



ÁPOLÁS ÉS GONDOZÁS JAPÁNBAN – PARADIGMAVÁLTÁSOK RÉGEN ÉS MA

ZENTAI JUDIT ÉVA, DR., PH.D.,

ELTE BTK, Távol-keleti Intézet, Japán Tanszék

E-mail: zentai.judit.eva@gmail.com

DOI: <http://doi.org/10.23716/MTT.5.2022.24>

Absztrakt

Jelen gondolatok a COVID-19 által okozott hatalmas változások kellős közepén születtek, amikor a jövő alakulása még meglehetősen ismeretlen számunkra. Igyekszem folyamatosan nyomon követni az aktuális napi eseményeket hazánkban és a távol-keleti ország életében is egyaránt. A járvány okozta bezártságot talán az idősebb generáció szenvedni meg a leginkább, hiszen jelen ismereteink szerint ők vannak a legnagyobb veszélyben, és emellett a leginkább kiszolgáltatott helyzetben, különösen, ami az ellátásukat, gondozásukat illeti. Azok számára, akiktől a családjuk távolabb él, és emiatt magányosan, egyedül kell megbirkózniuk ezzel mostani a helyzettel, a támogatás fontosabb, mint valaha. Ezen felül a betegségekkel küzdők folyamatos gondozása jelenleg még több feladatot ró az egészségügyben dolgozók számára. Ezek a tények a világ egyik leginkább előregedő társadalmára feltehetően még inkább jellemzőek lehetnek, emiatt is gondoltam behatóbban foglalkozni az ápolás és gondozás témakörével.

Az ápolás és beteggondozás története Japánban — az orvosláshoz hasonlóan — viszonylag korai időkre vezethető vissza, ugyanakkor — még jelen ismereteim szerint — nem rendelkezik akkora méretű dokumentációval, mint maga az orvoslás terjedelmes története. Önálló, különálló tudományágá csak jóval később, a modern korokban válik. Az áttekintéshez elsősorban a rendelkezésemre álló témában releváns kutatók eredményei, valamint erről szóló szakirodalmak mellett, a főbb orvos- és tudománytörténeti ismereteimre támaszkodom, és ezek alapján igyekszem sorra venni azokat a lehetséges okokat, történelmi eseményeket és hatásait (mint például, a buddhizmus, a kereszténység, az európai ismeretek megjelenése, a korai újkori társadalmi átrendeződés, a 19. századtól kezdődő modernizáció stb.), amelyek valamilyen jellegű szemléletváltást, esetleges paradigmaváltást idézhettek elő a gondozás és ápolás területén, valamint az ápolást végzők társadalmi megítélését illetően Japánban. Úgy vélem, napjainkban szintén egyfajta paradigmaváltás

folyamatát követhetjük nyomon, amely az ápolás és gondozás eddigi megítélésének komolyabb átértékelését eredményezheti a jövőben. Tanulmányomban a múlt áttekintése mellett a jelenkori helyzetre is szándékozom kitérni.

Kulcsszavak: Japán, ápolás és gondozás, vallás, öregedés, járvány, egészségügy

I. Bevezetés

Az ápolás és gondozás mindvégig része a gyógyítás folyamatának, ezért, ha annak a történetét nézzük, értelemszerűen nem tudjuk külön kezelni és elválasztani az orvostudománytól. Ennek ellenére igyekeztem a japán orvoslás történetét az ápolás és gondozás aspektusaiból vizsgálni, és ennek fényében tanulmányozni a számomra rendelkezésre álló régi forrásokat is. Többek között Jufune Szadako, SZADAOKA MINOBU és NISIMURA MASZAKO [2001: 65–71] által írt rövid cikkekre támaszkodom a leginkább. Mindenekelőtt szeretném a tanulmányt az alábbi idézetekkel kezdeni, melyek tőlük származnak.

„A gondozás fogalma, mely a születés, az öregedés, a betegség vagy a halál fogalmával szorosan kapcsolat áll, az emberiség megjelenésével egykorú.”¹ Továbbá, ezen a gondolatíven folytatva:

„A gondozás az ember legnagyobb ősi tulajdonságai és képességei közé tartozik, melynek legősibb formája az anya és gyermeke közti kötelék.”²

II. Ápolás és gondozás régen

Az ápolás, vagy a gondozás talán minden nemzetnél — mondhatni — szinte azonos jelentéstartalommal bír, noha minden bizonnyal vannak eltérések, amelyek a kultúrából, a vallásból, valamint az életmódból eredeztethetőek, de ha koncepcióként tekintünk rá, megítélésem szerint, jóval nagyobb a hasonlóság, mint a különbség. Jufune az ősi japán ősközösségek kapcsán a következőképpen fogalmaz:

„Az őskorban, amikor még hivatásos orvosok és ápolók nem léteztek, az embereken a családjuk, vagy a barátjuk segített, ha nem tudták saját magukat ellátni, vagy különösen egy törzs esetében, a nők voltak azok, akik a gondozással kapcsolatos feladatokat ellátták.”³

¹ JUFUNE et al. 2001. 65.

² JUFUNE et al. 2001. 70.

³ JUFUNE et al. 2001. 65.

Jelenleg azonban még nincsen elegendő információnk arról, hogy Japánban konkrétan egykor milyen lehetett maga az ápolás és gondozás folyamata, illetve, hogy ehhez hogyan viszonyultak az akkori emberek, ugyanakkor, ha az orvoslás történetét vizsgáljuk hasonló szempontból, elmondhatjuk, hogy annak egy nagyon szignifikáns részét képezte ez a terület. Ahogyan korábban is utaltam rá, külön kezelni nem lehet, mert szerves része az orvoslásnak. Emellett az is tény, hogy szorosán összefonódott egyrészt a buddhizmussal, másrészt később az európaiak, pontosabban a portugálok megjelenésével, azon belül is a keresztény hittérítők tevékenységével.

II.1. A buddhizmus és az ápolás kapcsolata

A buddhizmus megjelenését Japánban az 5-6. századra teszik, amelynek számtalan hatásából az orvostudományi vonatkozásokat emelném ki. Közismert, hogy a buddhista szerzetesek többek között gyógyító és karitatív jellegű tevékenységeket is folytattak, valamint, hogy a japán gyógyászat történetének első orvosai is buddhista szerzetesek voltak. Hivatásos gyógyítókról majd csak jóval később, a kora újkorban beszélhetünk. Eddigi ismereteink szerint az első orvoslással foglalkozó szerzetesek egyrészt a Tang-dinasztia által irányított Kínából (618–907), másrészt a Koreai-félszigetről érkezhettek Japánba, akik számtalan ősi klasszikusnak számító kínai orvosi írást is magukkal hoztak. Ilyen híres orvos En'ichi, illetve Fukuin voltak, akikről a 720-ban összeállított *Nihonsoki* 22-dik (Szuiko császárnő uralkodása alatt történt eseményekről szóló) részében már tesznek említést.⁴ Hasonlóan meghatározó személyként tekinthetünk Jianzhen⁵ (688–767) nevű kínai szerzetesre a 8. századból, aki újdonságnak számító gyógymódokat és gyógynövényeket hozott magával Japánba. A 757-es kiadott *Jóró-Ricurjó* néven ismert törvénykódexen belül, *Isicurjó*⁶ címmel az orvosi tevékenységekre illetőleg különféle rendelkezéseket hoztak. Ezek többek között az orvoslást végzők foglalkoztatására, az oktatásra, az orvosi vizsgarendszerre vonatkoztak. Emellett olyan előírásokat is tartalmaztak, amelyek a fertőző betegségek fennállása esetére rendelkeztek el bejelentési kötelezettséget, illetve adókedvezményt nyújtottak azon családok számára, ahol beteg embert ápoltak.⁷ Ugyanakkor ha belepillantunk egy kicsit későbbi, de még mindig korabelinek tekinthető orvosi írásokba, mint például az *Isinpó*

⁴ Lásd bővebben MASZAMUNE 1930. 323.

⁵ <https://kotobank.jp/word/鑑真-48974> [2020.10.14.]

⁶ <https://kotobank.jp/word/医疾令-30581> [2020.10.14.]

⁷ JUFUNE et al. 2001. 66.

(‘A gyógyítás leghelyesebb módszerei’, 984), akkor láthatjuk, hogy főleg a betegségekről és azok gyógymódjairól értekeznek pontosan idézve az ősi klasszikusoknak számító kínai írásokból, viszont kifejezetten az ápolásról, vagy a gondozásról már nem esik szó. Ettől függetlenül sejthetjük, hogy a korszakban a családtagokon kívül, a buddhista szerzetesek lehetnek azok, akik az ápolás és gondozás területén nagyon fontos szerepet játszottak. Ezt JUFUNE [et al. 2001:66] megállapításával is alátámaszthatjuk, miszerint a Nara-kortól (710–794) kezdve a gyógyászat a nemesi közeget is beleértve, zömében a szerzetesek és szerzetesnők által folytatott tevékenység volt. Ehhez még kiegészítésképpen megemlíthetjük azoknak a szerzeteseknek a példáját, akiket NAKAJA [2012:39] szerint „ápolószerzetes” (japánul „kanbjószó”) néven illettek, és a gyógyító szerepük elismert volt a korszakban. Később a szerzetesek által számos olyan írás születik, amelyek valamilyen szinten érintik az ápolás kérdéskörét. Erre JUFUNE [et al. 2001:66] által is említett Rócsú nevű szerzetes (13. sz.) ápolással kapcsolatos *Kanbjójószinsó* (‘Kivonat az ápolás lényegéről’) című munkáját hozhatjuk fel jó példaként.

Az ápolás és gondozás kapcsán ugyanakkor fontosnak tartom kiemelni SINMURA [2006: 14–15] állítását, miszerint a betegségek, a vér, a halál, mind-mind az úgynevezett *kegare*⁸ (tisztátalanság) fogalmával állnak szoros kapcsolatban, így ettől tartva a betegeket a lakóháztól távolabb, kolostorokban, vagy ideiglenesen létrehozott helyszíneken kezelték. Mivel a beteg emberekkel kapcsolatos szemlélet az ókortól kezdve egészen a középkor végéig általánosságban a tisztátalanság fogalomrendszeréhez kapcsolódott, így a fertőző betegségekben szenvedőket főleg a marginált rétegek, vagyis perifériára szorult társadalmi csoportok tagjai kezelték, illetve ápolták. Ennek kapcsán CSENDOM is [2016:407] megemlíti, hogy „*bár a Heian-korban a család ápolta a fertőző betegségben szenvedőket, amelyek közül főként a test eltorzulásával járó lepra volt a legjellemzőbb, ebben a korban elkülönítették és buddhista templomok környékén telepítették le őket*”. Ezen felül az idősek ápolásáról ekkor még kizárólag a család gondoskodott, külön idősgondozásról ekkor még nem beszélhetünk.

A 13. században a buddhista irányzatok filozófiai alaptanításaival összhangban a gyógyítás és gondozás alap gondolata tovább bővült a társadalmilag számkivetettek, az árvák, az idősek, a szegények megsegítésének koncepciójával is — másképpen fogalmazva — a klasszikus értelemben vett társadalmi szerepvállalás egyre jellemzőbbé vált a szerzetesek tevékenységére. Erre nagyszerű példa Eizon⁹ nevű szerzetes (1201–1290)

⁸ Lásd bővebben CSENDOM 2016.

⁹ Lásd bővebben: <https://kotobank.jp/word/敬尊-35938> [2020.12.12.]

tanítványa, Ninsó¹⁰ (1217–1303) személye, aki ezt a gondolatrendszert folytatva alapította meg az úgynevezett Kitajama Dzsúhakkenko¹¹ nevű intézményt, ahol a leprában szenvedőket szállásolták el, és gondoskodtak róluk. Sinmura szerint „a Kamakura-korban (1185–1333) több olyan buddhista írás is születik az ápolással, gondozással kapcsolatban, melyek a főbb célok közt említik például a betegek testi és lelki gondoskodására való törekvést, továbbá, hogy a betegségben szenvedőknek reményt kell adni az újjászületésre, a betegeket olyan helyen kell kezelni, amelyek a hétköznapoktól eltérően békésebbek, nyugodtabbak, [...]”, és rámutat továbbá arra is, hogy „ez a fajta szemlélet elsősorban a lélek ápolására fókuszál, mely a későbbiekben a nyugati gyógyászat, orvosi rendszer bevezetésével lassan háttérbe szorul”.¹²

A középkori Japánban a buddhista irányzatok — mondhatni — virágkorukat élték ekkor, hiszen a hétköznapi emberek a tanításokban keresték a megvilágosodást, a megnyugvást, illetve a békét. Ugyanis jól ismert az egyes irodalmi alkotásokból¹³, hogy a természeti katasztrófák, az éhínség, a járványok, a belpolitikai viszályok sorra keserítették meg az akkori japán emberek életét. Ezek miatt az emberek úgy érezhették, hogy a világ pusztulásnak indult, és éppen ezért az úgynevezett „mulandóság” gondolata (japánul *mudzsókan*) által uralt világban keresték a biztonságot, így a buddhista irányzatok felé fordultak és az általuk hirdetett „megoldásokban” próbáltak nyugalmat lelteni.

Az orvoslástörténet jelentősebb rendelkezésre álló későbbi írásait megnézve láthatjuk, hogy még ezekben is főleg a gyógyítással kapcsolatosan értekeznek, valamint a Szung-, majd később a Ming-kori kínai orvosi diszciplínákról szólnak, illetve a különféle betegségekről, diagnosztizálási módszerekről és gyógymódokról írnak, azonban az ápolással, vagy gondozással kapcsolatban még itt sem találunk kifejezetten erről szóló sorokat. Ebből többek között arra lehet következtetni, hogy a gondozást a buddhizmus egyféle szegmensként kezelték, és a szerzetesek egyik igen fontos és magától értetődő tevékenysége lehetett. JUFUNE [et al. 2001:66] is hasonlóképpen vélekedik, vagyis, hogy a gyógyítás, illetve az ápolás a szerzetesek egyik legfontosabb tevékenysége volt egészen a Kamakura-korig. Úgy gondolom, hogy a buddhista szerzetesek gyógyítással és ápolással kapcsolatos tevékenységeikre jellemző tendencia egészen az európaiak

¹⁰ <https://kotobank.jp/word/忍性110845> [2020.10.09.]

¹¹ Lásd bővebben: <https://kotobank.jp/word/北山十八間戸50979> [2020.12.12.]

¹² SINMURA 2006. 16.

¹³ Ilyen például Kamo no Csómei *Hódzsóki* című írása is a 12. századból.

megjelenéséig fennállt, majd aztán az új orvosi ismeretek és a keresztény hit, valamint annak karitatív jellege miatt új szemléletváltások történtek.

II. 2. A kereszténység és az ápolás kapcsolata

A gyógyítás és a kereszténység közti szoros kapcsolatra a 16. században Japánba érkező Luis De Almeida (1525–1583) portugál jezsuita szerzetes és sebész által létrehozott első két nyugati stílusú kórház nagyszerű példa.¹⁴ Mindkét kórházat Almeida a Bungo-prefektúra hadurának engedélyével 1557-ben építette az akkori Funaiban (mai Oita) a leprás és a szifiliszos betegek számára, valamint az árván maradt gyermekek elszállásolására. Ezen felül Almeida egy gyógyszertárat is létrehozott, ahol Makaóból hozott gyógynövényeket és gyógyszereket őriztek. Két évvel később a kórház már 16 szobával rendelkezett, ahol közel 60 fő súlyos és 140 könnyebb betegséggel küzdő páciens tudtak kezelni.¹⁵

A kereszténység eleinte jelentős támogatást élvezett a nagy hatalmú hadurak által, amelynek eredményeképpen híveinek száma komoly növekedésnek indult. 1595-ben Kiotóban már több ferences kórház is működött a leprások és a szifiliszos betegek számára. Továbbá, 1600-ban Nagaszakiban is létesült egy jezsuita kórház, ahol a leprások számára elszigetelten, külön helységeket tudtak biztosítani. Az 1600-as években a polgárháborús csaták során a keresztény misszionáriusok a sebesültek ápolásában is segítettek.¹⁶

A belpolitikában aztán óriási változás történt, amely során sokan a keresztény hit ellen fordultak. Többek között feltételezhetően ehhez hozzájárult az is, hogy a japán politikai vezetők tudatában voltak a spanyol Armada vereségének 1588-ban, valamint az állandó versengés és harc a jezsuiták és ferencesek között Japánban (1594 és 1614 között) bizalmatlanságot eredményezett az európaiakkal szemben.¹⁷ Ezt követően aztán a hatalmas mértékű keresztényüldözések során számtalan hívőt megöltek, és a templomokat, valamint a kórházakat is lerombolták. Nagaszakiban sok szerzetest és hittérítőt végeztek ki, akiknek emlékét a „Huszonhat japán vértanú” tiszteletére létrehozott emlékhely őrzi, amely ma az egykori Szent Mária templom helyén áll. Miközben Japánban dúltak a keresztényüldözések, politikai belharcok sem kímélték az országot. A

¹⁴ FODSTED Ibid. 2002. 1015., SCHOTT 1993:15.

¹⁵ FODSTED Ibid. 2002. 1018.

¹⁶ FODSTED Ibid. 2002. 1019.

¹⁷ FODSTED Ibid. 2002. 1019.

Muromacsi-kor (14–16. sz.) vége felé elhatalmasodott létbizonytalanság mellett helyenként természeti katasztrófákkal is meg kellett küzdenie a lakosságnak. Nem csoda, hogy egyre több felkelés történt ekkor már az országban. Lassan a buddhista kolostorok is, kevés kivétellel ugyan, de elvesztették vagyonukat és földterületeiket, ebből kifolyólag a gyógyító és gondozó tevékenységük is háttérbe került.¹⁸

Ugyanakkor ebben az időszakban egyes orvosi szakterületek önállósodására találhatunk példákat. Talán a legismertebbek közé tartozik a szemgyógyászat. Japán legkorábbi szemgyógyászatra specializálódott orvosa egy Madzsima Szeigan nevű szerzetes volt a 14. századból, akinek a tanítványai aztán továbbadták generációról-generációra a tudást. Ez az orvosi iskola mind a mai napig létezik, így talán nem is kérdés, hogy miért számít a japán szemgyógyászat történetén belül az egyik legmeghatározóbb irányzatnak. Hasonlóképpen önálló szakággá fejlődött a szülészet is, ugyanakkor az ápolás és a gondozás ezen a területen maradt fenn a leginkább, mégpedig a szülésznők és bábák személyében. Továbbá, JUFUNE [et al 2001:67] megemlíti, hogy ekkor a hivatás-szerűen (valamilyen fizetés fejében) ápolást végzők is már kezdtek megjelenni.

Láthatjuk tehát, hogy az európaiak megjelenésével egy új megközelítés jellemezte egyrészt az orvoslást, másrészt az ápolást. A kórházak megjelenése komoly fejlődést indított el abba az irányba, hogy az ápolás és a gondozás intézményes keretek közt fejlődhessen, csakhogy a történelem vihara elsöpörte ezt a folyamatot, amely eleinte stagnált, majd aztán a kórházak elpusztításával teljesen meg is szűnt egy kis időre. A 16. század végére a buddhizmus meggyengülésével ez a helyzet tovább romlott, hiszen a kolostorok által fenntartott gyógyító intézmények majdnem teljesen eltűntek. Emiatt ezt a periódust Jufune, Szadaoka és Nisimura az ápolás sötét korszakának nevezi.¹⁹

II.3. Az ápolás és gondozás újraéléde

Az Edo-korban (17–19. sz.) aztán a társadalmi rendszer filozófiai háttérben álló neokonfucianus tanítás elterjedésének hatására előtérbe került több olyan diszciplína, amely közvetlen kapcsolatban állt a hétköznapi ember mindennapi életével. Ezen felül rendkívül lényegessé vált a társadalmi rend biztosítása egészen a családok szintjéig bezárólag. Ezért a tanítások olyan témákat érintettek, mint például a gyermeknevelés és oktatás, a nők helyzete (feladataik, valamint helyük a családban és a társadalomban), a családi

¹⁸ JUFUNE Ibid. 2001. 67.

¹⁹ JUFUNE Ibid. 2001. 67.

háztartások gazdasági helyzete (ezen belül a takarékoskodás kérdésköre), az egészségmegőrzés, valamint az idősgondozás. Utóbbira nagyszerű példák egyike Kaibara Ekiken *Jódzsókun* című írásának nyolcadik, vagyis az idősek gondozásáról szóló fejezete, valamint Kacuki Gjúzan gyermek- és idősgondozással kapcsolatos írásai. Így már nem meglepő, hogy Japán legelső komplex ápolással foglalkozó írása miért éppen az Edo-korban, 1832-ben látta meg a napvilágot *Bjóka Szucsí*²⁰ („Legfontosabb tudnivalók az otthon lévő betegek esetére”) címmel Hirano Genrjó (1790–1867) által. A nyolckötetes átfogó ápolási szakkönyvsorozat rengetegféle témával foglalkozik, például az egészségmegőrzéstől kezdve, a táplálkozással, a különféle betegségekkel, a betegápolással, a gyermekek megfelelő gondozásával, az állapotos kismamák egészségével, valamint a szüléssel és a szülés utáni fontos teendőkkel stb. kapcsolatban. Egyébként az Edo-kor a szülészet továbbra is különálló szakágként működött, elsősorban feltételezhetően maga a szakterület sajátossága miatt, valamint a bábák jelenlétének köszönhetően, akiket a köznép, azon belül is magától értetődően a női páciensek, sokkal jobban elfogadtak, mint az orvosokat. Elképzelhetően jóval nagyobb tapasztalattal és ismeretanyaggal is rendelkeztek, valamint a köznéphez is jóval közelebb álltak a gondozói tevékenységeik miatt, mint a korabeli orvosok.²¹

Az Edo-kor vége felé a nyugati orvoslás előre lendülése következtében több olyan jellegű intézmény jött létre, ahol a köznép orvosi kezelésben részesülhetett, valamint ahol már az oktatással is foglalkoztak.²²

III. Az ápolás és gondozás a modernizáció korában

A Meidzsi-kormányzat 1874. augusztus 18-án kihirdette azokat a rendelkezéseket, amelyeket nyugati orvosi rendszer mintájára az orvosi és higiénés ügyekkel kapcsolatosan dolgoztak ki, ezek ugyan széleskörű intézkedéseket tartalmaztak az orvosi oktatás, szolgáltatási rendszerrel kapcsolatban, viszont a szülészeten kívül más ápolási és gondozási területekre nem terjedtek ki.²³ 1885-ben Takaki Kanehiro²⁴ (1849–1920) létrehozott egy ápolási oktatói központot a néhány évvel korábban szintén általa alapított

²⁰ Elérhető: https://www.wul.waseda.ac.jp/kotenseki/html/ya09/ya09_00025/index.html [2020.10.20.]

²¹ JUFUNE Ibid. 2001. 67.

²² JUFUNE Ibid. 2001. 67.

²³ JUFUNE Ibid. 2001. 68.

²⁴ A japán haditengerészetnél volt hivatalnok és orvos. A beriberi okát tanulmányozta, ezen belül sikerült összefüggéseket találnia bizonyos tápanyagok hiánya és a betegség megjelenése között. Lásd bővebben SZUGIJAMA-SZEITA 2013.

tokiói Dzsikei Orvosi egyetemen belül.²⁵ A rá következő évben a kiotói Dósisa egyetemen is létrejött a Kiotói Nővériskola Niudzima Dzsó²⁶ (1843–1890) japán pedagógus által, ahová meghívták Linda Richards²⁷ amerikai ápolónőt is. Mivel ekkor még nem volt egységes az oktatás tartalma, a képzési időtartam az egyes iskolákban, ezért érthető módon az ott végzettek között jelentős eltérések voltak a tapasztalat és a tudás terén. Ennek orvosolására végül a kormányzat 1915-ben hozott egy olyan rendelkezést *Szabályok az ápolókra vonatkozóan* (japánul „Kanbjófukiszoku”) néven, amely többek között meghatározta a jelentkezők minimális életkorát (18 év felett), valamint, hogy melyik intézmény, illetve hivatalos szerv adhat ki engedélyt, továbbá, hogy az engedély megszerzéséhez egy évnél hosszabb idejű szakmai gyakorlat elvégzése is szükséges stb.²⁸

Jufune szerint annak dacára, hogy ilyen nagy mértékű átalakuláson (intézményesítésen), illetve fejlődésen ment át a gondozás és ápolás folyamata, sajnos ennek korszaknak az egyik legsúlyosabb problémái közé tartozott még a korai csecsemőhalandóság, valamint a nők nagyon rossz egészségi állapota, amellyel valahogy meg kellett birkóznia az akkori kormányzatnak. Közismerten a két világháború között, valamint a háborúk idején sem lehetett jobb a helyzet. A háborúk alatt érhető módon az ápolókra a frontvonalban, a katonák mellett volt szükség. Az ápolók képzésének szakmai fejlesztésére, a munkavégzésre vonatkozó egyéb szabályozások bevezetésére a második világháború után került sor.²⁹

CUNODA [1997:104] három meghatározó időszakot említ a második világháború után, amikor különösen nagy mértékű ápolóhiány volt az országban. Az első nővérhiányt a második világháború befejezése után közvetlenül a munkaerő iránti igény hirtelen megnövekedése okozta az orvosi ellátás szintjének javítását célzó orvosi létesítmények fejlesztése miatt. Cunoda által említett második komoly munkaerőhiány a szférában akkor jelentkezett, amikor az 1958-ban kiadott „Ápolói norma” alapján (amely a strukturális felépítést és a kirendelés folyamatát is szabályozta) megszták az ápolók létszámát a jobb fekvőbetegellátás érdekében. A harmadik nővérhiány akkor vált problematikusá, amikor 1985-ben felülvizsgálták az akkori orvosi törvényt, amelynek hatására megnövelték az ágyszámot, ami így

²⁵ Lásd bővebben: <https://kotobank.jp/word/高木兼喜-92525> [2020.10.21.]

²⁶ Lásd bővebben: <https://kotobank.jp/word/新島襄-17324> [2020.12.12.]

²⁷ Amiatt fontos megemlíteni a nevét, mert közismerten ő az egyike azoknak, akik intézményes keretek között elsőként szereztek meg az ápolói képesítéstiket az Egyesült Államokban.

²⁸ JUFUNE et al. 2001. 68.

²⁹ JUFUNE et al. 2001. 68.

értelemszerűen emelte a szükséges létszámot ezzel fokozva a munkaerő iránti igényt is.³⁰ Noha Cunoda tanulmánya 1997-ben csak erről a három hiányról értekezik, fontosnak tartom kiegészíteni az öregedő társadalom által előidézett újabb és jelentős mértékű munkaerőhiány tényével, amely már a 2000-es évek óta jelen van, valamint a mostani COVID-19 járvány óta folyamatosan súlyosbodik. Úgy gondolom, hogy most talán még nagyobb szüksége van az emberiségnek azokra, akik az ápolást és gondozást nap mint nap fáradhatatlanul és önzetlenül végzik.

IV. Záró gondolatok

Kicsit visszatérve a 2000-es évekre, megítélésem szerint jelentős nagyságú paradigmaváltás történt, amely a teljes munkatörvényt is átírta, és mindenképpen egy új irányt határozott meg az ápolás és gondozás területén. Az idősök gondozása napjainkban Japánban óriási probléma, amelynek megoldásával az aktuális vezetés folyamatos küzdelmet folytat. A 2000-es években, amikor középiskolai, majd egyetemi tanulmányaim során több ízben is jártam a szigetországban, először egy nagyon szigorú szabállyal szembesültem, amely a külföldiek szembeni munkavállalást érintette, aztán a 2010-es évek után már ez a munkavállalási szabályzás 180 fokal fordulatot vett. Ez azt jelenti, hogy egyre több a külföldiek munkavállalását támogató és a nyelvi korlátok áthidalását segítő törekvés látott napvilágot annak érdekében, hogy az ápolási és gondozási szférában képződött komoly mértékű munkaerőhiányt többek között külföldi munkaerővel lehessen orvosolni. Ezen felül több olyan modern eszköz, illetve megoldás fejlesztésén is dolgoznak, amelyek potenciális lehetőséget (például a mesterséges intelligencia által irányított rendszerek, vagy applikációk stb.) nyújtanak azok számára majd a jövőben, akik segítségre, illetve támogatásra szorulnak.

Úgy vélem, napjainkban szintén meghatározó paradigmaváltást követhetünk nyomon, amely az ápolás és a gondozási terület eddigi megítélésének jelentősebb átértékelését eredményezheti majd a jövőben, és amelynek eredményeképpen méltó megbecsülésnek örvendhetnek azok, akik ennek a hivatásnak szentelték életüket.

Paradigm shifts in the history of nursing in Japan — in the past and the present

These thoughts were born right during the tremendous changes caused by COVID-19, when the future is still quite unknown to us. I try to follow constantly the current daily events both in Hungary and Japan. Elder generations suffer from this isolation caused by this epidemic situation.

³⁰ CUNODA 1997. 104.

According to our current knowledge they are still in the greatest and vulnerable danger, therefore they need more comprehensive care than ever before. They must live from their families further away, and deal with these circumstances very often alone, thus no doubt the support, or care is more important than ever. In addition, ongoing care and support of people – who suffer from illnesses currently – are even more tasks on health-care workers. These facts may presumably be even more typical in Japan, which is one of the most aging societies in the world, there is why I thought I would delve deeper into the subject of nursing and care.

The history of nursing and care in Japan, such as medicine, can be traced back to relatively early times, but to the best of my knowledge, it has less documentation than history of medicine. It became independent from the medical studies only much later in modern times. It is important to focus on results of previous researchers, references on this subject and main medical and scientific knowledge on the subject to clarify possible causes, historical events, and their effects (such as emergence of Buddhism, Christianity, appearance of Europeans, rearrangement of the Early Modern society, modernization from the 19th century, etc.), that caused changes social approaches and paradigm-shift on the field of care and nursing and the social judgement of health-care workers. I consider that nowadays a kind of paradigm-shift happens which results more serious reassessment of the care in the future. In this paper I introduce the main past events on history of care in Japan and look at the current situation.

Keywords: Japan, nursing and care, religion, aging, epidemic, health care

Irodalom

CUNODA J. (1997): Nihon ni okeru Kangofu szeiszaku no rekisiteki tenkai – keizai kara no hjóka no kokoromi. In: *Irjó to Sakai. No. 6. Vol. 4.* Irjó Kagaku Kenkjúdzso, Tokyo, 86–106.

CSENDOM, A. (2016): A japán buraku társadalmi réteg kialakulása és gyökerei: A kegere félelem. In: „*Közel, s Távol*” IV.: *Az Eötvös Collegium Orientalisztika Műhely éves konferenciájának előadásából, 2014.* Eötvös Kollégium, Budapest, 403–434.

FODSTAD, H. – HARIZET, M.I. – HIRABAJASI, H. – ONYE, CS.: Barbarian medicine in feudal Japan, In: *Neurosurgery.* Oct.;51 (4) 2002. 1015–24.

JUFUNE, Sz. – SZADAOKA, M. – NISIMURA, M. (2001): Nihon ni okeru kango no henszen, In: *The bulletin of Niimi College. Vol. 22.* Okayama, Niimi University, 65–71.

MASZAMUNE, A. (1930): *Nihonsoki Genbun II. Nihon Koten Zensú Vol. 3. No. 17.* Tokyo, Nihon Koten Zensú Kankó kai, 307–328.

NAKAJA, S. (2012): *Minsúkjúszai to Bukkjó no rekisi.* Vol. 2. Tokyo, Ikuhósa.

SCHOTT, H. (1993): *A medicina krónikája.* Budapest, Officina Nova.

SINMURA, T. (2006): *Nihon Irjósi.* Tokyo, Josikava Kó buncan.

SZUGIJAMA, J., SZEITA A.: Kanehiro Takaki and the control of beriberi in the Japanese Navy. In: *Journal of the Royal Society of Medicine.* 106(8). 2013. 332–334.

Internetes forrás:

<https://kotobank.jp/word/鑑真-48974> [2020.10.14.]

<https://kotobank.jp/word/医疾令-30581> [2020.10.14.]

<https://kotobank.jp/word/叡尊-35938> [2020.12.12.]

<https://kotobank.jp/word/忍性-110845> [2020.10.09.]

<https://kotobank.jp/word/北山十八間戸-50979> [2020.12.12.]

https://www.wul.waseda.ac.jp/kotenseki/html/ya09/ya09_00025/index.html
[2020.10.20.]

<https://kotobank.jp/word/高木兼寛-92525> [2020.10.21.]

<https://kotobank.jp/word/新島襄-17324> [2020.12.12.]