakat, sem egymás között, és nincs is olyan adminisztratív szereplő vagy osztályvezető, aki folyamatos ellenőrzést gyakorolna a pénzügyi kérdések felett. Friss példa erre Megan Hunt (Abigail Spencer) esete, aki pro bono alapon esik át hasfal-transzplantáción (14. évad, 2. rész). Csak a beavatkozás utáni epizódok egyikében szűr szemet a kórházat fenntartó alapítvány képviselőjének, hogy a magas költségeket átvállalta az intézmény. Mi lehetett erre az ok? Több minden együtt: a beteg háborús fogságból tért vissza Amerikába, maga is orvos, ráadásul az egyik vezető traumatológus, Owen Hunt (Kevin McKidd) őrnagy húga.

Ikonikus történet az is, amikor a szívsebészet vezetője, Dr. Teddy Altman (Kim Raver) feleségül megy a Henry Burton (Scott Foley) nevű beteghez azért, hogy az részesülhessen az ő biztosításából, így jogosult legyen egy műtetre, amit egyébként nem tudna kifizetni. Dr. Altman úgy érzi, orvosként kötelessége segíteni ezzel is. A hetedik, illetve nyolcadik évadban kibontakozó történet úgy alakul, hogy egy idő után érzelmileg is közel kerül a férfihöz, ez a történet átvezet a következő határátlépési kategóriához: az orvosok és pácienseik között szövődő szerelmi kapcsolatokhoz.

Érzelmi közelség kialakítása a beteggel: a Stevens–Duquette-, Altman–Burton-párosokon kívül más orvos-beteg románcok is születnek a sorozatban. Ezek a kapcsolatok etikailag már önmagukban véve is aggályosak, ráadásul még több szabálysértést generálnak. A sebészeti rezidensként dolgozó Dr. Stephanie Edwards (Jerrika Hinton) egy Kyle Diaz (Wilder Valderrama) nevű agydaganatos zenésszel kerül közelebbi kapcsolatba a tizenkettedik évadban. Mivel a férfi partnereként ki van zárva a kezelésből, inkább szakít, hogy orvosilag nagyobb ráhatása legyen az eseményekre.

Dr. Karev egy olyan beteggel kerül érzelmi kapcsolatba a harmadik és negyedik évadban, aki egy baleset következtében elveszítette az emlékeit: közösen választanak új nevet a nőnek. „Ava” (Elizabeth Reaser) egy idő után csak szimulálja az amnéziát, lelepleződése után egyre világosabb lesz, hogy nemcsak a magánélete zavaros, hanem pszichés problémái is vannak. Ennek ellenére Karev hazaviszi, és még azután is nehezen győzhető meg arról, hogy a nőnek a pszichiátrián a helye, hogy az öngyilkossági kísérletet követ el.

Ahogy arra az elemzés rávilágított, bizonyos orvosi határátlépések pozitív elvárásokat generálhatnak, melyek, ha nem teljesülnek a való életben, csalódás lehet a vége. Ugyanakkor bizonyos esetekben félelmek is ébredhetnek a látottak kapcsán, különösen akkor, ha jogi, etikai korlátokat hágnak át az orvosok: a biztonságérzetet veszélyeztetheti, ha nem tartják be a játékszabályokat, a hozzátartozók pedig nehéz érzelmi helyzetbe kerülnek.

A szabálysértéstípusok áttekintése után érdemes megvizsgálni azt a kérdést, hogy az orvosok a betegekért teszik-e meg ezeket a dolgokat, vagy saját magukért. Összességében elmondható, hogy a beteg gyógyulásáért a *Grace Klinika* orvosai mindent megtesznek. Bár szakterületeik, élethelyzeteik igen különbözőek, de van bennük egy közös vonás: makacs, akaratos emberek, akik nem tudnak veszíteni, és elfogadni, hogy nincs tovább, ezért inkább minden áron megpróbálnak cselekedni és megmenteni a beteget. De előfordul, hogy ezt nem csak a szenvedőkért teszik, hanem saját magukért is: azért, mert szakmailag vagy érzelmileg fontos számukra az adott fizikai test korlátainak legyőzése. Jellemző, hogy míg azokban a történet-szálakban, ahol a beteg epizódszereplő, inkább a karriermotivációk kerülnek előtérbe, amikor pedig a beteg visszatérő ismerős, az érzelmi tényezők dominálnak. A rizikós műtéteket, szakmai kihívást jelentő kísérleti eljárásokat van, hogy tisztán a beteg érdekében vállalják az orvosok, de előfordul az is, hogy a motivációk között az elismerés megszerzése, vagy a magánéleti sikertelenségek kompenzálása is előtérbe kerül. Bárhogy is van, nem szabad megfélemedezni arról sem, hogy a gyakran már-már heroikus ambíciókból a betegek is profitálnak.

## Összegzés

A kórházsorozat, mint műfaj az ötvenes években született meg, és a formátum azóta is töretlen népszerűséggel mutatja be az egészségügyi intézmények mindennapjait és az ott dolgozók munkáját. A sorozatok kutatásának jellemző módszere a tartalomelemzés, melynek fókuszában többféle kérdés is állhat: ilyen például az orvosi tartalom helytállósága, a bioetikai kérdések kezelése, az orvosszerepek ábrázolása vagy éppen az orvos-beteg viszonyrendszer feltárása. Utóbbiról elmondható: bár azt gondolhatnánk, hogy a gyógyítást középpontba állító kórházsorozatok az orvosokról és a betegekről egyenlő arányban szólnak, ez nem egészen igaz. Ezek a produkciók ugyanis sokkal inkább az orvosokra fókuszálnak, mint a páciensekre, akik gyakran csak másodlagos, alárendelt, kiegészítő szerepet töltenek be. Többségük csak átmeneti vendég a képernyőn: általában egy epizódon belül meggyógyulnak vagy meghalnak. Történeteik szakmai feladványt, bioetikai dilemmát, drámát vagy éppen konfliktust visznek az epizódokba. Van, hogy a szakmai fejlődést szolgálják, mások pedig magánéleti felismerések forrásai. Szerepük az utóbbi esetben az, hogy rámutassanak az élet rövidségére, vagy arra, hogy az orvosnak valamin változtatnia kell a mindennapjaiban – esetleg helyre kell hoznia a kapcsolatát a partnerével, családjával, vagy ki kell állnia magáért a munkahelyen. Összességében a páciensek voltaképpen mozaikdarabkák, melyek katalizátorként működnek, s amelyek hatással vannak az orvosok karrierjének alakulására – akár siker, akár kudarcélmény a kezelésük –, illetve lelki, személyiségbeli változásukra. A kezeltekről meglehetősen kevés derül ki abból a szempontból, hogy kik voltak, mielőtt kórházba kerültek. A munkahelyre általában azok esetében derül fény, akik ott szenvedtek el valamilyen balesetet vagy ártalmat, illetve tipikusan a betegágyban is dolgozó munkamániás vagy a fontos társadalmi, politikai, üzleti szerepet betöltő betegeknél tárul fel a szakmai élet. A családi státuszukra az elbeszéléseken kívül abból lehet következtetni, hogy ki jelenik meg a kórtermükben: leggyakrabban a férj vagy feleség, élettárs vagy szerető, szülő vagy gyermek van jelen, illetve ritkább esetben a barátok. Nem minden betegről derül ki, hogy van-e hová

visszatérnie a felépülés után. A személyiségből – ugyanúgy, mint az élettörténetből – csak néhány hangsúlyos elem kerül előtérbe, és általában az áll a középpontban, hogy vajon a betegség változtatott-e valamit negatív vagy pozitív irányban a páciensen.

Mindezek igazak *A Grace Klinikára* is, melyet tanulmányomban elemeztem. A jellegzetes beteg típusok (epizód szereplő, visszatérő karakter, főszereplő hozzátartozója stb.) ismertetése mellett azt vizsgáltam, hogy az orvosok milyen korlátok átlépésére hajlandók a betegek érdekében. Négy kategória körvonalazható ki: a jogi-etikai, a tudományos, a gazdasági és az érzelmi határátlépés, melyek előrejelzésem szerint ellentétes érzéseket kelthetnek a nézőkben. Vannak, akiknek szimpatikus a vakmerőség, hiszen ez a hozzáállás azt sugallja, hogy az orvos nem ismer lehetetlent, és hajlandó akár kockázatot is vállalni a betege megmentése érdekében. Ugyanis, ha a sikeres kezelés a jogi-etikai korlátok átlépésével történik, az azt a látszatot keltheti, hogy a törvényi szabályozás és a morális iránymutatások valójában rontják a betegek esélyeit azzal, hogy korlátozzák a hozzáférésüket az egyébként rendelkezésre álló gyógymódhoz, beavatkozáshoz. A gazdasági tényezők figyelmen kívül hagyásával végzett beavatkozások üzenete szintén az, hogy vannak ugyan kezelési lehetőségek egy-egy betegség esetében, ugyanakkor ezekhez nem demokratikus a hozzáférés: központi finanszírozás nincs, arra pedig nem mindenki képes, hogy maga állja a költségeket. Így az orvos, aki fedezet nélkül áll neki egy költséges beavatkozásnak, egyértelműen a szegények pártfogójaként, egyfajta egészségügyi Robin Hood szerepében tűnik fel. Az pedig, hogy egy orvos képes a tudomány épp aktuális állásán túlmutató innovatív megoldások alkalmazására a beteg érdekében, azt jelzi, hogy a fejlődéshez, innovációhoz igazából elegendő az akarat és a kognitív képességek, valamint a kísérletezői gyakorlat. Az érzelmi határátlépés a felsoroltakhoz képest talán kicsit tündérmeseinek számít: azt a hitet ülteti el, hogy szerelem bármikor, bármilyen helyzetben lévő emberek között születhet, még akkor is, ha a másik éppen teljesen elesett, kiszolgáltatott állapotban van. Az orvos ismét csak a hős szerepébe kerül: ő a megmentő, akinek méltó jutalma védené szívének az elnyerése.

Ugyanez a vakmerő hozzáállás azonban mások számára ijesztő lehet. Felmerülhet a kérdés, hogy egy jogi, etikai szabálysértés esetén ki fogja majd a felelősséget viselni az esetleges negatív következményekért. Az etikátlanul kivitelezett transzplantációs esetek például félelmet ébreszthetnek azzal kapcsolatban, hogy mi van akkor, hogyha baleset ér valakit, és az orvosok nem tesznek meg mindent a gyógyulásáért, hiszen van egy másik beteg, akinek a megmentésére már „kinézték” a szerveit. A másik oldalról nézve a helyzetet, az is félelemre adhat okot, ha valaki már régóta vár transzplantációra, ám valamelyik egészségügyi dolgozó beleavatkozik a rendszerbe azért, hogy az általa kezelt páciens előrébb jusson a várólistán. Összességében az egészségügyi szervezetek kevésbé tűnnek átlátható, felelős, igazságos intézményeknek az ilyen történetábrázolások hatására – ehhez hozzá lehet még venni a gazdasági részrehajlást is. A televízióban látható történetek alapján nem követhető, hogy ki, mikor és miért jut hozzá egy-egy költséges kezeléshez, míg más nem. A kutatással, innovációval kapcsolatban is felmerülhetnek kételyek: vajon tényleg ki lehet dolgozni egy megbízható kezelési eljárást annyi idő alatt, mint azt a sorozatok érzékeltetik? Mi van akkor, ha az orvos egyszerűen csak opportunistá, és szeret új dolgokat kipróbálni – a nézőben felmerülhet, hogy tulajdonképpen a betegeken kísérletezik, anélkül, hogy biztos tudatában lenne a módszer rövid és hosszú távú következményeivel, mellékhatásaival. Továbbá, az innovációs történetoszlop többségében feltűnik egy vagy néhány orvos, aki a hagyományos gyógymódot preferálná: ők azok, akiket végül leszavaznak, mert nem elég bátrak és hatékonyak – ráadá-

sul a fejlesztők ezt a régebbi módszer hibáinak kiemelésével igazolják. Így felmerülhet, hogy a már bevett módszerek valójában tényleg nem jelentenek kielégítő megoldást. Az orvos-beteg közötti romantikus történetzsalak pedig aggodalmakat ébreszthetnek a nézőkben, mert felmerülhet, hogy kell-e tartaniuk attól, hogy kiszolgáltatott helyzetükben az őket kezelők közül valaki majd túllép a professzionális viselkedés határain. Illetve még az is előfordulhat, hogy attól kezdenek el tartani a befogadók, hogy azok a páciensek, akik az orvos-beteg kapcsolat elmélyítését, majd átváltoztatását szorgalmazzák, előnybe kerülhetnek másokkal szemben azért, hogy érzelmileg elkötelezettebbé teszik az egészségügyi szakembert.

Mindezek mellett tanulmányomban azt is megállapítottam, hogy az orvosok viselkedése mögött személyiségbeli jegyek, szakmai és magánéleti motivációk is állhatnak – ugyanakkor mindezekből a sorozat reprezentációja szerint a betegek is profitálnak. Izgalmas kérdés, hogy a betegközpontú gondolkodásmód terjedése az egészségügyben hogyan hat majd a kórházsorozatok betegábrázolására. A *Grace Klinika* esetében azok a problémák, melyekre a valós életben gyakran panaszkodnak a páciensek, nincsenek jelen: az orvosok nem beszélnek lekezelően velük, a viselkedésük sem tükröz ilyesmit, továbbá nem fáradtak, nem fásultak, és főképp nem kiégették szakmailag. Az életkoruktól függetlenül elhivatottak a gyógyítás iránt. A hiba talán inkább a „zárt ajtók mögötti” attitűdjükben érhető tetten: amikor egymás között megszerzendő javakként beszélnek a betegekről – különösen az „érdekes esetekről”, melyeknek köszönhetően újat láthatnak, kipróbálhatják magukat, és akár bizonyíthatnak is. Az itteni orvosok mindenkivel jól bánnak, a kollégáikkal és a régebb óta kezelt betegekkel persze még figyelmesebbek, mint másokkal, ugyanakkor az „utcáról jött”, ismerősök nélküli betegek sem érzik magukat láthatatlannak a kórház falai között. A jó ellátásnak, odafigyelésnek nem feltétele a gazdasági és társadalmi tőke: egy ideális, korrupciómentes világot mutat be a sorozat, ahol a segíteni akarás mozgatja a szálakat. A betegnek tulajdonképpen csak el kell fogadnia azt a sok jót, amit közvetítenek felé, nem kell valós partneri viszonyban lennie az orvossal, hiszen az úgyszólván meg is tesz mindent. A paternalisztikus viselkedés sokat kritizált jegyei pedig kikerültek a rendszerből: a szakértő nem hatalmaskodik, nem kezel le senkit, csak saját motivációitól vezérelve végez áldozatos munkát a legjobb tudása szerint. A sorozat több ponton is olyan, mintha a paternalista modell megreformált és kijavított változatát mutatná be. Az előzőekben ismertetett példákon kívül a kategóriák mindegyikét további történetzsalakkal tudnám színesíteni. A kórházsorozatok orvos-beteg viszonyainak kutatásában további perspektívát jelent más sorozatok részletes elemzése, illetve a több szériát összehasonlító vizsgálatok. A továbbiakban az amerikai gyártású kórházsorozatok mellett érdemes lehet elemezni az európai produkciókat is.

## Hivatkozott irodalom

- Chory-Assad, Rebecca M. és Ron Tamborini (2001): Television Doctors. An Analysis of Physicians in Fictional and Non-Fictional Television Programs. *Journal of Broadcasting & Electronic Media* 45(3): 499–521.
- Chory-Assad, Rebecca M. és Ron Tamborini (2003): Television Exposure and the Public's Perceptions of Physicians. *Journal of Broadcasting & Electronic Media* 47(2): 197–215.
- Czarny Matthew J., Ruth R. Faden és Jeremy Sugarman (2010): Bioethics and Professionalism in Popular Television Medical Dramas. *Journal of Medical Ethics* 36(4): 203–206.
- Hermann Veronika (2010): The Son of a Bitch is the Best Doctor We Have. *Médiakutató* 11(1): 7–16. Interneten: [http://www.mediakutato.hu/cikk/2010\\_01\\_tavas/01\\_pc\\_doctor\\_house](http://www.mediakutato.hu/cikk/2010_01_tavas/01_pc_doctor_house) (letöltve: 2017. október 26.).

- Hether, Heather J., Grace C. Huang, Vicki Beck, Sheila T. Murphy és Thomas W. Valente (2008): Entertainment-Education in a Media-Saturated Environment. Examining the Impact of Single and Multiple Exposures to Breast Cancer Storylines on Two Popular Medical Dramas. *Journal of Health Communication* 13(8): 808–823.
- Hetsroni, Amir (2009): If You Must be Hospitalized, Television is not the Place – Diagnoses, Survival Rates and Demographic Characteristics of Patients in TV Hospital Dramas. *Communication Research Reports* 26(4): 311–322.
- Hirt, Cassandra, Kerry Wong, Shannon Erichsen és Jonathan White (2013): Medical Dramas on Television. A Brief Guide for Educators. *Medical teacher* 35(3): 237–242.
- Jain, Parul és Michael D. Slater (2013): Provider Portrayals and Patient-Provider Communication in Drama and Reality Medical Entertainment Television Shows. *Journal of Health Communication* 18(6): 703–722.
- Makoul, Gregory és Limor Peer (2004): Dissecting the Doctor Shows. A Content Analysis of ER and Chicago Hope. In *Cultural sutures. Medicine and Media*. Lester D. Friedman (szerk). London: Duke University, 244–260.
- Mickel, Jason T., Shian-Li McGuire és Shelley Gross-Gray (2013): Grey's Anatomy and Communication Accommodation. Exploring Aspects of Nonverbal Interactions Portrayed in Media. *Interpersona* 7(1): 138. Interneten: <https://interpersona.psychopen.eu/article/view/95/140> (letöltve: 2017. október 26.).
- Murphy Sheila T., Heather J. Hether és Victoria Rideout (2008): How Healthy is Primetime? An Analysis of Health Content in Popular Prime Time Television Programs. In *Kaiser Family Foundation Report*. Interneten: <https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/7764.pdf> (letöltve: 2017. október 26.).
- Nádasi Eszter (2016): Changing the Face of Medicine, Alternating the Meaning of Human. Medical Innovations in Grey's Anatomy. *Critical Studies in Television. The International Journal of Television Studies* 11(2): 230–243.
- Quick, Brian L. (2009): The Effects of Viewing Grey's Anatomy on Perceptions of Doctors and Patient Satisfaction. *Journal of Broadcasting and Electronic Media* 53(1): 38–55.
- Rideout, Victoria (2008): Television as a Health Educator. A Case Study of Grey's Anatomy. In *Kaiser Family Foundation Report*. Interneten: <http://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/7803.pdf> (letöltve: 2017. október 26.).
- Straumann, Elena és Bethany Crandell Goodier (2008): Not Your Grandmother's Doctor Show. A Review of Grey's Anatomy, House, and Nip/Tuck. *Journal of Medical Humanities* 29(2): 127–131.
- Trapper, Elliot B. (2010): Doctors on Display. The Evolution of Television's Doctors. *Proceedings (Baylor University Medical Center)* 23(4): 393–399.
- Turow, Joseph. (1996): Television Entertainment and the US Health-Care Debate. *The Lancet* 347(9010): 1240–1243.
- Turow, Joseph (2010): *Playing Doctor – Television, Storytelling and Medical Power*. Michigan: University of Michigan Press.
- Turow, Joseph (2012): Nurses and Doctors in Prime Time Series. The Dynamics of Depicting Professional Power. *Nursing outlook* 60(5): 4–11.
- Vandekieft, Gregg (2004): From City Hospital to ER. The Evolution of the Television Physician. In *Cultural Sutures. Medicine and Media*. London: Duke University, 215–233.
- Weaver, Roslyn és Ian Wilson (2011): Australian Medical Students' Perceptions of Professionalism and Ethics in Medical Television Programs. *BMC Medical Education* 11(1): 50. Interneten: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3162942/> (letöltve: 2017. október 26.).
- Weaver, Roslyn, Ian Wilson és Vicki Langendyk (2014): Medical Professionalism on Television. Student Perceptions and Pedagogical Implications. *Health* 18(6): 597–612.
- White, Gladys B. (2008): Capturing the Ethics Education Value of Television Medical Dramas. *The American Journal of Bioethics* 8(12): 13–14.
- Wicclair, Mark R. (2008): The Pedagogical Value of House, MD – Can a Fictional Unethical Physician Be Used to Teach Ethics? *The American Journal of Bioethics* 8(12): 16–17.
- Ye, Yinjiao és Kristina E. Ward (2010): The Depiction of Illness and Related Matters in Two Top-Ranked Primetime Network Medical Dramas in the United States. A Content Analysis. *Journal of Health Communication* 15(5): 555–570.
- Zsínkó-Szabó Zoltán (2013): Medical Rituals and Media Rituals. *KOME – An International Journal of Pure Communication Inquiry* 1(2): 64–80.