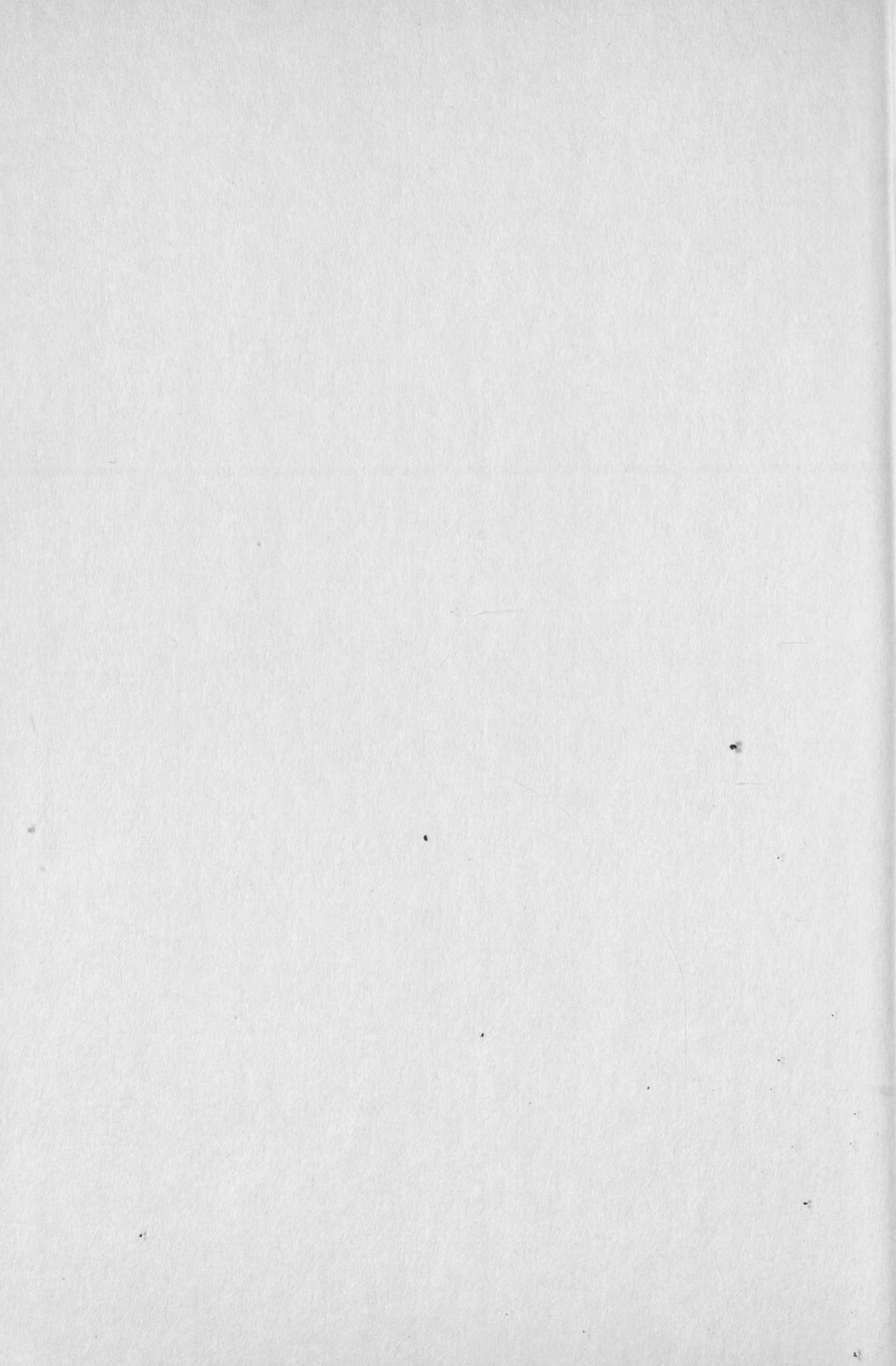


CIVILIZÁCIÓ ÉS EGÉSZSÉG

MAGYARORSZÁG AZ EZREDFORDULÓN
ÉLETMINŐSÉG





Civilizáció és egészség

Civilizáció és egészség

Bácsy Erőss és Mikola István

1999

Budapest, 2000
Művelődési és Sportminisztérium

Magyarország az ezredfordulón
Stratégiai tanulmányok a Magyar Tudományos Akadémián
II. Az életminőség tényezői Magyarországon

Sorozatszerkesztő
Glatz Ferenc

Programvezető
Vizi E. Szilveszter

Olvasószerkesztő
Balogh Margit

Magyarország az ezredfordulón
Stratégiai tanulmányok a Magyar Tudományos Akadémián
II. Az életminőség tényezői Magyarországon

Civilizáció és egészség

Szerkesztette

Bácsy Ernő és Mikola István

Budapest 2004

MTA Társadalomkutató Központ

© Bácsy Ernő, Benyhe István, Berkes István, Dunay György, Forgács Iván,
Fürst Zsuzsanna, Kodolányi Gyula, Kopp Mária, Kosztolányi Dezső, Mikola István,
Mucha Márkné, Naszlady Attila, Oberfrank Ferenc, Pikó Bettina, Sótonyi Péter,
Surján László, Vizi E. Szilveszter

ISBN 963 508 430 7

ISSN 1418-6292

Kiadja az MTA Társadalomkutató Központ

Kiadásért felel: Glatz Ferenc, a Nemzeti Stratégiai Kutatási Program elnöke
A borítót Tassy Klára *Forgósél* című falikárpitjának felhasználásával készítette:

Abinéri Gábor

Kézirat-előkészítés: Gemini 42. Bt., Budapest

Szedés, tördelés: AbiPrint Bt., Budapest

Nyomdai munkálatok: Marosi-Print Kft.

Felelős vezető: Marosi Attila ügyvezető igazgató

Megjelent 28,24 A/5 ív terjedelemben, 1300 példányban

Tartalom

VIZI E. Szilveszter: Előszó helyett: néhány szó az egészségügyi ellátásról	9
MIKOLA István: Az egészség mint a jóléti társadalom alapköve	13
A lakosság egészségi állapota 13 • A lakosság egészségi állapotának javítására irányuló programok 15 • Nemzeti célok 16 • A célok elérését szolgáló programok 17	
SURJÁN László: Család és egészség	39
Bevezetés 39 • Fogalommeghatározások 40 • A magyarországi népesség egészségi állapota 41 • A családi állapot lényegesen befolyásolja egészségünket, életkilátásunkat 45 • A család a modern világban 50 • A családok helyzete és a gyermekek vállalása 56 • A baj oka 59 • A társadalom kettészakadása anómiához vezet 61 • A lehetséges kitörési pontok 62 • Javaslatok a családok helyzetének, a népesség egészségének javítására 67	
KODOLÁNYI Gyula: Mentalitás és egészség – gondolatok egy interjúsorozat olvastán	69
FORGÁCS Iván: A változások hatása az egészségre	85
A prevenció 86 • A gazdasági, társadalmi változások hatása 87 • Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők 88 • A huszonegyedik század 91 • Az Európai Unió és tagjelöltjei 92 • Összefoglalás 96	
NASZLADY Attila: Az információs társadalom meglévő és várható népegészségügyi hatásai	99
BÁCSY Ernő: A rádió, a televízió és a 21. századi civilizáció	127
KOPP Mária – PIKÓ Bettina: A kultúra és az életminőség kapcsolata	139
A kultúrától az életminőségig 139 • Az életminőség mint kihívás a 20. századi kultúrában 140 • Az életminőség fogalma 141 •	

Az egészség meghatározása és az egészségi állapot dimenzionalitása 143 • Az egészségi állapottal összefüggő életminőség mérése 143 • Az életminőség a modern kultúra tükrében 147 • A kulturális többszínűség hatása az életminőségre 150 • A kultúra és az életminőség spirituális dimenziója 151 • Az egészséggel összefüggő életminőség néhány jellemzője a magyar népesség körében 154	
BENYHE István: Egészségkultúra a közoktatásban és nevelésben	159
Társadalom és kultúra 159 • A kultúra állapota a társadalom egészsége 160 • Az egészség a nemzet állapotát jelző indikátor 161 • Az egészség és a humángazdaság a társadalom felelőssége 162 • Az egészségfejlesztés új útjai 164 • Két út: képzett és képzetlen világ a fejlett gazdaságban 165 • Az egészségnevelés osztálytársadalmi feladat 166 • A megelőzés társadalmi alapjai 167 • Az iskola lehetőségei 168 • Társadalmi összefogást! 170	
BERKES István: Mozgás és egészség	173
Mozgunk-e eleget? 174 • A mozgáshiány civilizációs jelenség 176 • Hogyan hat a szervezetre a fizikai aktivitás? 177 • Az állam is jól jár 180 • Hogyan sportoljunk? 181 • Hogyan tovább? 182 • Összefoglalás 184	
SÓTONYI Péter – DUNAY György: Halálos kimenetelű közúti közlekedési balesetek gyermek- és időskorban	187
Baleseti statisztikai adatok elemzése 190 • Időskorúak baleseti halálozása 205 • Gyermek- és serdülőkori baleseti halálozás 207 • Következtetések a hatékonyabb megelőzés érdekében 209 • Összefoglalás 212	
FÜRST Zsuzsanna: Függőségi állapotok	215
A kábítószer-addikció fogalomköre 217 • A kábítószer hatása az emberi szervezetre 221 • Az addikció tudományos, neurobiológiai magyarázata 232 • Drog és társadalom 235 • Függőségi állapotok. A hazai helyzet 238 • A kábítószer-addikció terápiája 241 • Pszichoterápia, rehabilitáció, a civil szervezetek szerepe a drogfüggők kezelésében 247 • Összefoglalás 249 • Cselekvési lehetőségek, perspektívák 250	

MUCHA Márkné: Az ápolás szerepe, tudománya, gyakorlata, intézményrendszere az öregedő társadalomban	253
„Őszül a világ” 254 • Napjaink helyzete 255 • A jövő dilemmái 255 • Az ápolói hivatás 257 • Az ápolás tudománya 257 • Új trendek 258 • Az ápolás szerepe 260 • Az ápolás gyakorlata 263 • Az ápo- lás intézményrendszere 265 • Összefoglalás 271	

OBERFRANK Ferenc: A 21. század orvoslásának etikai kihívásai az orvosbiológiai kutatás és technika fejlődésének tükrében	273
Bevezetés 273 • A tudomány, a technika, az orvoslás szerepéről és viszonyáról 275 • Technikáink holisztikus szemléletű értékelése 285 • Az emberi jogok eszméje és a tudományos-technikai fejlő- dés 294 • Az orvoslás törekvései és lehetőségei egy öregedő társa- dalomban 304 • Epilógus 309	

KOSZTOLÁNYI Dezső: Levél a könyvről (részlet)	311
---	-----

About this volume – Summary	313
-----------------------------	-----

A kötet szerzői	315
-----------------	-----

Joggal merül fel tehát kérdés: vajon megéri-e a szolidaritás elvén működő bismarcki egészségbiztosítási rendszer, szükség van-e alapelveinek felülvizsgálatára, revíziójára?

Magyarországon ezek a kérdések még kifejezetten fontosnak hi-
szén hazánk lakossága Európa egyik legterheltebb egészségügyi állapotú popu-
lációja, amely demográfiai problémákkal van tele, amelyek egyre nagyobbak
lesznek, így nem csupán az ország öregedésével, hanem a népesség lét-
számának csökkenésével is számolniuk kell. Súlyos helyzetet teremti, hogy a
nemzeti védelemmel megvárható részaránya az önkénteskedésen belül egyre
kisebbségre csökken, és ez a nyugdíjrendszer elvárható jövőjének lehetőségét, de még
fenntarthatóságát is megkérdőjeleli.

Előszó helyett: néhány szó az egészségügyi ellátásról

Európában valamennyi egészségügyi ellátási rendszer komoly pénzügyi nehézségekkel küszködik. A lakosság átlagéletkorát figyelembe véve Európa egyre öregszik, miközben az orvostudomány fejlődése, az egészségügyi technológia gyors fejlődése, a diagnosztikához szükséges műszerigényesség (CT, NMR, PET stb.) növekedése mind nehezebbé teszi a gyógyítás finanszírozását. Ehhez járul további költségnövelő tényezőként a gyógyszeripar hatékonyabb, de lényegesen drágább termékeinek forgalomba hozatala, az agresszív marketingmódszerek elterjedése és a lakosság körében joggal megjelenő igényesség a jobb, a minőségi ellátás iránt.

Nem véletlen, hogy 2003 novemberében az Egyesült Államok Kongresszusa elfogadta a nyugdíjasok és az eltartásra jogosultak állami betegbiztosításának, a Medicare-nek a reformját, amely az anyagilag egyre inkább ellehetetlenülő ellátásnak szándékozik segítséget nyújtani és csökkenteni a betegekre háruló terheket. Norvégiában a kórházak fenntartását a tartományoktól az állam vette át, remélve, hogy a fenntartási költségek így csökkenni fognak. Németországban Ulla Schmidt miniszter asszony a gyógyszerek árát maximalizálta, amelyet az Európai Bíróság is jóváhagyott.¹ Ausztriában 2003-ban is deficitet zártak a betegpénztárak.

Joggal merül fel tehát kérdés: végnapjait éli a szolidaritás elvén működő bismarcki egészségbiztosítási rendszer, szükség van-e alapelveinek felülvizsgálatára, revíziójára?

Magyarországon ezek a feszültségek még kiélezettebben jelentkeznek, hiszen hazánk lakossága Európa egyik legrosszabb egészségügyi állapotú populációja. Komoly demográfiai problémáink vannak, amelyek egyre nagyobbak lesznek, így nem csupán az ország előregedésével, hanem a népesség létszámának csökkenésével is számolnunk kell. Súlyos helyzetet teremtettem, hogy a nemzeti jövedelmet megtermelőik részaránya az összlakosságon belül egyre kisebb, és ez a nyugdíjrendszer elvárható javításának lehetőségét, de még fenntarthatóságát is megkérdőjelezi.

¹ Pharmazeutische Zeitung, (21): 2004. 40. p.

Mindezek alapján elengedhetetlenül szükség van a nemzeti konszenzusra abban, hogy miként akarjuk a közeli és távoli jövőre kialakítani a magyar egészségügyi ellátást.

Az Európai Unióba most belépett országokban az egy főre jutó egészségügyi kiadások az 1990-es évek végén az akkori tagállamokéinak hozzávetőlegesen egyharmadát érték el. Ez azt jelenti, hogy az EU 15-ök és a 10 frissen belépett ország között a távolság az egészségügyi kiadásokat illetően még nagyobb, mint az egy főre jutó GDP tekintetében. Ez azt jelenti, hogy az összes egészségügyi kiadások a GDP százalékában a legtöbb belépő országban, így Magyarországon is, még alacsonyabbak, mint az EU-államok hasonló értékei. Amíg az EU 15-ben 2778 USD, Magyarországon 911 USD jutott egy lakos egészségügyi ellátására 2001-ben.²

A magyar egészségügyi ellátás még mindig olyan színvonalon van, amely nem egyszer kiváltja a külföld elismerését is. Ez elsősorban a kiválóan képzett magyar orvostársadalomnak köszönhető. Ez a szakembergárda azonban elfogadhatatlan mértékben alulfizetett, s ez a kettősség jellemző az egészségügyi ellátásban részt vevő ápolószemélyzetre és más résztvevőkre is.

Az egészségügyi kormányzatnak és a szféra valamennyi szereplőjének tudomásul kell vennie, hogy a magyar egészségügyi ellátás kérdését nem lehet politikai szempontok alapján tárgyalni, sőt, ki kell mondani, nem lehet négyéves választási ciklusok érdekeinek alárendelve csak palliatív (csupán a tüneteket enyhítő és nem a baj megszüntetésére irányuló) „kezelésben” részesíteni.

Tudomásul kell venni, és ki kell mondani: a magyar egészségügyi ellátás alulfinanszírozott. Ki kell mondani, hogy a jelenlegi finanszírozás mellett többet nyújt, mint ami közgazdaságilag lehetséges lenne. Ki kell mondani, hogy az amortizáció költségvetési kezelésének évtizedes elmaradása kórházainkat többé-kevésbé dekompenzálttá tette, hogy az ellátási rendszer érdemi belső tartalékai kimerültek, hogy az alapellátás mellett a progresszív ellátást is meg kell oldani, hogy a jelenlegi járulékbefizetés mértéke és struktúrája nem alkalmas a rendszer működtetésére, hogy hiányzik az érdekeltségi mechanizmus. Viszont egészségügyi rendszerünk reformjánál azt is figyelembe kell vennünk, hogy többé már nem csupán nemzeti keretek között megoldható újratervezésről van szó.

A magyar egészségügyi ellátás „közgazdaságilag” olyan kereskedéshez hasonlít, ahol a vevő (a beteg) a legjobb, legdrágább ellátást igényli, az eladó (az orvos) – már csak orvosi eszkijének megfelelően is – a legjobb ellátást szeretné adni, (a beteg „hálája” miatt is egyébként ebben érdekelt), az árut, a terméket beszállítók, a gyógyszergyárak, műszergyárak stb. is abban érdekeltek, hogy mindenben a legjobbat, a legdrágábbat, a legutolsó fejlesztést tudják az ellátás rendelkezésére bocsátani.

2 Health System adatok, 2004.

Az egészség mint a jóléti társadalom alapköve

Mindannyiunknak van egy álma: egészségesen, testi és szellemi erőnk teljében minél hosszabb, sikeres életet éljünk le szeretteink, barátaink körében. Legyünk megbecsültek, érezzük, hogy szükség van ránk, és munkánkban, családi életünkben legyünk hasznosak és boldogok.

Hányan és hányan indultak el így az életbe csak az elmúlt évtizedekben, hogy aztán megkeseredve lássák be, álmaik sosem teljesültek. Idő előtt félbehagyott életek, sokszor és egyre többen fiatal, középkorú, akár erejük teljében örökre eltávozott emberek hagynak szinte sohasem gyógyuló, fájdalmas sebeket a családokban, a társadalomban, a gazdaságban. Rokonaink, ismerőseink hiányoznak, kiknek tudására, tapasztalatára személyes életünkben, de az ország jövőjének építése érdekében is még nagyon sokáig szükségünk lenne, hiszen minden tervünkben számítottunk jelenlétükre.

Valamennyiünk felelőssége, hogy ezen a helyzeten változtassunk. A feladat nem egyszerű, de nem is lehetetlen. Mások is voltak már a közelmúltban hasonló helyzetben Európában, és reálisan elérhető célok megfogalmazásával, ehhez rendelt jó programokkal, nemzeti összefogás keretében imponáló eredményeket értek el.

A sikerhez azonban nem csak jó programok kellenek. Kell olyan összefogás is, ami történelmünk során nehéz helyzetekben néhányszor már segített rajtunk. Most is történelmi helyzetben élünk.

A lakosság egészségi állapota

Több mint három évtizede folyamatosan romlik a hazai lakosság egészségi állapota. 2001-ben a születéskor várható átlagos élettartam férfiak esetében 68,2 év, nőknél 76,5 év volt, messze elmaradva az Európai Unió átlagától, de alacsonyabb a környező kelet-közép-európai országok idevonatkozó adatainál is. Különösen magas – világviszonylatban is – a középkorú férfi lakosság halandósága. Annak ellenére, hogy az utóbbi években enyhe javulás jelei mutatkoznak, abban egyöntetű a vélemény, hogy az egész társadalmat érintő, összehangolt beavatkozás nélkül ez a nagyon lassan javuló trend nem vezet érdemi áttöréshez.

A 65 évnél fiatalabb korban bekövetkezett (ún. korai) halálozásban (hasonlóan az összhálalozáshoz) a halálozási okok között vezetnek a keringési rendszer betegségei, közülük is a szívkoszorúér-betegségek (jószerint szívinfarktus) és az agyérbetegségek (az agyvérzés és egyéb agyi katasztrófák), döntően magasvérnyomás-eredettel. A magyar lakosság körében a szívkoszorúér-betegségek miatti korai halálozás mintegy háromszorosa, az agyérbetegségek miatti halálozás pedig közel négyszerese az EU-átlagnak. A rosszindulatú daganatok okozta korai halálozás is messze meghaladja az európai átlagot hazánkban (1,8-szerese annak). Különösen kiugró a férfiaknál a tüdőrák, a nőknél a méhnyakrák miatt bekövetkezett halálozás: a tüdőrák okozta halálozás 2,5-szer, a méhnyakrák okozta korai halálozás pedig 3,5-szer magasabb az EU-átlagnál. Ugyanakkor mindkét nemben emelkedik a vastagbél és a végbél rosszindulatú daganatai miatti korai halálozás. Különleges gondot jelent, hogy az elmúlt 30 évben hét-nyolcszorosára emelkedett a – jórészt alkoholos eredetű – krónikus májbetegségek és májzsugor okozta korai halálozás, ami az 1990-es évek közepén mintegy hétszerese (!) volt az Európai Közösség országai átlagának. Az erőszakos halálozásnak a felére kellene csökkennie hazánkban ahhoz, hogy megfeleljen az EU-átlagnak. Az öngyilkosságok miatti korai halálozás is – noha folyamatosan csökkent az utóbbi évtizedben – még ma is több mint kétszerese az európai népesség körében észlelhető átlagos szintnek.

Az okok hátterében éppúgy fellelhető az egészségtelen életmód, a hiányos egészségkultúra és a környezetszennyezés, mint az ország gazdasági fejlettségének, teljesítőképességének hiányosságai, a társadalmon belüli egyenlőtlenségek, valamint az egészségügyi ellátás kifogásolható színvonala. Nagyon sokan és sokat dohányoznak, egészségtelenül táplálkoznak, keveset mozognak, mértéktelenül fogyasztanak alkoholt, önpusztító életmódot folytatnak, nem törődnek egészségükkel, nem veszik igénybe a szűrővizsgálatokat, de az egészségügyi ellátás más formáit sem. Az életmód lehetőségeit eleve differenciálják a társadalmi egyenlőtlenségek – a legszegényebb és a leggazdagabb rétegek egymástól való távolságának mértéke –, elsősorban az iskolázottsági, a foglalkozási és a jövedelmi viszonyokon keresztül. A társadalom egyes leszakadt csoportjaiban, a rendszerváltozás vesztesei között halmozottan fordulnak elő egészségi problémák. Fellazultak a tradicionális családi kapcsolatok, és megszakadtak az évszázados, generációs kötődések. A falun élők általában betegbek, mint a városi lakosok.

A lakosság egészségi állapotának javítására korábban is történtek kezdeményezések. Így az 1994-ben készült népegészségügyi célprogramot egyenesen kormányhatározat formájában hirdették ki. Megvalósítása azonban elmaradt.

A lakosság egészségi állapotának javítására irányuló programok

A modern egészségfejlesztési/népegészségügyi programok ma az alábbi alapelvekre épülnek:

- Az egyén egészségét döntően környezete és életmódja határozza meg.
- Az egészségi állapot meghatározó tényezői között komplex kapcsolatrendszer áll fenn, amelyben a meghatározó tényezők többnyire nem betegség-specifikusak, azaz több megbetegedés kialakulására is hatással vannak.
- Az egyén életmódját (amely egészségi állapotát döntő mértékben meghatározza) hatékonyan közvetlen környezete (családi, munkahelyi, szabadidős stb.) képes befolyásolni, mivel az egyén természetes igénye a közösségbe tartozás és a közösség elvárásainak való megfelelés.
- A lakosság egészségének fejlesztése összetársadalmi összefogást, inter-szektorális együttműködést és felelősségvállalást igényel, ugyanakkor partnerséget is a társadalmi élet szereplői (az állam, az önkormányzatok és a helyi közösségek) között.

Általánosságban:

- Az egyes egészségfejlesztési intervenciók tervezése során azoknak van létjogosultságuk, amelyek hatásosságára bizonyítékok állnak rendelkezésre.
- Az egészségfejlesztésre fordítható keret korlátozott volta elengedhetelenné teszi az intervenciók tervezésekor a költséghatékonysági elemzések adatainak figyelembevételét.

Feltétlenül hangsúlyoznunk kell, hogy a nemzetközi szakirodalomban hatékonyak talált intervenciók alkalmazásakor a hazai viszonyokat kell alapul venni. Bár magyarországi költséghatékonysági vizsgálatok alig állnak rendelkezésünkre, mégis végig kell vinnünk egy legalább középtávú, a népegészségügyi helyzetet javító programot. Ennek folyamán a programmal párhuzamosan kell felépíteni a hatékonysági és költséghatékonysági vizsgálat hátterét.

A jelenleg megvalósítás alatt álló, tíz évre tervezett *Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program*, illetve *Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja* épít a korábbi átfogó népegészségügyi stratégiákra, egy-egy terület nemzeti programjaira, stratégiáira (Nemzeti Rákkontroll Program, Nemzeti Stroke Program, Nemzeti Környezet-egészségügyi Program, Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására, Technológiai Előretekin-tési Program stb.) és azok eredményeire. A program illeszkedik az Egészség-ügyi Világszervezet politikájához és olyan cselekvési terveket tartalmaz, amelyek teljesítése elengedhetetlen az európai uniós csatlakozásunkhoz.

Hangsúlyozni kell, hogy az egészséges életmód feltételeinek megteremtése, a betegségek megelőzése össznemzeti feladat.

Nemzeti célok

1. El kell érni, hogy a lakosság meghatározó többsége számára az egyik legfőbb emberi érték az egészség legyen, s az egészsége megőrzéséért kész is legyen tenni. A döntéshozók mind a jogalkotásban, mind a költségvetésben kitüntető jelentőséget tulajdonítsanak a lakosság egészsége javításának.
2. A felnövekvő generáció számára biztosítani kell az egészséges fejlődés feltételeit a fogantatástól a felnőttkorig.
3. Az egészségben eltöltött életevek számát mind a férfiaknál, mind a nőknél ki kell terjeszteni.
4. A születéskor várható átlagos élettartamot férfiaknál legalább 70, nőknél legalább 78 esztendőre kell meghosszabbítani.
5. A társadalmi egyenlőtlenségeket, a születéskor várható élettartamban mutatkozó különbségeket csökkenteni kell.

Alapvető feladatok:

1. Az egészséges életre nevelés, az oktatás és tudatformálás erősítése.
2. A célzott lakossági szűrővizsgálatok bevezetésével a nagy népegészségügyi jelentőségű betegségek korai felismerése.
3. Az egészséges táplálkozás széles körű elterjesztése.
4. Az egészséges élethez szükséges mozgáskultúra fejlesztése.
5. A káros szenvedélyek (túlzott szeszesital-fogyasztás, dohányzás, drog-fogyasztás) elleni küzdelem.
6. Az egészséges élethez való egyenlő esély megteremtése és megtartása.
7. A járványügyi biztonság erősítése.
8. Az étel- és táplálék-biztonság feltételeinek javítása – felkészülés az új kihívásokra.
9. Az egészséget támogató környezet kialakítása, a külső okok miatti halálozás visszaszorítása.
10. Az egészségügyi ellátórendszer népegészségügyi szempontokat is figyelembe vevő fejlesztése.

A nemzeti célok csak akkor teljesülhetnek, ha felvesszük a küzdelmet azok ellen a kóros állapotok és betegségek ellen, amelyek a legtöbb ember életminőségét rontják, a fiatal generációkat leginkább veszélyeztetik és a legtöbb halálesetet okozzák. A kiemelt nemzeti feladatok végrehajtásával elérhető a lakosság egészségi állapotának javulása, hiszen azok mindegyike az egészséget befolyásoló különböző tényezőkre irányul, így a pozitív hatások erősítése, a negatív tényezők csökkentése, kiküszöbölése a megbetegedési és halálozási mutatók javulását eredményezi.

A célok elérését szolgáló programok

A célok elérését szolgáló programok között megtalálhatók az életminőség romlásában és a halálozásban legnagyobb szerepet játszó betegségek elleni specifikus akcióprogramok (szív- és érrendszeri betegségek, daganatok, mentális betegségek, mozgásszervi betegségek) és az egészséget befolyásoló tényezőkre irányuló, nem specifikus cselekvési tervek (oktatás, nevelés, táplálkozás, mozgás, dohányzás, drog- és alkoholfogyasztás). Ezek végrehajtásával az egészség fejleszthető, és a betegség, a kóros állapot kockázata csökkenthető.

1. A szívinfarktus okozta halálozás gyakoriságának csökkentése.
2. Az agyérbetegségek okozta halálozás gyakoriságának csökkentése.
3. A daganatos megbetegedések számának csökkentése.
4. A mentális betegségek megelőzése.
5. A mozgásszervi betegségek okozta egyéni és társadalmi teher csökkentése.
6. Az egészséges életkezdet és gyermekkor biztosítása.
7. A halmozottan hátrányos helyzetű lakossági csoportok egészségi egyenlőtlenségeinek kezelése.
8. Az egészséges környezet kialakítása.
9. A járványügyi biztonság fokozása.
10. Az étel- és táplálék-biztonság javítása.
11. A külső okok miatti halálozás csökkentése.
12. A lakossági szűrővizsgálatok kiterjesztése.
13. Az egészséges táplálkozás elterjesztése.
14. A dohányzás visszaszorítása.
15. Egészségfejlesztés az oktatásban és a nevelésben.
16. A mozgásgazdag életmód támogatása.
17. A szeszital- és drogfogyasztás visszaszorítása.

Noha szinte minden területen lenne javítanivaló, az erők szétforgácsolását elkerülendő, prioritások kijelölése szükséges. A prioritások a legnagyobb gondot jelentő területeket ölelik fel, és a problémák megoldására összkormányzati eszközökkel, s széles társadalmi összefogással megvalósítandó programokat jelölnek meg. Ezek a következők:

1. Az egészséges életmód „divatba hozása”, elterjedésének széles körű támogatása; ezen belül
 - a testmozgás fokozása,
 - az egészséges táplálkozás elősegítése,
 - a dohányzás és szeszital-fogyasztás csökkentése.
2. Az egészséges életkezdet, az egészséges gyermekkor biztosítása.

3. A szűrővizsgálatok kiterjesztése.
4. Az esélyegyenlőség biztosítása.
5. Az idő előtti halálozás csökkentése.

A halálozási okok között kitüntetett helyet foglalnak el a *keringési rendszer betegségei*, közöttük is kiemelten a szív koszorúereinek betegségei, elsősorban a szívinfarktus. Hatvanöt évesnél fiatalabb korban minden harmadik haláleset oka a keringési rendszer betegsége. Az önpusztító életmód – jellemzően a dohányzás, az egészségtelen táplálkozás, a mozgásszegény életvitel –, a figyelembe nem vett vagy elégtelenül, illetve rosszul kezelt magasvérnyomás-betegség és sokszor az akut ellátás hiányosságai külön-külön és együtt veszélyeztetik vagy tovább rontják mindannyiunk esélyét egy teljesebb, egészséges, alkotó életre.

Amíg a nyugat-európai országokban a táplálkozási szokásokban bekövetkezett változások, a testmozgás és a korszerű gyógyszeres kezelés hatására a keringési rendszer betegségei (szívkoszorúér-betegség, agyérrendszeri történés, perifériás érbetegség, illetve aortabetegség) okozta halálozás mértéke 1970 óta 40-50%-kal csökkent, addig Magyarországon ugyanezen idő alatt nőtt. Az ellentétes irányú változások következtében 1997-ben a keringési rendszer betegségei, és ezen belül a szívkoszorúér betegségei okozta korai (0-64 éves korban bekövetkezett) halálozás Magyarországon gyakorlatilag háromszorosa volt az európai uniós átlagnak, de még a kelet-közép-európai (KKE) országok lakosságának átlagos halálozási mutatóit is meghaladta.

Mindhárom kulcstényező – életmód, környezet és egészségügyi ellátás – hozzájárulhatott az elmúlt évtizedekben kialakult fenti tendenciákhoz. Ami az egészségügyi ellátást illeti, a szív- és érrendszeri betegségek megelőző, gyógyító és rehabilitációs ellátásának hiányosságai is jelentős szerepet játszhattak a lakosság szív- és érrendszeri egészségi állapotának romlásában, de az utóbbi években beszámolhatunk kedvező eredményekről is: 1997-től, ha kismértékben is, de évről évre csökkentek a 15-64 éves férfiak körében a szívkoszorúér betegségei és azon belül a heveny szívizominfarktus okozta halálozás. Hazánkban a jól kezelt magas vérnyomásos betegek aránya napjainkban 17-28% között van, régiótól, vizsgált populációtól függően. Ez az arány a megfelelő orvostovábbképzéssel és betegoktatással akár 90%-ra is növelhető.

Több sikertörténet létezik a szívkoszorúér-betegség prevenciója területén. Az *Észak-karéliai Program* 1972-ben indult Finnországban egy helyi petícióra történő válaszként. A program sikere összkormányzati együttműködés eredménye volt, és sürgős, hatásos segítséget nyújtott a szívkoszorúér-betegségek okozta rendkívül magas halálozás csökkentésére. Az eredmények azt mutatták, hogy míg 1972-ben a férfiak 52%-a dohányzott, addig 1992-re ez az arány már 32%-ra csökkent. A diétás változások eredményeképpen az összkoleszterinszint mintegy 15%-ot csökkent az észak-karéliai lakosság körében.

A program keretei között megszervezték a magasvérnyomás-betegségben szenvedők gondozását, illetve a felvilágosító tevékenységek eredményeképpen nőtt a lakosság körében azoknak az aránya, akiknek az életében a fizikai aktivitás rendszeressé vált. Finnországban 1970-től 1996-ig mintegy 65%-kal csökkent a szívkoszorúér-betegségek okozta halálozás a 65 évesnél fiatalabb férfiak és nők körében (1970-ben a finn férfiak szívkoszorúér-betegségek miatti halálozása 2,4-szerese volt a magyar férfiakénak, 1996-ban pedig már csak alig több mint fele, 58,8%-a).

Egy vezető szakemberekből álló magyarországi munkacsoport azzal a céllal alakult meg több mint négy évvel ezelőtt, hogy felvállalva a feladatot, legjobb tudása szerint kidolgozzon egy olyan nemzeti programot, amely belátható időtávon belül érzékelhetően javítja, csökkenti a szívinfarktusos halálozás arányát Magyarországon.

A szélütés (*stroke*) – a koszorúér-elzáródás, valamint a daganatos megbetegedések mellett – hazánkban, a fejlett államokhoz hasonlóan, a harmadik leggyakoribb halálozási ok. A nemzetközi tendenciákat és az Egészségügyi Világszervezet prognózisát is figyelembe véve, az ipari társadalmakban a népesség öregedésével, az egyes vezető halálozási okok súlyának változásával kell számolnunk; várhatóan a szélütés relatív súlya a halálozásoki struktúrában növekedni fog.

Az 1950-es években a hazai szélütés-halálozás az európai átlaghoz közel állt. Ezt követően 1980-ig nemzetközi viszonylatban is kiugró mértékű romlás következett be, ekkor a magyar szélütés-halálozás Európában a hatodik legmagasabb volt. Az 1980-as évek eleje óta tartó folyamatos csökkenés ellenére a szélütés okozta halandóság még mindig meghaladja az Európai Unió átlagos halálozásának kétszeresét, ez férfiakra és nőkre egyaránt igaz. 1999-ben több mint 19 ezer ember halt meg Magyarországon szélütés következtében.

Különösen magasnak tekinthető a 65 év alattiak szélütés okozta halandósága, amely férfiak esetében közel 4,5-szerese, nők esetében 3,5-szerese az Európai Unió átlagának.

A roncsoló agyvérzés vagy az agytrombózis okozta agykárosodás 30 napon belül mintegy 12-20%-ban, egy éven belül pedig 25-30%-ban vezet halálhoz. A szélütés bekövetkeztétől számított várható élettartam valamennyi szélütéssel betegre figyelembe véve nem több, mint két-három év. A szélütést szenvedett betegek mintegy 60-70%-a nem a megfelelő profilú osztályra kerül. Itt az akut halálozás mintegy 4%-kal magasabb, mint a speciális osztályokon, ami évi több mint ötszáz elkerülhető akut halálozást jelent.

Az agyi érbetegségek további következménye az összes eset mintegy 60%-ában megjelenő maradandó egészségkárosodás, ami nemcsak testi tünetekben (pl. mozgáskorlátozottság, beszédképtelenség, nyelésképtelenség)

jelentkezik, de az esetek mintegy 20%-ában elbutulás és 40%-ában depresszió is kialakul. Ez az életminőség súlyos romlását jelenti.

Az időskori életminőség-romlás egyik legfontosabb tényezője az agyér-betegségek okozta károsodás. A szélütés-katasztrófa, nemcsak a beteg, de a tartós ápolási igény miatt a család és a társadalom számára is az egyik legnagyobb anyagi, fizikai és lelki terhet jelentő betegség.

A hazai szélütésellátás problémája először 1988-ban került napirendre, és 1992-ben a *Nemzeti Stroke Program* meghirdetésével vált széles körben ismertté. A betegség mutatószámai alapján azonban változatlanul sürgető feladat egy olyan megújított stratégia kidolgozása és bevezetése, aminek segítségével az ország képes jelentős mértékben csökkenteni a szélütés gyakoriságát, a betegség okozta halandóságot és az egyéb terheket.

A keringési betegségek után a *daganatos megbetegedések* okozzák a legtöbb halálesetet Magyarországon. Az összes magyarországi halálozás közel egynegyedét okozzák daganatok. Ez évente 34-35 ezer beteg elvesztését jelenti. A szervek szerinti gyakorisági listát a légcső-, a hörgő-, a tüdőrák vezeti, majd a vastagbél-, végbél-, az emlő- és a száj-garat-nyelöcső tumorok következnek.

A gyomor rosszindulatú daganata okozta halálozás kisfokú csökkenésén kívül minden más daganat halálozási mutatószámaiban stagnálás vagy emelkedő tendencia figyelhető meg.

Rendkívüli mértékben emelkedik a légcső-, a hörgő-, a tüdőrák és a szájüregi daganatok okozta halálozás. A légcső-, a hörgő-, a tüdőrák okozta halálozás közel 80%-kal volt magasabb az Európai Közösség átlagánál. Az ajak, a szájüreg és a garat rosszindulatú daganata okozta halálozás jellemzően a dohányzás és az alkoholfogyasztás mértékével párhuzamosan változik. A magyarországi helyzet – elsősorban a férfiak esetében – európai és tágabb nemzetközi összehasonlításban is riasztó. Az összhála-lozás kedvezőtlen voltán belül is kiemelkedő a 65 év alattiak légcső-, hörgő- és tüdőrák okozta halandósága: Európán belül a legmagasabb. Ahogyan a vastagbél és a végbél rosszindulatú daganata okozta halálozás mutatói szintén a legkedvezőtlenebbek mindkét nemnél az európai régióban. A női emlőrák okozta halálozás hazai trendje emelkedő, szemben az utóbbi évtizedben más országokban tapasztaltakkal. A méhnyakrák okozta halálozás az 1980-as évek eleje óta ugyan folyamatosan csökken Magyarországon, de még mindig több mint háromszorosa az Európai Unió átlagának, és ez igaz a 65 év alattiak halandóságára is.

Jellemző, hogy a daganatos megbetegedések egyre fiatalabb korcsoportokban fordulnak elő. Évente több mint 50 ezer új beteg kórházi ellátásával, s egyidejűleg 230 ezer daganatos betegségben szenvedő személy gondozásával kell számolni. Az adatok arra is rámutatnak, hogy a daganatok kialakulásában szerepet játszó életmódbeli és környezeti tényezőket visszaszorító intézkedé-

sek késlekedése mellett, a megbetegedések korai felismerését és kezelését szolgáló egészségügyi ellátás elhanyagolása is hozzájárul e helyzet kialakulásához.

A folyamatosan emelkedő betegszám jelentette ellátási igény növekedésével az egészségügy nem tud lépést tartani. Az onkológiai gondozás keretében évente másfél millió vizsgálat történik. Az ellátás valamennyi formáját nagyobb arányban veszik igénybe a nők, mint a férfiak (tanácsadás, konzultáció, gondozás: 75% nő, 25% férfi; rehabilitáció: 84% nő, 16% férfi). Az onkológiai szűrőreszt vevők száma országosan összesen kb. 800 ezer, a nők aránya itt is jóval magasabb mint a férfiaké (7% férfi, 93% nő). Szervezett szűrővizsgálatokkal a bekövetkezett vastagbél-, végbél-, női emlő- és méhnyakrák halálesetnek mintegy 25-30%-a megelőzhető lett volna.

A rákellenes küzdelem eredményessége döntően a betegség elsődleges és másodlagos megelőzésétől függ – mindkettő szervezése és irányítása speciális állami feladat.

- A daganatok elsődleges megelőzése csak a társadalom valamennyi ágazatának irányított együttműködésével lehet eredményes. Az elsődleges megelőzés körébe tartozik a dohányzás, a túlzott alkoholfogyasztás visszaszorítása, az egészséges táplálkozás, a foglalkozási eredetű daganatok megelőzése, a környezetvédelem.

- A másodlagos megelőzés sikere a szervezett, széles körű és a veszélyeztetett lakosságra irányuló, célzott szűrőrendszerek működtetésétől (finanszírozásától) függ.

- A harmadlagos megelőzés az egészségügy feladata: a diagnosztika, a komplex gyógykezelés, a rehabilitáció és az otthoni ellátás.

A daganatellenes küzdelem rendkívül összetett feladat. Ezeket összegzi a Nemzeti Rákkontroll Program. Eszerint kiemelten fontos a törvényhozás és az önkormányzatok szerepe, mivel elsősorban a törvények, rendeletek biztosítják, hogy környezetünkben a rákkeltő tényezők kiszűrhetők, kiiktathatók legyenek. Az ifjúság oktatása, illetve a felnőtt lakosság megfelelő tájékoztatása lehetővé teszi a helyes életmód és táplálkozási szokások kialakítását, a betegség elkerülését. Az egészségügy feladata a daganatokkal kapcsolatos szaktevékenység, az elsődleges megelőzés a szűrések és a gyógyítás területén.

Az ország mentálhigiénés állapotáról kevés megbízható adattal rendelkezünk, és ezen adatok is rendkívül rossz állapotot mutatnak. Mind a nemzetközi, mind a hazai közvéleményben igen kedvezőtlen az ország lakossága mentális egészségének megítélése, ami szintén negatívan hat a lakosság egészségére.

A mentális betegségek a fejlett országokban is igen gyakoriak, ezek teszik ki az egészségvesztéssel kapcsolatos gazdasági terhek jelentős részét. Az Egészségügyi Világszervezet adatai szerint, a betegségeket az általuk okozott gazdasági teher mértéke szerint rangsorolva, az első helyen a depresszió áll, a negyedik helyen az alkoholizmus, a nyolcadikon az időskori elbutulás és következményei, a kilencedik helyet pedig az önkárosító magatartások egyre bővülő csoportja foglalja el. A rokkantságot eredményező első tíz okból öt tartozik a mentális betegségek közé. A mentális betegségek okozta gazdasági teher nagysága (amely egészségügyi gazdasági elemzések szerint a gazdasági teher 9,5%-át adja) nem tükrözi pontosan a betegségek okozta társadalmi terhet.

A hazai hosszú távú (1979–1999) statisztikai elemzés során megállapították, hogy a mentális betegségek által okozott halálozás trendjeit a túlzott mértékű alkoholfogyasztásra visszavezethető alkoholos mentális betegségek többszörös (hét-nyolcszoros) emelkedése határozza meg mindkét nem esetében. Az országon belül a mentális betegségek okozta halálozás nem egységes eloszlást, hanem regionális eltéréseket mutat.

A mentális betegségek sorában kiemelkedő szerep jut a depressziónak. Hazai adatok szerint a 18 és 64 év közötti lakosság vizsgálata alapján a depresszió élettartam-prevalenciája 15,1%. A családorvosok betegforgalmának adatai alapján a betegek 15%-a hangulati és/vagy szorongásos zavarban szenved. A fejlett országokban a depressziós betegek mintegy fele-harmada áll kezelés alatt. Hazánkban ez az arány jóval kisebb, az elérhető statisztikák szerint a depressziós betegeknek csak töredéke jut megfelelő segítséghez, noha a depresszió korai észlelése és időbeni, hatékony ellátása jelentős mértékben csökkentené a nem kezelt depressziók okozta társadalmi-gazdasági veszteséget, ami jóval nagyobb, mint a betegség kezelésének költségei.

A mentális betegségek közül a harmadik nagy csoportot a szorongásos körképekben szenvedő betegek alkotják. Ezen betegségben a lakosság mintegy 10-15%-a szenved, élettartam-prevalenciájuk 3–80% között van. Irodalmi adatok szerint ez az egyik legkönnyebben felismerhető és kezelhető betegség, ha megfelelő, korai szakellátást nyújtunk.

A mentális betegségek megelőzésére épülő népegészségügyi programnak kiemelten kell kezelnie az öngyilkosság elleni küzdelmet is. Hazánk, az öngyilkossági statisztikák adatai szerint, az 1990-es évek elejéig a világ „élvonalába” tartozott (1984-ben 45,9 százalékrelelt halálozással). 1999-ben ez az érték 33,1 százalékrelelt, ami az európai uniós országok átlagának több mint két és félszerese. Az öngyilkosság okozta halálozásban hazánkban igen jelentős regionális különbségek észlelhetők, a halálozás halmozódása az észak- és dél-alföldi térségben figyelhető meg.

Az élve születések száma Magyarországon évről évre csökken. A csökkenés aránya az utóbbi években mérséklődött, és prioritás, hogy ez a csökkenés

megálljon. Hazánkban ezer újszülöttből kilencet elveszítünk. Ez a szám kétszerese az Európa fejlettebb részén tapasztaltnak. Az újszülöttek 9%-a 2,5 kg-nál alacsonyabb súllyal jön a világra, a *veleszületett rendellenességek* aránya pedig 2976/100 000 élveszületés volt 1991-ben.

Az iskolaorvosi vizsgálatok szerint a *gyermekeknél* leggyakoribbak a csont, izom, kötőszövet elváltozásai, a bőr, a bőr alatti kötőszövet elváltozásai, érzékszervi problémák, táplálkozási zavarok, mentálhigiénés zavarok. Nagy jelentősége miatt kiemelendő továbbá a magas vérnyomás és az asztma. Az ifjúsági orvosi vizsgálatok szerint az elmúlt tíz évben megduplázódtak a fiatalok gerincbetegségei. Mozgásszervi szakorvosok szűrővizsgálati adatai szerint ma a gyermekek és fiatalok 60-80%-a tartáshibás. Magyarországon az ifjúság 55%-a nem sportol. A nem sportoló fiúk 55%-a, a nem sportoló lányok 60%-a semmit, vagy csak egy-két órát mozog hetente. Egy 2000-ben készült felmérés szerint az iskolai diáksportban a tanulóknak mindösszesen csak 20%-a vett részt.

Sajnálatos módon, a középiskolás fiúk 16%-a, a lányok 4%-a rendszeres szeszesisital-fogyasztó, ezen belül veszélyes mértékben alkoholizál 5-6%. Az utóbbi években jelentősen növekedett a kábítószer kipróbáló és fogyasztó fiatalok száma. Az 1990-es évek második felében a 18-24 éves fiatalok és különösen a nők körében nőtt a dohányzás elterjedtsége. A rászakas egyre fiatalabb életkorban történik, ezért a cigarettázás által okozott betegségek is egyre fiatalabb korban jelentkeznek.

Egy 1989-1990-ben végzett felmérés szerint a gyermekek jóellátottságát jelző golyvagyakoriság országos átlaga 4,9% volt, ez egyes területeken elérte a 10%-ot. Hazánk a fogbetegségek gyakoriságát tekintve is a legkedvezőtlenebb mutatókkal jellemezhető országok között található Európában. Az 5-6 éves korcsoport 25-30%-a rendelkezik csupán ép fogazattal. A 12 éves gyermekeknek átlagosan négy maradó foguk beteg, 75%-ának ínygyulladása van, 15-20%-a fogszabályozó kezelésre szorul, a 18 évesek 66%-a rendelkezik csak teljesen megtartott fogazattal.

A gyermekkori hatások, a szocializáció meghatározó az egészséges életvezetés és magatartás kialakításában. A gyermekek egészségének megőrzésében fontos szerepet játszhat a születés pillanatától biztosított célzott elsődleges megelőzési program, továbbá a 0-18 éves korúak preventív gondozásában közreműködő szakterületek tevékenységének összehangolása, s minden releváns szakterületen a szakfelügyeleti hálózat megerősítése.

A nő-, az anya-, a gyermek- és a családvédelemben dolgozó, felsőfokú képezésű, kifejezetten preventív tevékenységre képzett védőnők a legfontosabb életszakaszoknál jelen vannak a családok életében. Összehangolt szakmai irányítással, támogatással, fejlesztéssel kiegészített szakmai felügyeleti rendszerrel a védőnők munkájának hatékonysága növelhető.

A gyermekek egészségének megőrzéséhez, fejlesztéséhez szükség van a gyermekek egészséggel kapcsolatos tudásának, készségeinek elsajátítására, bővítésére és az egészséget támogató környezet kialakítására. Kiemelt jelentősége van annak, hogy maga az oktatási, nevelési intézményi környezet is segítse az egészséges életmód kialakítását.

A lakosság egészségi állapota a társadalmi jólét indikátora. Populációs szinten az egészség egyik legfontosabb meghatározója a *társadalmon belüli egyenlőtlenség*: a legszegényebb és a leggazdagabb rétegek egymástól való távolságának mértéke az iskolázottság, a foglalkozás és a jövedelem tekintetében. A népesség egészségi állapota leghatékonyabban és legnagyobb mértékben a legszegényebb rétegeket megcélzó intervenciókkal javítható, amelyek egyúttal az egyenlőtlenségeket is csökkentik.

Magyarország társadalmi-gazdasági helyzetéről elmondható, hogy hazánk északkeleti régiójában a legalacsonyabb az egy főre jutó bruttó hazai termék (GDP); magasan az országos átlag fölött van a munkanélküliségi ráta; három északkeleti megye (Borsod-Abaúj-Zemplén, Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg) a pénzbeni rendszeres szociális segélyezettek 42%-át mondhatja magáénak. Az országban Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a legmagasabb a korhatár alatti rokkantsági nyugdíjasok aránya; az anyagi rászorultság alapján fizetett gyermekvédelmi támogatás teljes országos összegének 60,6%-át 1998-ban Borsod-Abaúj-Zemplén, Hajdú-Bihar és Szabolcs-Szatmár-Bereg megye önkormányzatai fizették ki, miközben e megyékben a 19 éven aluliak összlétszáma az országos összesnek mindössze 20,1%-a volt.

A hátrányos helyzetű népesség életkörülményei miatt – külső segítség nélkül – az egészségproblémák hosszú távú halmozódása jósolható meg. A mindennapos gyakorlati tapasztalatok azt mutatják, hogy a rossz szociális körülmények között élők, különösen a gyermekek, nemcsak nagyobb valószínűséggel szenvednek el egészségkárosodást, de komplex okok miatt igen gyakran kimaradnak az egészségügyi ellátásból is, vagy oda csak súlyos, előrehaladott károsodással járó állapotban kerülnek be.

Az elérhető adatok alapján Magyarországon a cigányság az a legnagyobb létszámú csoport, amely minden társadalmi-gazdasági paraméter vonatkozásában a legnagyobb mértékben különbözik a lakosság átlagától. A cigány népesség aránya Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves, Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Nógrád és Zala megyékben meghaladja a 8%-ot.

Az 1980-as évek végén végzett kutatás szerint a cigányok várható élettartama több mint tíz évvel kevesebb volt, mint az ugyanott élő nem cigány magyaroké; a halálozások számát és arányát magasabbnak, a várható átlagos élettartamot pedig alacsonyabbnak találták a később végzett vizsgálatok is. A cigány kisebbséget a fiatalabb korosztályok dominanciája jellemzi, de a fiatal korosztálynak is rosszabb az életesélye, mint a hasonló korú nem cigány fiataloknak.

Az országos átlagnál magasabb az egyéves kor előtt meghalt csecsemők aránya; a KSH, illetve az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat adatai szerint nagyobb a koraszülések gyakorisága, a cigány fiatalok közt magas a veszélyeztetettek aránya, és különösen magas a korai (64 éves kor előtt bekövetkezett) halálozás.

Tekintettel arra, hogy a cigány lakosság legnagyobb létszámban Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyékben található, az akciókat is elsősorban ott célszerű megvalósítani. Ugyancsak meghatározó, hogy a cigány lakosok egészségi állapotának javításában elsősorban romák vegyenek részt, s a képzés-továbbképzés is e kör képzésére irányuljon.

Az Európai Unióhoz való csatlakozás köteleességünké tette a koppenhágai kritériumok teljesítését; ezek között a kisebbségek védelme és tiszteletben tartása nevesített elvárás. Ennek megfelelően szükség van a romák helyzetének javítását célzó akcióprogramok további bővítésére.

A természetes, az épített, valamint a munkakörnyezet jelentősen befolyásolja a lakosság egészségi állapotát. Magyarországon a betegségek mintegy 14-16%-a hozható kapcsolatba a külső és belsőtéri levegő minőségével, az emberi fogyasztásra használt vízzel, a talaj és hulladékok toxikus hatásaival, továbbá egyéb fizikai és vegyi vagy biológiai ágenssel.

A külső környezet minősége az elmúlt években javult, ami elsősorban annak köszönhető, hogy a jelentős ipari szennyezők (vas- és acélipar, szénbányászat stb.) a szerkezetátalakítás során megszűntek. Az ipari termelés fellendülése kapcsán azonban várható a szennyezés mértékének emelkedése. A lakó- és a munkakörnyezet viszonyai lényegesen nem javultak, s egyre nagyobb figyelmet kell fordítani a kémiai biztonságra. Jelentős probléma a szennyvízelvezetés és -kezelés alacsony szintje, az ivóvízbázisokat veszélyeztető talajszennyezések, a veszélyes hulladékok okozta egészségkárosító kockázat. Kiemelten fontos a lakoságnál levő gyógyszerek szakszerű összegyűjtése, azonosítása, megsemmisítése.

1997-ben elkezdődött a Nemzeti Környezet-egészségügyi Akcióprogram (NEKAP), amely a környezetvédelmi tárca gondozásában lévő Nemzeti Környezetvédelmi Program (NKP) keretében, de önálló programként 1997–2000 között jelentős eredményeket ért el, elsősorban a környezeti káros tényezők azonosításában, az egészségi hatások megállapításában, a megelőzés lehetőségeinek feltárásában. A hároméves periódusban elért eredményeket számos közleményben, jelentésben publikálták. A program végrehajtása során szűkszerű, gyümölcsöző kapcsolat alakult ki az egészségügyi és a társtárca, elsősorban a környezetvédelmi, a vízügyi, a belügyi tárca munkatársai között. Emellett meg kell említeni, hogy számos más jól működő program szolgálja a környezetszennyezés káros hatásainak csökkentését, mint például az Országos Környezeti Kármentesítési Program.

A környezeti hatások nem egyformán érik a lakosságot, így a fokozott expozíció területi megoszlása, a hatások területi elemzése, a környezeti hatások epidemiológiai elemzése elengedhetetlen a környezeti hatások kiküszöbölése érdekében.

A magyar népesség munkavégzésből/munkakörnyezetből fakadó egészségi ártalmainak teljes körű megismerése és az ártalmak megelőzése része a NEKAP-programnak. Ezt a célt a fenntartható fejlődés követelményeinek szem előtt tartásával, az elővigyázatosság és a megelőzés elvi alapján, az összes érdekelttel és közreműködővel partneri viszonyban kell elérni.

A környezeti kockázatok egészségkárosító hatásainak vizsgálata mind az Egészségügyi Világszervezet, mind az Európai Unió részéről fokozott figyelmet kap – a környezetszennyezéssel kapcsolatos betegségek megelőzése az Európai Unió egyik kiemelten fontos kutatási területe.

Magyarországon a *járványügyi helyzet* összességében kedvező, bár az ország „zártságának” megszűnésével az utóbbi tíz évben kedvezőtlen jelenségek is tapasztalhatók. A fertőző betegségek, és ezen belül a védőoltásokkal megelőzhető fertőző betegségek számának csökkenése egyike a magyar közegészségügy legnagyobb sikereinek. A védőoltási rendszer keretében folyamatosan bevezették a legújabb oltásokat és oltóanyagokat. A kötelező védőoltások teljesítése 99% feletti.

A fertőző betegségek bejelentési rendszere alapján az utóbbi években 46 féle fertőző betegség okozott megbetegedést. Az évről évre bejelentett fertőző betegségek mintegy felét a gyomor- és bélfertőzések teszik ki, amelyek felét a salmonella és a campylobacter fertőzések adják. Érdekes kiemelni a vírusos májgyulladás és a védőoltással megelőzhető fertőző betegségek incidenciájának (egy év alatt jelentkező új esetek száma) jelentős csökkenését az elmúlt három évtizedben.

A légúti terjedésű betegségek közül jelentős probléma a minden évben fenyegető influenzajárvány. A veszélyeztetett személyek szövődményes megbetegedésének, esetleg halálozásának megelőzésére egyre szélesebb körben biztosított a térítésmentes influenza elleni oltás. (2000-ben 1120 ezer személyt oltottak be.) Az 1970-es évektől kezdődően az 1990-es évek elejéig a tuberculosis incidenciája egyenletes csökkenést mutatott, ezt követően kismértékű, de határozott emelkedés volt megfigyelhető, ami napjainkban megtorpanni látszik. Az 1990-es években megfigyelhető tuberculosis incidencia mintegy kétszerese volt az európai uniós országok átlagának.

A nemi betegségek száma a bejelentési kötelezettség hiányosságaiból adódóan pontosan nem ismert, a '90-es évek elejétől a friss syphilises betegek száma emelkedett, míg a gonorrhoeas esetszám folyamatosan csökkent. A HIV-fertőzések szempontjából Magyarország továbbra is a kevésbé fertőzött országok közé tartozik: az utóbbi 5 évben a felderített HIV-fertőzések száma évente átlá-

gosan 70 volt. A heveny fertőző májgyulladások incidenciája az utóbbi években folyamatosan csökkent, az esetek kétharmadát az A vírus, mintegy 10%-át pedig a B vírus okozta. A C vírusfertőzések incidenciájáról nincs megbízható adat, ahogy a hepatitis B és C vírushordozókra vonatkozóan sem.

A nosocomiális (egészségügyi ellátás során szerzett) fertőzésekről nincsenek pontos adataink. A kórházi fertőzések általában több gyógyszerrel szemben ellenálló kórokozók által kiváltott fertőzések képében jelennek meg, és nagymértékben befolyásolják a kezelések eredményességét, kimenetelét, időtartamát, költségeit. A nem kötelező jelentések alapján a kórházainkban ápolott betegek 1%-a szenvedett el nosocomiális fertőzést, a fejlett egészségüggyel rendelkező országokban ez az arány 3–15%.

A járványügyi helyzet összességében kedvező, ennek stabilitását az újonnan felbukkanó vagy korábban már visszaszorított fertőző betegségek megjelenése, a behurcolás, a súlyos nosocomiális infekciók, valamint a járványügyi szolgálat – szakember és anyagi források hiányára visszavezethető – ellehetetlenülése veszélyezteti. A járványügyi biztonság kiemelt feladat az Európai Unió országaiban, több joganyag rendelkezik a korai riasztó- és kontrollrendszer, a járványügyi felügyelet (surveillance) fejlesztéséről. Kiemelkedően fontos, hogy Magyarország európai viszonylatban is jónak mondható járványügyi helyzetét a megnövekedett migráció mellett is megőrizzük; javítsuk egy megfelelő felügyeleti és monitorozó rendszer kiépítéséhez, fenntartásához és ellenőrzéséhez szükséges szakembergárda utánpótlását, továbbfejlesszük hatékonyan működő, kötelező védőoltási rendszerünket, továbbá mielőbb bekapcsolódjunk a járványos betegségek megelőzését, a gyors információcserét és reagálást elősegíteni hivatott közösségi epidemiológiai hálózat munkájába.

Az *élelmiszer-biztonság* kérdése világszerte előtérbe került. Az Egészségügyi Világszervezet jelentései szerint az élelmiszer-fogyasztással összefüggésbe hozható megbetegedések száma az egész világon folyamatosan emelkedik, az iparilag fejlett országokban is a lakosság 10–30%-át érinti évente, amely hazánk vonatkozásában egy-hárommillió (többnyire nem bejelentett) megbetegedést jelent. A legtöbb élelmiszerrel terjedő fertőzést világszerte a zoonózisok (állatról emberre terjedő fertőzések) adják. Az egész világot foglalkoztatja a szarvasmarhák „kergemarhakór” (BSE) megbetegedésével kapcsolatba hozható, új típusú élelmiszerek, a besugárzott élelmiszerek egészségügyi hatásai, a táplálékláncba bekerülő idegen vegyi anyagok (pl. dioxinok, mikotoxinok) hosszú távú hatásai az egészségre. Az Egészségügyi Világszervezet új élelmiszer-biztonsági programot indított el. 2000 szeptemberében az európai egészségügyi miniszterek koppenhágai találkozóán jóváhagyták az európai élelmezés- és táplálkozás-egészségügyi cselekvési tervet is.

A magyarországi élelmiszer-biztonsági helyzetre vonatkozóan 2000-ben elkészült az Élelmiszer-biztonsági Tanácsadó Testület tanulmánya. A felmérés

szerint hazánk élelmiszer-biztonsági helyzetét rosszabbodó tendencia jellemzi, amit az ételmérgezési és a fertőzőbeteg-bejelentési statisztikák, valamint az élelmiszer-mikrobiológiai vizsgálatok is mutatnak.

Az ételmérgezési események száma az 1990-es évek elejétől fokozatosan emelkedő tendenciát mutat. Sok ételmérgezés magánháztartásokban fordul elő, de a tömeges megbetegedés a közétkeztetésben részesülőket, különösen a gyermekeket érinti. A legtöbb haláleset mérgező gomba fogyasztása miatt következik be. A legtöbb élelmiszer-fertőzést zoonózisok kórokozói, főleg salmonellák és campylobacteriumok okozzák.

A rosszabbodó helyzet okait kutatva a tanulmány megállapította, hogy a hatósági ellenőrzés megosztott, átfedésekkel és információáramlási zavarokkal terhelt, pénzügyi problémákkal küzd. Az élelmiszer-biztonsággal kapcsolatos képzés, oktatás helyzete kritikus, a kutatás-fejlesztés alulfinanszírozott, széttagolódott, nemzeti szinten előre nincs megtervezve. Az élelmiszer-biztonsági helyzet rosszabbodása kihatással lehet Magyarország gazdasági helyzetére, külső piacaira, turizmusára, és növeli az egészségügyi ellátórendszer költségeit. Ezen túlmenően az élelmiszer-biztonság az Európai Unió prioritásai közé tartozik, és ez csatlakozásunkkal az egyik legfontosabb megoldandó feladatunk.

Hosszú távú cselekvési program megindítására van szükség, amely – a szántóföldtől az asztalig elven alapuló – átfogó nemzeti élelmiszer-biztonsági program kidolgozását kezdeményezi, amelyben az élelmiszer-fertőzések és -mérgezések számának visszaszorításán túlmenően szerepelnie kell az olyan új kihívások kezelésének is, mint az új kórokozók diagnosztikája, új technológiák egészségügyi vonatkozásai, a genetikailag manipulált élelmiszerek felügyelete stb. A program jelentős részét képezi a hatósági élelmiszer-biztonsági felügyelet javítása és a különböző tárcákhoz tartozó élelmiszer-biztonsággal kapcsolatos adatok egységes monitoring- és felügyeleti rendszerbe szervezése is.

A külső tényezők miatti halálozás – a keringési rendszer betegségei és a daganatos megbetegedések következtében bekövetkező halálozás okai mögött – a hazai statisztika harmadik helyén áll. A kategória népegészségügyi jelentőségét tovább növeli, hogy e halálozások jelentős része a fiatal és középkorú populációt érinti (1999-ben az 1–14, 15–24 és 25–34 éves korosztályok vezető haláloka volt), és az ekkor bekövetkező halálozás jelentős mértékben növeli a potenciális életévvesztésget.

A külső okok miatti halálozás legnagyobb részét a halálos kimenetelű otthoni balesetek teszik ki: 1990-ben a 100 ezer főre vonatkoztatott halálozási arányszám 40,9 volt, ami noha 1999-re mérsékelten csökkent (34,8 százazre-lék), még mindig jelentős tényező. A gyermekeket érő balesetek megelőzése érdekében jelentős lépés lehet a gyermekbiztonsági zárócupakos gyógyszer-csomagolás bevezetése.

Az öngyilkosságok miatt bekövetkező halálozás arányszámában – ami 1984-ben volt a legmagasabb (45,9 százezrelék) – ugyan fokozatos csökkenést lehetett regisztrálni (1999-ben 33,1 százezrelék), ennek mértéke még így is az Európai Unió átlagának háromszorosa.

Jelentős csökkenés figyelhető meg az utóbbi tíz évben a közúti balesetek okozta halálozások arányszámaiban. Ez az 1990-es legmagasabb értékről (28,6 százezrelék) 1999-re számottevően visszaesett (16,1 százezrelék), megközelítve az EU-átlagot.

A munkahelyi balesetekből származó halálozás az előzőeknél kisebb arányt képvisel. Bár az elmúlt tíz évben az ilyen halálesetek abszolút száma határozott csökkenést mutatott (az 1990-es 428 esettel szemben 1999-ben 161), az ezer fizikai foglalkoztatottra eső arányszám esetén hasonló változás nem észlelhető (1990-ben 17,2; 1999-ben 18).

Összességében a külső okok miatti halálozás még mindig igen magas, s a népegészségügy egyik prioritása ezek csökkentése.

A lakásokban bekövetkező balesetek megelőzésében legfontosabb a felvilágosítás, a kockázati tényezők ismertetése. A családorvosok, a családvédelmi szolgálat munkatársai, társadalmi szervezetek jelentős szerepet játszhatnak a lakosság felvilágosításában, oktatásában, tudatformálásában.

A közúti balesetek megelőzésére Nemzeti Közlekedésbiztonsági Program készült, ennek alapján éves akcióprogramokat dolgoznak ki. Kormányrendeletben meghatározott állami feladatok közé tartozik a közúti közlekedés biztonságát szolgáló iskolai nevelés szakmai támogatása, a felvilágosítás és propaganda. A népegészségügyi szempontból fontos tevékenységeket az egészségügy is több területen tudja támogatni, és ebben más tárcák is (oktatásügy, környezetvédelem stb.) jelentős szerepet játszhatnak. Ugyancsak fontos, hogy a társadalmi szervezetek, civil kezdeményezések is a hatékony prevenciót szolgálják.

A munkahelyi balesetek megelőzése elsősorban a munkahelyi biztonsággal foglalkozó szervezetek feladata. A foglalkozás-egészségügyben dolgozók a kockázati tényezők azonosításával és megfelelő preventív intézkedések meghozatalával csökkenthetik a munkahelyi balesetek és az általuk okozott halálozás gyakoriságát.

A lakosság egészségi állapotában, a halálozás alakulásában a szív- és érrendszeri betegségek, valamint egyes daganatos betegségek meghatározóak. Különösen a 65 év alatti lakosok magas halálozásának mérsékléséhez igen fontos a *betegségek szűrése*, a korai diagnózis felállítása, a kezelés megkezdése.

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló jogszabály meghatározza a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló szűrővizsgálatok rendjét.

A 25–65 év közötti korosztályban az évente elvégzett vérnyomásmérés, a hipertónia megállapítása, szűrése, illetve a megfelelő gyógyszeres kezelés

kiválasztása a szívinfarktus és szélütés megelőzésének legfontosabb eszköze. Tekintettel arra, hogy az alapellátást végző háziorvos kerül leggyakrabban kapcsolatba az ellátott lakosokkal, a gondozási feladatok az ő kezében vannak, a magas vérnyomás szűrését célszerű a háziorvosi tevékenység körében megoldani.

Hazánkban a daganatos megbetegedések és az általuk okozott halálozás kiemelkedően súlyos és növekvő népegészségügyi probléma. A korai felfedezés és az idejében alkalmazott korszerű kezelés jelentősen hozzájárulhatna a halálozás jelentős mértékű csökkentéséhez. Irodalmi adatok alapján bizonyítható, hogy a szexuális aktivitás kezdetével egy időben indított behívásos rendszerű, citológiai vizsgálatot alkalmazó méhnyakrákszűrés hatékonyan, 40–80%-kal csökkentheti a méhnyakrák okozta halálozást. Az egészségnyereséget és a szűrőprogram költségeit figyelembe véve a negatív szűrővizsgálati eredményt követően háromévenként megismételt vizsgálat ajánlott. Ugyan a legtöbb nemzetközi ajánlás a szűrőprogramban való részvételre felső korhatárt jelöl meg, az újabb kutatások szükségessé tehetik ennek a megszorításnak az újragondolását.

A 45–65 év közötti férfiak és nők kétévenkénti, behívásos rendszerű szűrővizsgálata a széktelvérvizsgálat révén mintegy 20–30%-kal képes csökkenteni a vastag- és végbéldaganatok okozta halálozást. Az eljárás lakossági elfogadottsága azonban általában alacsony, ami csekély részvételi aránnyal jár.

Magyarországon nincs megoldva a lakosság fogászati szűrése, ellátása. A fogászattal kapcsolatos törvényi és rendeleti szabályozás, valamint finanszírozás felülvizsgálatra és módosításra szorul, mert a jelenleg működő rendszer nem ösztönöz a megelőzésre. A probléma a gyermekeket, fiatalokat is érinti, mert az iskola- és gyermekfogászati hálózat nem fedi le teljeskörűen az érintetteket; elérhetősége, szakmai tartalma és színvonala nem egységes. A fogászati, az ajak- és szájüregi daganatok szűrésének kiterjesztéséhez elengedhetetlen a jól működő fogászati alapellátás.

Hazánkban 5–7 éven belül évente 1500–2000 idő előtti haláleset lesz elkerülhető, ha a népegészségügyi szempontból fontos betegségek hatékony szűrővizsgálati rendszerét megvalósítjuk.

Magyarországon az egyén és a társadalom számára az egészségi állapottal kapcsolatos legsúlyosabb teher a *táplálkozással összefüggő betegségek* elterjedtsége. Ebben vezető szerepe van a szív- és érrendszeri betegségeknek, amelyek a halálozás 51%-áért, valamint a rosszindulatú daganatos betegségeknek, amelyek a halálozás mintegy 25%-áért felelősek. Ugyancsak jelentős az elhízás és túlsúly gyakorisága: a férfiak és nők mintegy 20%-a elhízott; a férfiak 42%-a, a nők 30%-a túlsúlyos. Az elhízás és túlsúly gyakorisága csaknem az egész világon, így Magyarországon is növekszik, és ezzel együtt a társuló betegségek – cukorbetegség, magas vérnyomás, érelmeszesedéshez vezető vér-

zsír-koncentráció rendellenesség (diszlipidémia) – előfordulása is. Ezek a betegségek kétszer-háromszor gyakrabban fordulnak elő az elhízottak, mint az egészséges testsúlyú emberek között.

Azok a kockázati tényezők, amelyek hozzájárulnak a táplálkozással összefüggő betegségek kialakulásához, jelen vannak a magyar lakosság táplálkozásában – túlzott zsiradék-, telített zsír-, koleszterin-, só- és cukor-, elégtelen ételmi rost- és antioxidáns tápanyagbevitel. A lakosság jelentős részének táplálkozására jellemző az elégtelen vas-, kalcium-, jód- és fluorbevitel, de az A-vitaminból, a B-vitaminokból, folsavból is kevés jut a szervezetbe. A tejből és a tejtermékekből (kalcium hiánya), a friss zöldség- és főzelékfélékből, a gyümölcsökből (az antioxidánsok, növényi „védő” anyagok hiánya), valamint a teljes őrlésű gabonafélékből (az ételmi rostok hiánya) sem fogyasztunk elegendő mennyiséget.

A fentiekkel jellemezhető helyzet kialakulásának és fennmaradásának egyik oka a lakosság táplálkozási ismereteinek elégtelensége, a másik az anyagi eszközök elégtelensége, a harmadik az egészséges táplálkozásba beilleszthető ételiszerek nem kielégítő választéka, valamint az egészséges táplálkozás elveit nem alkalmazó közétkeztetés.

Ez a helyzet megváltoztatható, a táplálkozással összefüggő betegségek jelentős részben megelőzhetők. (Hazánkban először a Magyar Tudományos Akadémia egyik folyóirata hívta fel erre a figyelmet 1993-ban.)

A nemzeti ételmezés- és táplálkozáspolitikai jelentős részben kidolgozott, hatásosságát, valamint a lakosság egészségi állapotában bekövetkező és mérhető javulást külföldi tapasztalatok igazolják. Harminc évvel ezelőtt Finnországban a halálozási statisztikai adatok a jelenlegi hazai képhez hasonló mutattak, ekkor határozta el a finn kormány komplex program keretében nemzeti ételmezés- és táplálkozáspolitikai bevezetését és tartós működtetését. A program lényege egyrészt a teljes körű (óvoda, iskola, egyetem, katonaság, felnőtt lakosság) és folyamatos lakossági egészségnevelés volt, másrészt az egészséges táplálkozásban felhasználható kisebb zsír-, koleszterin-, konyhasó-, nagyobb ételmirost-tartalmú ételiszerek gyártása, és választékának jelentős növelése. Hozzá tartozott ehhez a közétkeztetésben az egészséges táplálkozásnak megfelelő étrendek bevezetése is. Az eredmény: jelentősen megváltozott a lakosság táplálkozása (zöldség- és főzelékfélék, valamint gyümölcsök bőséges fogyasztása, sovány tej és tejtermékek, teljes őrlésű gabonafélék arányának jelentős növekedése), és a 35-64 éves férfiak szív- és érrendszeri betegségekből származó halálozásának 65%-os csökkenése volt tapasztalható.

A dohányzás elleni fellépés módja és intenzitása választóvív az egészségpolitikában. A dohányzás a leg súlyosabb önálló egészségkárosító tényező, amely azonban 100-150 milliárd forint évi adóbevételt jelent az államnak.

Egészségkárosító hatása azonban többszöröse az adóbevételnek (betegség, idő előtti halál, termelésből való kiesés). Harmincezer orvos 30 évig történő követésén alapuló angliai vizsgálat adatai alapján megállapítható, hogy a dohányzás felelős a tüdődaganat okozta halálozás 91, a felső légúti és a tápcsatorna felső részének daganatai miatti halálozás 85, a húgyhólyagrák által bekövetkezett halálozás 53, a hasnyálmirigygrák okozta halálozás 44, a veserák miatti halálozás 29, az egyéb daganatos betegség eredményeként bekövetkezett halálozás 23, a légzőrendszer betegségei okozta halálozás 76 és a szív- és érrendszeri megbetegedések miatti halálozás 37 százalékaért. A dohányzással összefüggő betegségek egy része már rövid ideig tartó dohányzás következtében is fellép (pl. a terhesség alatti dohányzás magzatkárosító hatása). A dohányzással összefüggő halálozások száma Magyarországon az 1990–2000 közötti időszakban évi mintegy 35 ezerre becsülhető, amely az összhálózás több mint 20%-a!

A magas, idő előtti halálozás csökkentésének alapfeltétele, hogy minél kevesebb gyermek kezdjen el dohányozni, és minél több dohányos hagyja abba a szenvedélyét. A dohányzás visszaszorításában kiemelt figyelmet érdemelnek a fiatalok rászokását megelőző programok, különösen a testmozgásprogramok, a mintaadók – pedagógusok, egészségügyi személyzet – példamutatása, a nemdohányzók védelmében és a dohányreklámok betiltása érdekében hozott törvények és azok betartása. A dohányzás abbahagyását követő 10–15 év múlva a kockázat lecsökken a nemdohányzókhoz hasonló szintre. Nemzetközileg elfogadott alapelv, hogy ha a dohányzás által okozott betegségeket és többlethalálozást akarjuk csökkenteni, akkor elsősorban a dohányzásról való leszokásra kell törekednünk, és ebben az egészségügyi ellátásnak is jelentős szerepe van. Ennek megfelelően az orvos minden orvos-beteg találkozás alkalmával kérdezze meg páciensétől, hogy dohányzik-e, és a dohányosoknak tanácsolja a leszokást. Az egészségügyi alapellátás részvételének biztosítására a dohányzásról való leszoktatásban meg kell teremteni a háziorvosi szolgálat anyagi érdekeltiségét. Ehhez nélkülözhetetlen az Országos Egészségbiztosítási Pénztár támogatása.

Magyarországon nemzetközi összehasonlításban is magas a dohányzók aránya, és kiemelkedően magas az egy főre jutó évente elszívott cigaretták száma. A 18–65 éves lakosság mintegy 35%-a naponta cigarettázik: a férfiak 43%-a és a nők 27%-a. A rászokás egyre fiatalabb életkorban történik, ezért a dohányzás által okozott betegségek is egyre korábban (már fiatal korban is) jelentkeznek. Az 1990-es évek második felében a 18–24 éves fiatalok és különösen a nők körében nőtt a dohányzás elterjedtsége.

Az egyesült államokbeli Oregonban 1996 és 1998 között 44%-os adóval sújtották a cigaretták árát dobozonként, amely összeget egy új átfogó dohányzásmegelőző programra fordítottak. A program eredményeként a cigarettaforgalom 11,3%-kal, a felnőtt dohányosok száma 6,4%-kal csökkent. A kali-

forniai eredmények még szembetűnőbbek. Itt 1988 és 1997 között 50%-kal csökkent a cigarettaforgalom és 5%-kal csökkent a dohányzó nők aránya, miközben az országban 13%-kal nőtt. Tízéves periódusban 14%-kal csökkent az új tüdőrák esetek száma.

Az Európai Unióban az utóbbi évtizedben számos jelentős intézkedés történt a dohányzás korlátozására. Kötelező direktívákkal szabályozták a dohánytermékek kötelező címkézését, a rendkívül káros kátránytartalom ismételt csökkentését, a dohánytermékek kiemelt adóztatását. Az egyes tagállamok (pl. Franciaország) a még hatékonyabb fellépés megalapozása érdekében megtiltották, hogy a dohányárak árát figyelembe vegyék a fogyasztói árindex kiszámításánál. Határozatot hoztak a reklámozás és a hozzáférhetőség korlátozására. A törvényi szabályozás és a megfelelő programok hatására a dohányzók aránya az Európai Unió legtöbb országában az utóbbi években csökkent. Hazánkban az európai normákhoz való közeledést jelzi a nemdohányzók védelméről szóló törvény meghozatala, valamint a reklámtörvény módosítása.

A következő években elsősorban a dohányzás elleni küzdelem szervezeti feltételeit kell megteremteni és a szükséges képzési-, továbbképzési feladatokat kell megoldani.

A 2000. év negyedik negyedében az ország 440 településén elvégzett Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF 2000) adatai szerint a 21. század küszöbén *minden hatodik magyar felnőtt saját egészségi állapotát rossznak vagy nagyon rossznak ítéli, s a lakosság mintegy 20-25%-a úgy véli, hogy semmit vagy csak keveset tehet saját egészségeért.* Az ország felnőtt lakosságának 52,2%-a túlsúlyos, illetve elhízott, a nők 24%-a, a férfiak 38,2%-a dohányzik. Saját bevallásuk alapján az ország női lakosságának 26,1%-a, míg férfi lakosságának 64,2%-a napi rendszerességgel fogyaszt alkoholt.

Nem lemondva a felnőtt magyar lakosság életmódjának/életvezetési szokásainak előnyös befolyásolásáról, az *egészségnevelés és egészségfejlesztés* célcsoportjainak kiemelten az óvodás- és iskolás- (általános és középiskolás) korú gyermekek és fiatalok tekintendők; hisz e korosztály egészség-magatartása határozza meg döntő mértékben a jövő felnőtt lakosságának egészségi állapotát, s a társadalomra háruló egészségterhet.

Az Egészségügyi Világszervezet által az Iskolás gyermekek egészség-magatartása címmel 1986-ban indított, kollaboratív nemzetközi egészség-magatartási vizsgálat 1997–1998. évi adatfelvételének eredményei szerint a dohányzással próbálkozó magyar fiatalok aránya minden vizsgált életkorban emelkedett, a különböző csoportokban a napi rendszerességgel dohányzók aránya 15,7 és 40,6% között mozog. A heti gyakorisággal valamilyen alkohol-

tartalmú italt fogyasztó fiatalok aránya is hasonló eltérést mutat (a 15 éves fiúk körében elérte a 29%-ot).

A felnőtt lakosság (elsősorban a család, mint elsődleges szocializációs színtér) a gyermekek/ifjak számára mintaadó közösség, így egészségi állapotának és egészségmagatartásának mutatói világosan jelzik annak a feladatnak a nagyságát, amely a gyermekek és az ifjúság egészségnevelése területén szükségszerűen s kiemelten az óvodákra/iskolákra, mint intézményesített képzést folytató másodlagos szocializációs színterekre hárul.

A jogszabályi környezet minden eddiginél tágabb teret biztosít az egészségnevelés közoktatási intézményekben – az óvodai foglalkoztatás, általános és középiskolai szervezett képzés keretei között – történő megjelentetésére. A jelenlegi iskolarendszerben, az alapfokú nevelés, oktatás második szakaszában, a 6. és 8. évfolyamok egészségtan tantárgya (tanévenként mindössze 18 kötelező óra) keretében kerül sor az egészségi állapot szempontjából fontos viselkedésmódok, szokások kialakítását, valamint az ezeket befolyásoló tényezőket középpontba helyező tudásanyag és szemlélet oktatására. A kerettantervben rögzített fejlesztési követelmények és belépő tevékenységi formák által meghatározott elvárások sokrétűek és korszerűek. Ezeknek önmagában nem tud eleget tenni a két évfolyamon folyó 18-18 órás képzés, de ezt jól kiegészíti az 5-12. évfolyamok osztályfőnöki óráinak keretében folyó, kötelezően egészségfejlesztési témákat feldolgozó, tanévenként 12-13 órás órakeret. Ez idő szerint hazánkban, noha az egyetemi és főiskolai szintű egészségtan-tanár-képzés alapítására és indítására már sor került, egészségtan-oktató nem működik, és képzésük is egyetlen helyen, a Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Tanárképző Főiskolai Karán folyik.

A képzés nem lehet kizárólag ismeretek közvetítése, biztosítani kell az ismeretanyag befogadását, s a helyes életmódi és életvezetési szokások rögzülését támogató környezetet is. A gyermekek és az ifjúság oktatási intézményi keretek között zajló egészségnevelésének szervesen kell illeszkednie az egészségfejlesztési tevékenységek országos rendszerébe.

Az ifjúság egészségnevelése elképzelhetetlen az e feladatra speciálisan képzett humán erőforrás biztosítása nélkül. Egyrészt alapvető fontosságú a szakirányú pedagógusképzés széles körű intézményesítése, másrészt a nép-egészségügyi gyakorlat számára, szakirányú továbbképzés keretében, egészségfejlesztési feladatokra speciálisan képzett szakemberek biztosítása az egészségfejlesztés országos intézményhálózatában.

A *rendszeres testmozgás* kedvezően hat az életminőségre, csökkenti a szív- és érrendszeri halálozást, valamint a cukorbetegség kialakulásának kockázatát, előnyös a magas vérnyomás megelőzésére, és a már megbetegedettek-nél csökkenti a vérnyomás értékét. Emellett jól ismert jótékony hatása a test-súlyproblémák kezelésében, a pszichológiai állapot javításában és ezen

keresztül a szenvedélybetegségek (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás) és a pszichoszomatikus betegségek megelőzésében, továbbá a gerinc- és ízületi betegségek, valamint a csonttritkulás megelőzésében és gyógyításában.

A lakosság fizikai aktivitásának hiányát a rendszeresen sportolók arányára vonatkozó felmérések is bizonyítják. A KSH reprezentatív felmérése szerint Magyarország 15–64 éves lakosságából a férfiak 21,4%-a, a nők 13,6%-a végez rendszeres testedzést. Az arányok az életkor növekedésével drasztikusan romlanak. A vizsgálatok azt mutatják, hogy az első gyermek megszületése után a nők döntő többsége – még az addig aktívan sportolók is – abbahagyják a rendszeres sportolást.

Nem jobb a helyzet, ha a testmozgás valamennyi formáját vesszük számba. Egy 1999-ben végzett kutatás a testmozgásról, testedzésről, sportolásról azt összegzi, hogy a „tudatos mozgás, sportolás még nem terjedt el a lakosság körében”. Az iskolai diáksportban a tanulók 20%-a vesz részt. Hétköznapiakon a 14 évesek, illetve annál idősebbek kevesebb mint fele végez valamilyen idő-, pénz- és helyigényes mozgást, a megkérdezettek csupán 16%-a sportolt valamit a vizsgálatot megelőző hétköznapon.

A legkisebb arányban az aktív keresők közül mozognak. A dolgozók kétharmada semmilyen tudatos mozgástevékenységet nem végez egy átlagos hétköznapon. Hétfvégén valamivel többen mozognak, de még így is tíz felnőtt dolgozó ember közül hat sem hétköznap, sem hétfvégén nem mozog. Minél magasabb valakinek az iskolai végzettsége, annál nagyobb a valószínűsége, hogy tudatosan sportol, mozog.

A jelenlegi kedvezőtlen helyzetet konzerválja, sőt várhatóan rontja az, hogy a gyermekek és fiatalok életmódja is átalakult, napi testmozgásuk egyre csökken. Ennek következménye legszembetűnőbben a tartási rendellenességek szaporodásában látszik (ma az óvodások, általános és középiskolások 60-80%-ánál észlelhető tartáshiba). Nő a mozgásszervi betegségekre hajlamosító állapotok gyakorisága, többek között azoké is, amelyek a gerinc életlenül helyes használatát automatizáló mozgásanyag rendszeres végzésével javíthatók. Különösen a testtartás rendellenességei (a később jelentkező gerincbetegségekhez vezetnek), valamint az alacsonyabb csonttömeg (következménye a csonttritkulás) azok, amelyek rendszeres testmozgással javíthatók. A magyar iskoláskorú népesség keringési-légzési teljesítménye nem éri el azt a szintet, amelyet 20-25 évvel ezelőtt a fiziológiás tartomány középként tekintettünk.

Nemzetközi példák is azt mutatják, hogy azokban az országokban, ahol összehangolt nemzeti programot indítottak a tudatos aktív testmozgás fejlesztésére a tömegsport lehetőségeinek kiterjesztésével, népszerűsítésével, vagy akár csak a rendszeres futás, séta, gyaloglás társadalmi mértékben is elfogadott meghonosítására, ott többek között ennek hatására is csökkent a szívinfarktusos halálozás, illetve javult a lakosság egészségi állapota (USA, Finn-

ország, Anglia stb.). Különösen fontos a megfelelő tájékoztatás megszervezése és nem lankadó folytatása, valamint az életvitelhez közeli szabadidősport feltételeinek megteremtése. Az orvostudomány bizonyított tényei azt mutatják, hogy a fizikai aktivitást gyermekkorban, az iskolában érdemes növelni. Ennek megfelelően az Egészségügyi Világszervezet 5–18 éves korban napi egy óra fizikai aktivitást javasol.

1975–1994 között Magyarországon a *szeszesital-fogyasztás* folyamatosan meghaladta a tiszta szeszben mért 10 liter/fő/év értéket. Az Európai Unióban a szeszesital-fogyasztás 1980 óta csökkenő tendenciát mutat, s 1990 óta hazánkban is csökken a szeszesital-fogyasztás (1990: 11,5 liter/fő/év, 1996: 9,5 liter/fő/év). A szeszesital-fogyasztásra vonatkozó adatok ellenére azonban komoly aggodalomra ad okot, hogy 1995-re a 0–64 éves férfiak körében 1970-hez képest kilencszeresére, az ugyanezen korosztályba tartozó nők körében nyolcszorosára növekedett a krónikus májbetegség és májzsugor okozta halálozás. A túlzott szeszesital-fogyasztás az egyik legsúlyosabb egészség- és társadalomromboló tényező. Azonban a szeszes italok gyártása és eladása révén az államháztartás 100 milliárdos nagyságrendű bevételi forráshoz jut. Az alkohol egészségkárosító hatása viszont többszöröse az adóbevételnek (betegség, idő előtti halál, termelésből való kiesés).

Az alkoholizmus okozta népegészségügyi, illetve társadalmi probléma szempontjából Magyarország az európai országok között vezető helyet foglal el. Ezt támasztja alá az a szomorú tény, hogy a májzsugorban elhaltak számát tekintve hazánk nemzetközi összehasonlításban évtizedek óta kiemelkedik. Az Egészségügyi Világszervezet adatbázisa szerint Magyarországon a krónikus májbetegség és májzsugor okozta halálozás 1978 óta haladja meg az európai uniós átlagot, azóta az emelkedés folyamatos. Az elmúlt évtizedek statisztikái alapján az alkoholisták becsült száma és a szeszesital-fogyasztással összefüggésbe hozható halálozás jelentős mértékű növekedést mutat, ennek ellenére a kezelésbe vont alkoholisták száma csökkent. A szeszesital-fogyasztással közvetlenül összefüggő betegségek száma is növekszik, elsősorban a krónikus májbetegség és májzsugor, de a nagy mennyiségű rendszeres szeszesital-fogyasztás megnöveli a szív- és érrendszeri megbetegedések kockázatát is. A 35 éven aluliak körében a szeszesital-fogyasztás jelentősen növeli az erőszakos halálozás (sérülés, baleset) kockázatát. A fentiekben említett adatok, nevezetesen a szeszesital-fogyasztás csökkenése és a krónikus májbetegségek okozta halálozás növekedése nemcsak a szeszesital-fogyasztásra vonatkozó adatok megbízhatóságának kérdését veti fel, hanem a szeszes ital minőségének fontosságát is a fogyasztók egészsége szempontjából. Az illegálisan gyártott és forgalmazott, ellenőrizetlen minőségű szeszes italok okozta egészségkárosodás mértéke fel sem becsülhető. A túlzott szeszesital-fogyasztásnak jól ismertek a társadalmi

hatásai is, aminek leginkább a szeszes ital miatt szétesett családok gyermekei vannak kitéve.

A kábítószer-probléma visszaszorítását célzó Nemzeti Stratégia összegző adatai szerint 1995-ben 3553, 1999-ben pedig már 12 028 drogfogyasztót tartottak nyilván az egészségügyi intézmények. A gyermek- és fiatalkorúak megoszlása az egészségügyi intézményben megjelent összes drogfogyasztó között 1995-ben 7,1%, 1998-ban 18,2%, 1999-ben pedig 18,3% volt. 1995-höz képest több mint nyolcszorosára növekedett a kezelésre megjelent drogfogyasztó gyermekek-, illetve fiatalkorúak száma. 1996-ban az egészségügyi intézményekben kezelt drogfogyasztóknak 28,7%-a, 1999-ben pedig 33,6%-a ópiát-fogyasztással kapcsolatos problémák miatt kereste fel a kezelőintézményeket. Megjegyzendő, hogy a droghalálozással kapcsolatos magyarországi adatok, bár a legfontosabb indikátorok egyikét képezik, csak nagy fenntartással kezelhetők és használhatók a hazai drogprobléma mérőszámaként, azt viszont mindenképpen jelzik, hogy a kábítószer-fogyasztás gyakorisága az elmúlt években a fiatalok körében nőtt.

A szenvedélybetegségek megelőzése rendkívül összetett tevékenység. A társadalmi-szociális, valamint a gazdasági helyzet alakulása mellett tiltó és ösztönző módszerekre egyaránt szükség van. Ugyanakkor a felvilágosítás, nevelés, tudatformálás igen nagy szerepet játszik a megelőzésben. Nem kétséges, hogy a megfelelően képzett személyzet elengedhetetlen e feladatok ellátásához. Az addiktológiai képzési és -kezelési rendszer fejletlen. A kezelésbe vont páciensek számának regionális megoszlása rendkívül egyenetlen. A megelőzésben, a gyógyításban és a rehabilitációban a társadalom minden részének szerepe van. Jelenleg is több olyan programról tudunk, amelyek célja a szenvedélybetegek számának csökkentése, ezek közül kiemelkedő jelentőségű a *Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására*. Ennek része a drog- és alkohol-szakrendelések átvilágításának programja, a drogambulanciák minőségfejlesztési programja. Az ellátórendszer fejlesztésére vonatkozó, valamint az addiktológiai képzés korszerűsítésére vonatkozó programok megfelelnek az európai uniós ajánlásoknak.

A rendszerváltozás befejezése, európai integrációnk sikeres véghez vitele csak akkor lesz eredményes, ha legfőbb erőforrásunk, állampolgáraink alkotó ereje nem törik meg minduntalan, és létszámában sem fogyatkozik tovább. Ehhez kell a mindenkori kormányok elszántsága, nem lankadó programalkotása és az egész társadalom meggyőződésből fakadó aktív részvétele. A tízhúsz év múlva jelentkező eredmények elérése érdekében haladéktalanul lépünk kell mind egyéni életünkben, mind társadalmi méretekben. Öntudatos, magukért és utódaikért felelős és azért cselekvő polgárok lehetnek csak zálogai a jövő sikeres Magyarországnak.

Család és egészség

Bevezetés

Demonstrátori kinevezésemtől a miniszteri megbízatásig épp egy negyedszázadot töltöttem orvostudományi kutatással. Ennek során többször érzem jótékony hatását annak, hogy egyidejűleg több, egymástól látszólag távol eső témán dolgoztam. Ha a dolgok mélyén ezen egymástól eltérő dolgok között felcsillant egy közös elem, akkor már könnyű volt valami újra bukkanni. A család és egészség fogalmának összekapcsolását is ilyesminek éreztem, amikor ennek a fejezetnek a megírására felkértek. Az irodalom ismeri ezt az összefüggést, de a köztudatba nem jutott el, és a politikakészítés műhelyei nem foglalkoztak elegendő mélységben a jelenséggel.

Család és egészség: két válságterület az ezredfordulós Magyarországon. Egészségi állapotunk az elmúlt két-három évtizedben romlott, olyan országokhoz képest is lemaradtunk, amelyekkel nemrég még azonos eredményeink voltak. Ha a családokon való segítség az egészségi mutatókon is javíthat, akkor az ilyen célú programokat mihamarabb meg kell indítani. Ebben a fejezetben arra teszek kísérletet, hogy e lépések lehetséges és szükséges voltáról meggyőzzem az olvasót.

Munkám során nemzetközi és hazai kutatók eredményeire támaszkodtam. Öröm, hogy hazánkban a szakterületre vonatkozó vizsgálatoknak komoly, nemzetközileg is jelentős bázisa van. Ezért előszeretettel hivatkozom rájuk, főleg a Semmelweis egyetemen végzett vizsgálatokra. Ami a hivatkozást illeti, arra törekedtem, hogy interneten elérhető adatokra támaszkodjam. Bízva ennek az információs csatornának rohamos terjedésében, s remélem, hogy az érdeklődő olvasó könyvtárlátogatás nélkül is képes lesz elmélyedni az általam olykor csak vázlatosan érintett kérdésekben.

A fejezet elején tisztázzuk: a munka során milyen egészség- és családfogalmat használunk. Ezt követően áttekintjük a halálozási adatok alapján a magyarországi népesség egészségi állapotát. Adatokat mutatunk be arról, hogy az egyén családi állapota valóban képes hatni az egészségére. A magyarországi rossz egészségi mutatók egyik oka a terjedő depresszió, amelynek kialakulása összefügg az elmagányosodással. Ez egyben az egyik lehetséges magyarázata annak, miért van a családnak jó hatása az egészségünkre. A csa-

lád szerepét az egészségmegtartó, illetve rehabilitációs programok intézményesen eddig nem használták ki. A család úgynevezett válsága nem az intézményé, hanem a spirituális gyökereit elszagगतó emberé. A társadalmi méretekben folyó pusztulás mögött az anómia jelensége áll. A fejezet végén a lehetséges kitörési pontokat keressük. Végkövetkeztetés: a rossz egészségi állapoton pusztán egészségügyi eszközökkel nem lehet segíteni, elengedhetetlen a háttérben zajló káros társadalmi folyamatok megállítása, valamint a mindezen tényezőt figyelembe vevő családpolitika kialakítása és végrehajtása.

Fogalommeghatározások

Az eltérő fogalomhasználatból fakadó félreértések elkerülése céljából érdemes tisztázni, milyen értelemben használjuk e szavakat: egészség, család. Fogalommeghatározás dolgában az egészség áll jobban. Közismert és általánosan elfogadott az Egészségügyi Világszervezet megfogalmazása: az egészség a teljes testi, lelki és szociális jólét állapota.

A család fogalma nehezebben meghatározható. Nem véletlen, hogy a magyar jogban is több – tehát törvényenként eltérő – meghatározás létezik.

A fogalom eredeti értelmének megértése érdekében üssük fel az egyházas-sággal nem vádolható Tolnai világlexikont. A következőket olvashatjuk: *„Család alatt rendesen a szülők és gyermekek, tágabb értelemben rokonok szélesebb körét értjük. A C. az ember társaséletének egyik legősibb és legfontosabb formája, a faj fenntartásának szerve. Megalapítása a férfi és nő megszabott módozatok szerint történő egyesítésével, a házassággal történik. A házasság különböző megkötési módjai (nőrablás, vásárlás, szerződés satöbbi), valamint különböző formái (egynejűség, többnejűség, többférjűség, csoportházasság), nemkülönben a kötelék szigorúsága és tartama (válás) nyilván hatással vannak a gyökerét alkotó család szervezetére is. Különösen régebben voltak elméletek, melyek úgy vélték, hogy a férfi és a nő viszonyának rendezettségét, a házasság intézményét megelőzte bizonyos szabálytalanság, promiszkuitás állapota. Ma általános az a nézet, hogy a házasság és a családi szervezet az emberiség minden fejlődési fokán megtalálhatóak, ha formáik, a családtagok helyzete s a rokonság fogalma a legkülönbözőbb változatokat tüntetik is fel. ... Vannak tanok, melyek a monogámikus házassági és családi rend elévült voltát hirdetik, és annak helyébe korlátlanabb, »szabad« szerelmi életet s a gyermekek állami nevelését kívánják. Az efféle törekvések azonban nem számolnak az ember legalapvetőbb és legősibb tulajdonságaival; minden ellenkező kísérlet ellenére, minden valószínűség szerint a monogámikus házasság és család fog maradni az emberi társasélet csírája és sejtje, az egyéneknek a gyermekben való továbbfolytatása, legszebb örömeik forrása. Azonban a családi élet súlyos kötelességekkel is jár, a gyermekek létrehozásához*

azok nevelésének feladata járul, mely munkában a társadalom osztozhatik a családdal, de teljesen mentesíteni nem képes.” Bizonyára sokan rettenetesen elavultnak érzik a fentieket. Mégis, a hatvanas évek lázadásai után a világ sok pontján, így az Egyesült Államokban is, az új generáció számára ez az életforma vonzóbbnak látszik mint mindennek a tagadása. A továbbiakban a család szót a maga köznapi értelmében használjuk. E szerint a család a férfi és nő házasságon alapuló együttélése, amely a lehetőségek szerint gyermekek felnevelésével teljesedik ki.

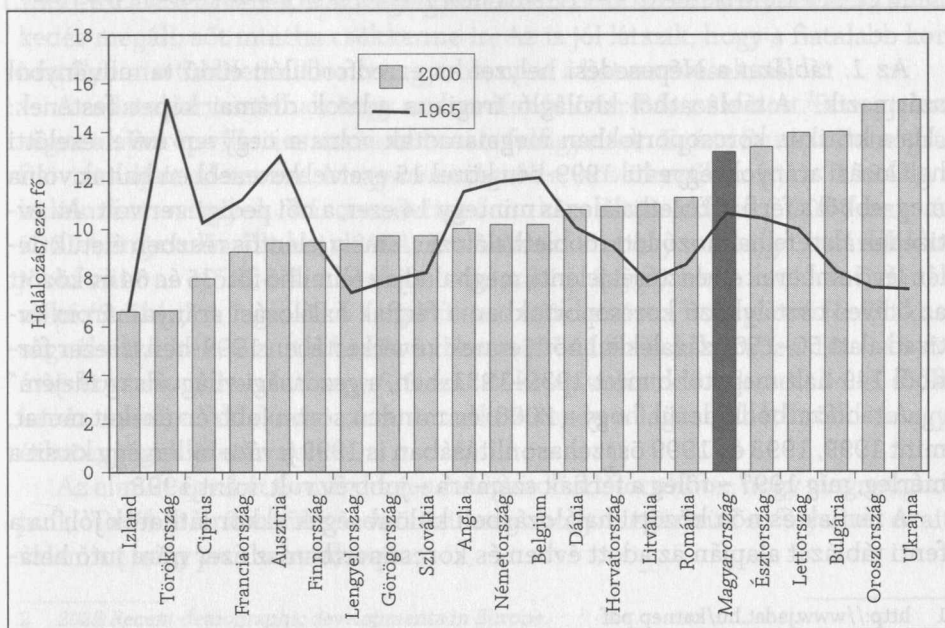
A magyarországi népesség egészségi állapota

Ha valaki csak felszínesen vizsgálja a magyar halálteki statisztikákat, arra következtethet, hogy halálkozásunk megegyezik a nálunk fejlettebb országokéval. Ez a halálkozás okainak felsorolására és egymáshoz való arányára többé-kevésbé igaz, de nem igaz a halál bekövetkeztének életkorára. Lehet, hogy ugyanazokban a bajokban halunk meg, de hamarabb. A helyzet drámaiságát a halálzás adatok mutatják.

Összehasonlítva egyes európai országok halálzás adatait, meglepően nagy eltéréseket látunk. A magyar halálzás Európa legrosszabbjai között van.

1. ábra

Egyes európai országok halálzás 1965-ben és 2000-ben



A halálozási mutató tekintetében 2000-ben a sereghajtók a volt szocialista országok, az európai középmezőnybe közülük egyedül Szlovákia és Lengyelország került be. A hazai egészségügyi szolgálat mind tudásban, mind felszereltségben eléri a törökök szintjét, de Ciprusét is, halálozásunk mégis sokkalta rosszabb, mint az övéké. A baj okát tehát nem a gyógyítás hiányosságaiban kell keresnünk. Pár évtizede még messze nem a sereghajtók között tanyáztunk. Ezt mutatja az 1. ábrán az oszlopok (2000) és a vonal (1965) összehasonlítása. Ahol az oszlop magasabb, ott romlott, ahol a vonal felette van az oszlopnak, ott javult a halálozás. Mi sajnós a romló országok között vagyunk.

1. táblázat

Korcsoprt	Halálozás ezer megfelelő korú											
	férfira						nőre					
	1980	1990	1997	1998	1999	2000	1980	1990	1997	1998	1999	2000
35–39	3,9	4,9	4,3	4,6	4,3	3,7	1,7	1,9	1,8	1,7	1,7	1,6
40–44	6,2	7,1	7,9	8,2	8,1	7,2	2,8	3,0	3,1	3,0	3,1	2,8
45–49	9,2	11,5	11,5	11,8	12,0	11,0	4,4	4,5	4,2	4,4	4,5	4,4
50–54	14,2	16,7	16,7	17,6	16,9	15,6	6,4	6,5	6,1	6,4	6,2	6,0
55–59	20,9	24,6	23,2	22,8	23,4	21,9	9,8	9,6	9,2	9,1	9,1	8,4
60–64	30,0	34,2	33,1	34,0	33,5	32,2	15,3	14,6	13,6	13,2	13,2	12,7

Az 1. táblázat a Népesedési helyzet az ezredfordulón című tanulmányból származik.¹ A táblázatból kivilágó tragikus adatok drámai képet festenek: „Ha a kritikus korcsoportokban megmaradtak volna a negyven évvel ezelőtti halálozási arányok, egyedül 1999-ben közel 15 ezerrel kevesebben haltak volna meg; ebből a férfi többlethalalozás mintegy 14 ezer, a női pedig ezer volt. Az évtizedek alatt felhalmozódott többlethalalozás, amely jelentős részben életük délen lévő emberek elvesztését jelenti, meghaladja a félmillió főt. 35 és 64 év között az ötéves osztályközű korcsoportokban a férfiak halálozási aránya három évtized alatt 50–150 százalékkal nőtt, ennek következtében 1999-ben tízezer férfiből 149 halt meg, több mint 1930–1931-ben, a gazdasági világválság idején.”

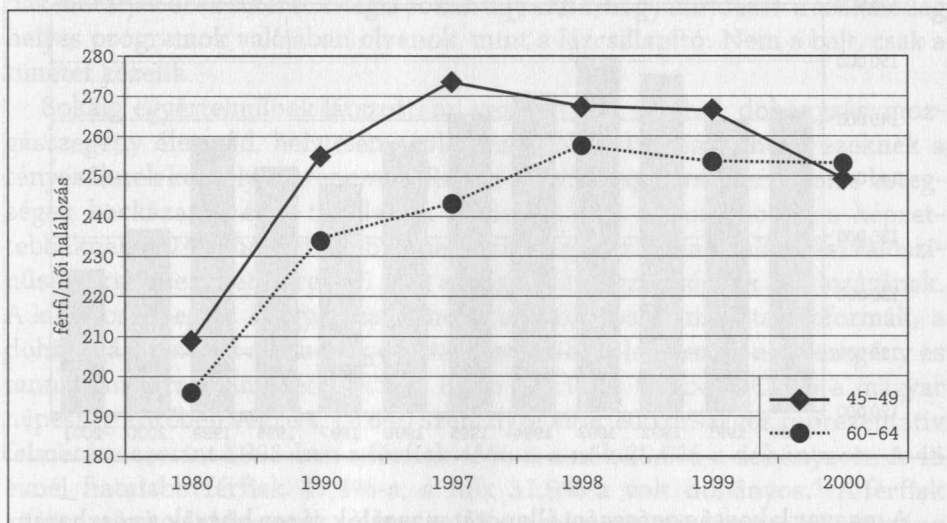
A táblázatból kiderül, hogy a 2000. év minden soron jobb értékeket mutat, mint 1999, 1998 és 1999 összehasonlításában is 1999 javára billen egy kicsit a mérleg, míg 1997 – főleg a férfiak számára – jobb év volt, mint 1998.

A férfiak és nők közötti halálozásbeli különbségek akkor láthatók jól, ha a fenti táblázat alapján az adott évben és korcsoportban az ezer nőre jutó halá-

1 <http://www.jadat.hu/katnep.pdf>

2. ábra

Férfiak halálózása a megfelelő korú nők halálózásának százalékában, két korcsoportban, 1980–2000 között

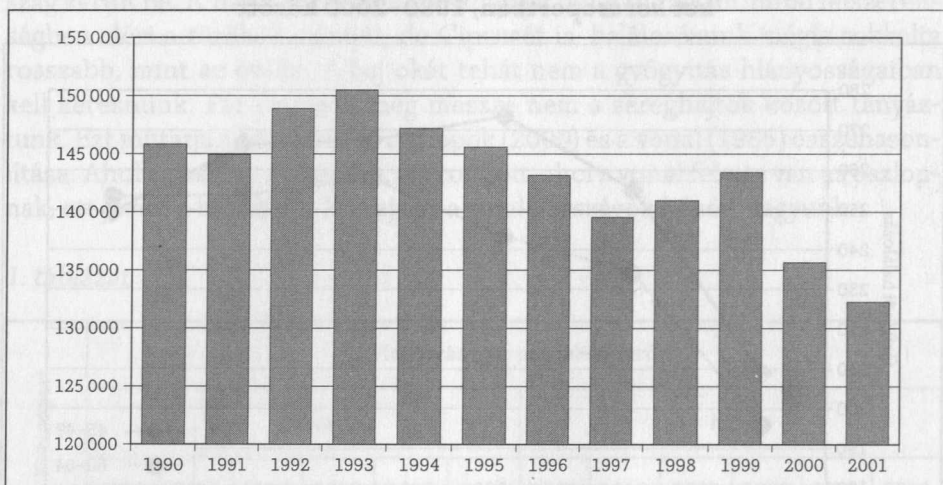


lozás százalékában fejezzük ki a férfiak halálózását. Ezt a mutatót két korcsoportban, a 45–49 évesekében és a 60–64 éves korban elhunytak csoportjában a 2. ábra mutatja be. A férfiak többlethalálózása mindenkor magas, de 1980-tól a kilencvenes évek végéig emelkedik, s az ezredfordulóra ez az emelkedés megáll, sőt mintha csökkenne is. Az is jól látszik, hogy a fiatalabb korosztályban a többlethalálózás nagyobb, mint a hatvanéveseknél.

Az adatok arra utalnak, hogy az ezredforduló fordulatot hozott. Erre a jelenségre az Európa Tanács szakemberei is felfigyeltek. Egész Európa demográfiai trendjeit elemezve Magyarországról a következőket írják: 1994-ig a halálózási arányok három évtizeden keresztül nőttek. 2000-ben és 2001-ben javulás állt be, a 2001. évi halálózási arány mintegy 3 százalékkal jobb, mint az előző évi. A férfiak halálózási aránya jobban csökkent, mint a nőké (3. ábra). A leginkább szignifikáns csökkenést a középkorú férfi lakosságnál észlelték. Az utóbbi két évben a 35–44 évesek körében 10, a 45–59 éves korcsoportban mintegy 6-8 százalékos javulást következett be. A csökkenés minden halálózási okra vonatkozott, de a legszembetűnőbb az agyi érbetegségek esetén volt.²

Az elmúlt egy-két év még nem ad elegendő adatot ahhoz, hogy megnyugodjunk. További erőfeszítésre van szükség, hogy megértsük a folyamat okait, valamint hogy javíthassunk rajta.

2 2022 Recent demographic developments in Europe.

A magyarországi halálozás változása 1990–2001 között

A magyar lakosság egészségi állapotát vizsgálók régen húzzák a vészharangot. A helyzet komolyságát a vezető halálozási ok egyenkénti vizsgálata is jól mutatja. 1999-ben több mint 19 ezer ember halt meg Magyarországon szélütés következtében. Különösen magasnak tekinthető a 65 év alattiak szélütés okozta halandósága. Ez férfiak esetében közel négy és félszerese, nők esetében közel három és félszerese az Európai Unió átlagának. A szélütés hazánkban – a fejlett államokhoz hasonlóan – a harmadik leggyakoribb halálozási ok, de fiatalabb életkorban viszik el áldozataikat, mint máshol. Az 1950-es években a hazai szélütés-halálozás még az európai átlag szintjéhez közel állt. Ezt követően 1980-ig kiugró mértékű romlás következett be, ekkor a magyar szélütés-halálozás Európában a hatodik legrosszabb volt. Az 1980-as évek eleje óta lassú csökkenést láttunk, de a szélütés okozta halandóság még mindig meghaladja az Európai Unió átlagos halálozásának kétszeresét.

„A roncsoló agyvérzés vagy az agytrombózis okozta agykárosodás 30 napon belül mintegy 12-20 százalékban, egy éven belül pedig 25-30 százalékban vezet halálhoz. A szélütés bekövetkeztétől számított várható élettartam valamennyi szélütéses beteget figyelembe véve nem több mint 2-3 év. A szélütést szenvedett betegek mintegy 60-70%-a nem a megfelelő profilú osztályra kerül. Itt az akut halálozás mintegy 4%-kal magasabb, mint a szélütés-osztályokon, ami évi több mint 500 elkerülhető akut halálozást jelent. Az időskori életminőség-romlás egyik legfontosabb tényezője az agyérbetegségek okozta károsodás.” Ezt írja a Népegészségügyi Program³, amit átdolgozva ugyan, de

3 http://www.eum.hu/eum/politika/neu_alprog2.htm

az új kormány is folytat. Ugyanígy vizsgálhatnánk a szív ereinek megbetegedését és hasonló képet kapnánk. Ezeknek a bajoknak a mérséklésére, főleg megelőzésére konkrét egészségvédő programokat kell indítani. Nemzetközi példák mutatják ezek sikerét. Mégis sokan úgy érzik, hogy mindezek a szakmailag helyes programok valójában olyanok, mint a lázcsillapító. Nem a bajt, csak a tünetet kezelik.

Sokáig egyértelműnek látszott, mi vezetett ide: alkohol, dohányzás, mozgásszegény életmód, helytelen táplálkozás. Nem kétséges, hogy ezeknek a tényezőknek komoly szerepe van. Rajtuk kívül a szegénység is növeli a betegségek kockázatát, és a tanulatlan ember esélyei is rosszabbak a képzetetteknél. A 74 évnél fiatalabb és nem érettségizett férfiak halálozási valószínűsége majdnem kétszerese (1,8 ×) a magasabb végzettségűek halálozásának. A különbség egyik magyarázata, hogy az önkárosító magatartásformák, a dohányzás, a kóros alkoholfogyasztás gyakoribb a lemaradó, azaz szegény és tanulatlan társadalmi rétegekben. Kopp Mária és Csoboth Csilla a magyar népesség körében végzett, 12 640 személyre kiterjedő országos reprezentatív felmérése szerint 1995-ben a férfiak 45%-a, a nők 26,6%-a dohányzott. A 45 évnél fiatalabb férfiak 47,9%-a, a nők 31,9%-a volt dohányos.⁴ A férfiak között mind a dohányosok aránya, mind a napi cigarettaszám, mind a tömény alkohol fogyasztásának mennyisége lényegesen nagyobb az alacsony végzettségű rétegekben.

A családi állapot lényegesen befolyásolja egészségünket, életkilátásunkat

A 19–20. századi természettudományos szemlélet nem sokat tud kezdeni egy olyan hipotézissel, hogy a családi állapot kihat az ember egészségére. A betegségek oka valamely külső hatás, a kórokozó. A kórokozót meg kell ismerni, el kell távolítani, ha nincs ellene védekezés, el kell kerülni. Ezt a szemléletet a gyakorlat igazolta. Sikertült visszaszorítani a fertőző megbetegedések egész sorát: hol van ma Európában himlő, pestis, vérhas? Korlátok közé került a tuberkulózis, és hosszasan sorolhatnánk a látványos eredményeket.

Ezzel a felfogással nehéz összeegyeztetni azt a felvetést, hogy a családi állapotnak lényegi szerepe lehet egészségünkben. Ugyanakkor olyan adat sincs, amely kizárná, hogy a házasság ténye ne befolyásolhatná egészségünket. A betegségekre vonatkozó ismereteink gyors változása szerénységre int: épp a hatalmas fejlődés mutatta meg, korábbi „biztos” tudásunk mily gyorsan avul el. Ráadásul aligha lehet a betegség kialakulását egyetlen tényezőre visszavezetni. Korábbi tévedéseink is figyelmeztetnek. Az 1700-as években, Olaszországban egy új, sok esetben halálhoz vezető magas lázzal, náthával járó

4 <http://www.kredit.fogorvos.hu/archiv/dohany2.pdf>

betegséget észleltek, amely egy arrafelé szokatlan hideg időszak után lépett fel. El is nevezték influenza di freddo-nak, azaz a hideg befolyására létrejött bajnak. Innen a mai influenza szavunk. Ma már minden középiskolás tudja, hogy nem a hideg idő, hanem vírusfertőzés az influenza oka.

A betegségek kialakulása és lefolyása nem csak attól függ, hogy kapcsolatba került-e az ember a kórokozóval. Más tényezőknek, többek között az életmódunknak biztosan van komoly hatása. Van tehát értelme vizsgálni egészségi állapotunk és a családi körülmények egymásra való hatását.⁵

Már a kezdet kezdetén is számít: házasságból születélt-e

Bizonyos társadalmi vagy természeti jelenségek közötti összefüggés megismerésének az a módja, hogy megvizsgáljuk: halmazottan fordulnak-e elő együtt, vagy sem. Ha például azt kérdezzük: hat-e az újszülöttek testsúlyára az, hogy a szülőanya házasságban él-e, vagy egyedül, a közvélemény alighanem könnyen rávágja: ugyan, már miért hatna? A kutató nem dönt elhamarkodottan, még a nyilvánvalónak tűnő dolgokat is szereti adatokkal alátámasztani. Ilyen vizsgálatok tárták fel, hogy az egészség és a családi állapot között van és jelentős a kapcsolat.

Az alacsony testsúllyal való születés növeli a betegségek kockázatát. A házasságon kívül születettek körében kétszer akkora a kis súlyú újszülött érkezésének esélye (8,4%), mintha a baba házasságban élő anyától származik (3,9%).⁶ Az eltérés statisztikailag jelentős, azaz alig van valószínűsége annak, hogy a kutatók véletlenül kapták a fenti eredményt. Többen ebben egyértelműen a házasság előnyeit látják bizonyítva. A várandós anya lelkiállapota érdemben befolyásolja a magzat fejlődését. Az pedig nem kíván magyarázatot, hogy a jövődő gyermekkel magára maradt anyának, ha más téren nem, anyagi szempontból többnyire nehézségekkel kell számolnia. (Ezért kap a legtöbb országban kiemelt szociális támogatást a gyermeket egyedül nevelő szülő.) A jelenség magyarázatába be kell vonni az érintettek életkorát is: a tizenéves anyák gyermekének is nagyobb esélye van, hogy kis súllyal születik, mint az idősebbeknek. (Ebből a szempontból öröndetes hír, hogy például az Egyesült Államokban az ezredfordulóra jelentősen csökkent a tizenéves anyák száma.)

5 A család és egészség kapcsolatát egyesek a családtagok között halmazódó, tehát örökletes megbetegedésekre vonatkoztatják. Ebben az írásban erre az összefüggésre nem térünk ki.

6 http://www.co.ramsey.mn.us/ph/hi/hpp_lbaw.asp

A társas életet élő embernek több esélye van egyes betegségek túlélésére

A családi állapotnak egészen más területeken is szerepe van a betegségek alakulásában. A szívinfarktus túlélésére a magánosoknak csak ötven százalék esélyük van, a házasoknak nyolcvan. Nem a házasságnak mint jogintézménynek van jelentősége: azok is a jobb túlélési esélyű csoportba tartoztak, akiknek házastársa ugyan nem volt, de bizalmas jó barátja igen. A „tartozom valakihez,” „fontos vagyok valakinek” érzése lehet a lényeg, de ez persze csak az egyik tényező a sok közül. Az az egyébként szerencsés helyzet, hogy valakinek mind házastársa, mind jó barátja van, már nem növelte tovább a szívinfarktus túlélésének esélyeit.⁷ De ez az adat is alátámasztja: *az ember nem elég önmagának*. Társas lény, s különféle társas kapcsolatainak között az alapvető a házasság. Megléte visszahat egész életünkre, és befolyásolja még egészségünket is.

Hasonló következtetésre jutott Redford Williams doktor, aki a Duke egyetem egyik kutatási központjának az igazgatója. Megfigyelései szerint, a magányosan élők másfélszer nagyobb valószínűséggel kapják meg a második infarktust mint a családosok. Hat hónappal az első kórházba kerülés után a fele meghal azoknak, akiknek nincs sem jó barátjuk, sem házastársuk.⁸

Ugyancsak a Duke egyetemen vizsgálták meg 1400 olyan ember kórtörténetét, akiknek legalább egy koszorúérágukon súlyos elzáródást találtak. Az ötéves túlélés valószínűségét mérték. A házastárs és közeli barát nélküliek csoportjában háromszor annyian haltak meg ezalatt az idő alatt, mint azok közül, akik tartoztak valakihez.⁹

Természetesen számolhatunk az ellenvéleményekkel. Sokak szerint a rossz házasságban élők számára a házasság pusztasága nem véd az elmagányosodás ellen. A rossz házasság káros hatásai valóban tetten érhetők. Egy 2000-ben megjelent tanulmányban¹⁰ 103 betegen végzett vizsgálatot ismertettek. Azok körében, akik nem voltak megelégedve házasságukkal, vastagabb volt a szív fala, mint a boldog házasságban élőké. Ennek megfelelően a vérnyomásértékeik is magasabbak voltak. (A vérnyomás emelkedése a szív bal kamrájának megvastagodását okozza.) Ésszerű a szerzők következtetése: érdemes erőfeszítéseket tenni a házasság megjavítása érdekében.

7 Barry Franklin: *Social factors also play role in heart disease*. Detroit Free Press, 2000. július. 18. (http://www.freep.com/news/health/good18_20000718.htm).

8 http://helping.apa.org/mind_body/heart.html

9 Chris Woolson: *Depression and Heart Disease* (<http://ahealthyadvantage.com/topic/depression>).

10 *Archives of Internal Medicine*, 160: 3453–3458. 2000.

Még a befejezett házasság is segít

A stockholmi egyetemen a szívizomelhalás, illetve az agyvérzés utáni túlélés esélyeit hasonlították össze a házas és a nem házas emberek között. A csoportok kialakítása során nem törődtek azzal, hogy pillanatnyilag van-e társa a betegnek, csak azzal, hogy valaha összekötötte-e az életét valakivel, vagy sem. Így is azt tapasztalták, hogy a házasság nélküli élet növelte a kockázatot.¹¹

A családi szempont hiányzik még a legjobb egészségvédő programokból is

Az elmúlt évtizedben Magyarországon több kormányzati indíttatású program született, amely azt remélte, hogy alkalmazásával egészségesebbé válik a beteg és korán elhaló társadalmunk. E programok nem támaszkodtak arra a lehetséges segítő erőre, amelyet a fent idézett példák alapján a családtól várhatunk. Házastársat nem írhat receptre a doktor, de azért az meglepő, hogy a népegészségügyi programokból a családi szempont rendre kimarad.

„A szélütés katasztrófa, és nemcsak a beteg számára, de a tartós ápolási igény miatt a család és a társadalom számára is az egyik legnagyobb anyagi, fizikai és lelki terhet jelentő betegség” – olvasható a már idézett Népegészségügyi Programban.¹² A beteg családját nemcsak mint a terhek viselőjét, hanem mint a gyógyulás tényezőjét kellene tekinteni. Meggyőződésem, hogy az 1992-ben elindított Nemzeti Stroke Program és más egészségvédő programok ebbe az irányba is továbbfejlesztendők.

Ugyanezt elmondhatjuk a szívbetegségekkel kapcsolatban is. Az igen körütekintő program, amely valós esélyt ad a koszorúér-betegségek okozta halálozás visszaszorítására, illetve késleltetésére, ugyancsak figyelmen kívül hagyja azokat a tényezőket, amelyek a családi körülményeken keresztül javítják a túlélés esélyeit.¹³

Az egészségromlás egyik fő oka: a depressziós tünetegyüttes kialakulása

A családok helyzete ugyancsak problémákkal teli, ezért adódhatna egy munkahipotézis, hogy a rossz hazai halálozási mutatókért a családok válságát tegyük felelőssé. Ugyanakkor az sem zárható ki, hogy a két válság valamiképp

11 Susan Aldrige, PhD: Marriage protects your health. *British Medical Journal*, February 16, 2002 (<http://healthandage.org/Phome/gm=2!gid1=1206>).

12 http://www.eum.hu/eum/politika/neu_alprog2.htm

13 http://www.doki.net/tarsasag/hypertension/upload/hypertension/document/1_alprogram.htm

egy töről fakad. Haladjunk tehát tovább annak megértésében, hogy mi a rossz egészségi mutatók valódi oka.

Pusztán az ivás, a dohányzás és egyebek nem teljes értékű magyarázatok. Valami ráviszi az embereket, hogy ezekhez a pótcselekvésekhez folyamodjanak. Tévednek azok is, akik genetikai meghatározottságot vagy más, általunk nem befolyásolható tényezőt keresnek a helyzet magyarázatára. A korai halál nem magyar sorscsapás – írja Kopp Mária.¹⁴ Legalábbis nem elkerülhetetlen. Nem is volt mindig jellemző ránk. 1965-ben az angol vagy osztrák, német, francia halálozási arányok a magyar mutatóknál rosszabbak voltak (1. ábra).

Mi történt Magyarországon a nyolcvanas évtizedben? Az egészségügyi ellátás szakmai színvonala nem romlott. A rendelkezésre álló anyagiak szűkösek, de nem annyira, hogy magyaráznák a drámai fordulatot. Kopp Mária egy 1988-ban és 1995-ben elvégzett vizsgálat alapján – amely közel 13 ezer, 16 évesnél idősebb emberre vonatkozott – úgy találta, hogy a magyar lakosság testi egészségromlásában a legfontosabb tényező a depressziós tünetegyüttes. Ez nem depressziós megbetegedés,¹⁵ hanem olyan negatív érzelmi állapot, amelynek legfontosabb jellemzői a tehetetlenség, a mások iránti érdeklődés csökkenése, a döntésképtelenség, az önvádolás, a jövő reménytelenségének érzete.

A depressziós állapot jelentősen fokozza az egészségi kockázatot mind közvetve, azaz az önkárosító hatásai révén, mind közvetlen élettani hatásaival. Van, aki az alkoholban vagy a dohányzásban keres vigasztalást, illetve végső segélykiáltásként az öngyilkosságra gondol.

A depressziós állapot kialakulása elsősorban világlátásunktól, beállítottságunktól, céljaink és lehetőségeink összhangjától, illetve ezek zavaraitól függ. Ha valaki sokat vár el elsősorban saját magától, és közben mindenkiel szemben bizalmatlan lesz, szinte biztosan egészségrontó depressziós állapotba sodródik. Fordítva, aki gondjaiban családtól, baráttól, ismerőstől bizton számíthat segítségre, sokkal kevésbé válik depresszióssá, mint az előbbiek.

Kopp Mária és munkatársai 1988-ban súlyos depressziós tünetegyüttest (meghatározása: az érintett mindennapi feladatainak ellátásában már súlyosan korlátozott és feltétlenül kezelést igényel) észleltek a megvizsgáltak 2,9 százalékában. Ez az előfordulás 1995-re, tehát hét év alatt több mint kétszerezésére (7,1 százalékra) emelkedett. A depresszió kialakulása nagymértékben összefüggött a társadalmi-gazdasági helyzettel, jelesen a munkanélküliséggel. A depressziós tünetegyüttes kialakulását nagyon befolyásolta az illető képzettsége: 1995-ben Kopp és munkatársai a súlyos formát hétszer gyakoribb-nak találták segéd munkások körében, mint diplomásoknál.¹⁶

14 *Praxis*, 6, 11: 37–45. 1997. (<http://www.behsci.sote.hu/prax.htm>).

15 <http://www.medlist.com/HIPPOCRATES/II/3/169.htm> – Ezt a hivatkozást ajánlom az „endogén” depresszió iránt érdeklődőknek.

16 *Lege Artis Medicinae*, 7, 3: 136–144. 1997.

A családi háttér szerepe a depressziós tünetegyüttes kialakulásában

A depresszió vizsgálata a család szerepe szempontjából is fontos összefüggéseket tárt fel. Akinek az apja segédmunkás, több mint kétszer magasabb depresszióértékeket mutatott, mint akinek az apja diplomás vagy valamilyen vezető beosztású volt. Az átalakulás időszakában tehát a családi háttér, amely anyagi és erkölcsi támogatást jelent, az egyik meghatározó tényezője a testi és a lelki egészségnek. Ez a tényező ugyanakkor nem abszolút, az 1988-as felmérésben sokkal kisebb szerepet játszott, mint 1995-ben, amikor a gazdasági változások árnyoldalaival is szembesülnie kellett a lakosságnak.

Vonjuk le a következtetést: a depresszió rontja egészségünket, s a harmonikus családi élet segít, hogy elkerüljük magát a depressziót. A családok tehát nagy szerepet játszhatnak mind a depressziós állapot megelőzésében, mind a depresszió talaján kialakult egészségkárosodások legyőzésében. De alkalmas-e a mai család erre a feladatra?

A család a modern világban

A szociológus számára család a társadalmi kiscsoportok egyike.¹⁷ A statisztika csak a szülőket (vagy egyedülálló szülőt) és velük együtt élő nem házas gyermekeiket számítja a családhoz. Ennek alapján három családtípust különböztet meg: házaspárt, házaspárt gyermekkel, továbbá egy szülőt gyermekkel.¹⁸

A család valamilyen formája minden emberi társadalomban létezett. Maguk a formák nagyon változatosak voltak ugyan, de egyetértés van abban, hogy a monogámia a leggyakoribb házasságtípus az emberiség történetében.

A család, „a legrégebb emberi intézmény és közösség” számos mélyreható változáson ment át az idők folyamán. Sokféle feladatnak felelt meg: valaha egyszerre adott teret a legmélyebb és legszorosabb emberi kapcsolatoknak, de a munkának és a szórakozásnak is. A család volt a mindennapi élet alapvető kerete, a párkapcsolatok elfogadott intézménye, a gyermeknevelés természetes helye, a jövedelemszerzés és az élet fenntartásához szükséges munkamegosztás szervezője. Itt említhetjük a családnak a tanításban játszott pótolhatatlan szerepét. A felnövekvő gyermekek a közösen végzett munkának kezdetben nézői, majd játékos utánpótlásai voltak: Felcseperedvén természetesen résztvevői is lettek. Ez teljes mértékben az ember természetéből fakad: a gyer-

17 Csoport: az egyéneknek olyan együttese, amelyet közös ismérvek kötnek össze. Kiscsoport: tagjai egymással többé-kevésbé szoros kapcsolatban vannak. Munkahelyi, lakóhelyi közösségek, iskolai osztályok, kis egyesületek, körök, klubok, baráti közösségek, a rokonság és a család.

18 A családtól meg kell különböztetni a háztartás fogalmát. Ez az együtt lakó és a megélhetési költségeket megosztó, együtt fogyasztó (étkező, tartós javakat közösen használó) emberek csoportja, akik általában, de nem szükségszerűen rokonok.

mek mintakövető. Mai társadalmi bajaink egy része abból adódik, hogy a modern család már nagyon ritkán munkahely. A szülő vagy a szülők gyermekeik szemétől távoli munkahelyeken szerzik meg a megélhetéshez szükséges jövedelmet, s a gyermek számára jobb esetben a nagyobb testvér vagy a barát jelenti a mintát, rosszabb esetben a televízió.

A család öt fontos funkciója: a *termelési*, a *fogyasztási*, a *reprodukciós funkció*, a *családtagok pszichés védelme*, végül a *gyermekek szocializációja*. Témánk szempontjából a két utóbbinak van különös jelentősége.

Viták a család szerepéről

A családdal kapcsolatban heves vitákra számíthatunk mind a szaktudományok, mind a politika területén. E vitákban három, egymástól eltérő megközelítéssel találkozhatunk.

1. A családdellenes tábor szerint a család intézményesen elnyomja a nőket, és torzítja a gyermekek személyiségfejlődését. A pszichiátriai problémák legfőbb oka maga család. A család teljes eltűnése kívánatos.

2. A családbarát tábor ellenzi a házasság felbontását, a „két szülő és gyermek(ek)” típusú családtípustól eltérő formák elterjedését. Nem tolerálja a homoszexualitást. Elveti a művi abortuszt.

3. A családsegítők nem az eszmények oldaláról közelítenek, hanem amennyiben nehéz helyzetű családokkal találkoznak, megpróbálnak segíteni.

A viták érzelmi töltését az első két csoport összeütközései adják. Tartozom az olvasónak azzal az őszinteséggel, hogy kimondom: a második csoportot érzem magamhoz közel, de nagyra becsülöm a harmadik megközelítést is.

A válság jelei

A következőkben – a fenti csoportok közti vitákat lehetőleg kerülve – a modern társadalmakban észlelhető jelenségeket foglalom össze.

- Az első házasságkötés későbbi életkorban történik.
- Megnőtt a házasságon kívül együttélők aránya.
- Az 1960-as évek közepétől nőtt a házasságon kívüli születések aránya. Két típus létezik: fiatal, egyedülálló nők, illetve az együtt élő párok gyermekei.
- Emelkedik a válási arányszám.
- Megnőtt a gyermekével egyedül élő szülők száma. Az ilyen háztartások körében gyakoribb a szegénység.
- Megnőtt az egyszemélyes háztartásban élők aránya. Sok az özvegy, az elváltak nem házasodnak újra, a fiatal felnőttek még nem házasodnak meg, de önálló háztartásban élnek.
- Csökken a családok gyermekszáma.

Mindezek a jelenségek a családellenes hangot megütők véleményét látszanak alátámasztani: mintha a hagyományos (keresztény) családmodell eltűnőben volna. Sokan ki is mondják: elavult, nem felel meg a haladás, a modern kor igényeinek. Ezzel szemben a szaktudományok sorra produkálnak olyan adatokat, amelyek a hagyományos családi életforma előnyeit támasztják alá. A házasságban élőknek kedvezőbb az egészségügyi helyzete, kevesebb köztük a bűnöző és az alkoholisták, magasabb gyermekeik iskolázottsága.¹⁹ A család védelmében felsorakozik a társadalom is: családmozgalmak alakulnak, a családvédelem – mind állami, mind civil oldalról – szervezetté válik. Bármily borús képet mutatnak a családok helyzetét leíró adatok, egyre inkább egyértelmű, hogy a modern társadalom sem mondhat le azokról a nyilvánvaló előnyökről, amelyeket a hagyományos család biztosít tagjai számára.

A magyar családok helyzete

A nyers házasságkötési arányszám (az ezer főre jutó házasságok száma) a második világháború utáni első tíz évben általában 10 fölött volt, azóta lassan csökkent, 1995-ben már csak 5,2. Az első házasságkötéskor a nők átlagos életkora az európai összehasonlításban még alacsony (1995-ben 22,2 év), de nálunk is emelkedik. Az első házasságot kötő férfiak átlagos életkora 25 év, a férfiak és feleségek közötti átlagos korkülönbség 2,8 év. A nyugat-európai tendenciáktól eltérően Magyarországon elsősorban az elvált és az özvegy nők élnek élettárssal.

A nyers válási arányszám (az ezer lakosra jutó válások száma) az utóbbi években csökkent. A házasságon kívüli születések aránya az összes élveszületések között 1945 után először lecsökkent a két világháború közötti időszakhoz képest, majd lassan növekedni kezdett. Az utóbbi években erősen nő, de még mindig sokkal alacsonyabb, mint egyes észak-európai országokban. A magyar társadalomban elsősorban az alacsony iskolai végzettségű nők körében fordul elő a házasságon kívüli szülés.

A 19. századhoz képest alapvető változások történtek a családok életében. Meghosszabbodott a várható élettartam, s ezzel együtt a házasságok hossza is. Ma egy házasság 40-50 évig is eltarthat, régen csak 20-30 évig tartott.

Napjainkban a gazdasági szerepek és az anyagi-vagyoni szempontok kisebb szerepet játszanak a házastárs kiválasztásánál, mint 1945 előtt. Régebben a családok jelentős része különálló gazdasági egység volt. Mivel az érzelmek a gazdasági adottságoknál lényegesen változékonyabbak, a 40-50 évig tartó házasság folyamán a korábbinál gyakrabban állhat elő olyan helyzet,

¹⁹ http://puska.index.hu/upload/Statisztika%20tetelek_2000-Sep-%208-11:35:14.doc

amikor az érzelmek már nem képesek a házastársakat együtt tartani, ezért különélésre vagy válásra kerül sor.

Több vizsgálat szól amellett, hogy a magyar lakosság értékrendjében a család és a gyermek más országokhoz viszonyítva fontosabb helyet foglal el. A család válságára utaló jelenségeket inkább bajként, mint valamiféle természetes változásként éljük meg. 1993-ban a szülőképes korúak családfelfogása a hagyományos értékrendet követte. A legpozitívabb értékelést a „házastárs-sal és gyermekkel élni” családforma kapta. Pedig a magyar helyzet sem tekintethető családbarátnak. A fiatal házaspárok számára például a lakáshoz jutás igen nehéz feladat, a családok életszínvonalát az eltartott gyermekek száma is meghatározza.

A családok tényleges helyzetéről és az új nemzedék fejlődésére gyakorolt hatásairól Susánszky és munkatársai 1998-ban a „Jobb egészséget a nőknek” kutatási téma keretében végzett országos felmérése is szól. A kutatás a 16–24 éves nők körére terjedt ki, és a fiatal női korosztály életminőségének, ezen belül elsősorban az egészséggel kapcsolatos életminőség feltárására irányult.²⁰ Azt tapasztalták, hogy a családoknak még a fele sem mentes a veszélyforrásoktól (47 százalék), míg 31 százalékukban egy veszélyforrás jelent meg, 22 százalékukban pedig több.

A pszichés kondíció, a felmerülő nehéz élethelyzetek, konfliktusok, válságok megoldása befolyásolja az egészség megtartásának, a megbetegedésnek és a gyógyulásnak az esélyeit.²¹ Az a tény, hogy a családok több mint fele veszélyforrásokkal terhelt, komoly aggodalommal tölthet el hazánk jövőjéért felelősséget érző minden embert, hiszen további tömeges egészségtromlással fenyeget. A fiatal női korosztály a morbiditási statisztikák szerint egészében véve egészséges. Életüket viszonylag kevésbé jellemzik tragikus élethelyzetek, emberpróbáló nehézségek. Mindennapi gondjaik, feszültségeik azonban természetesen az ő közérzetükre is hatnak. Ennél az életkori csoportnál a közérzetnek prognosztikai jelentősége van: a tartósan rossz közérzet károsan befolyásolhatja az egészségi állapotot is.

Ráadásul a fiatalok közel egyharmada (28%) már most sem tartja megfelelőnek egészségi állapotát, és egyötödük (19%) pszichoszomatikus kondíciója rossz.

A negatív életérzésekre utaló jelek közül a tehetetlenség emelkedik ki. A különböző élethelyzetek kezelésében megjelenő nagyfokú bizonytalanság

20 Susánszky Éva – Szántó Zsuzsa – Csoboth Csilla – Purebl György: *Család: erőforrás vagy veszélyforrás? Nappali tagozatos, középiskolában és felsőfokú intézményekben tanuló fiatal lányok közérzete*. 1998.

21 Például: Kopp M. – Szedmák S. – Lőke J. – Skrabsky Á.: A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében. *Legge Artis Medicinae*, 3: 136–144. 1997., vagy Armstrong, D.: *Outline of Sociology as Applied to Medicine*. London, Butterworth-Heidemann, 1994.

és döntésképtelenség a fiatal nők közel egyharmadára (28%) jellemző. Ezt követi a világgal, környezettel szembeni érdektelenség (16%). Több mint egytizedük (13%) nem rendelkezik távlati célokkal, a jövőt reménytelennek látja. Minden tizedik fiatal nő szorong.

Közönyösség, tehetetlenség, jövőtlenség, szorongás. Ha ilyen terhekkel indulnak neki az életnek, és ha ezek az életérzések rossz hatással vannak az ember egészségére, nagyon borús évtizedek előtt áll a magyar egészségügy, illetve az egész ország.

Ha valahonnan segítséget kaphatnak a fiatalok, akkor az elsősorban a saját családjuk (feltéve, hogy az említett negatív életérzések kialakulásáért nem éppen a családi környezet a felelős). A Susánszky és munkatársai által végzett kutatás arra is kitért, hogy milyen következménnyel jár az, ha a család nem biztonság, támogatás a fiatalok számára, hanem veszélyforrás, szorongáskeltő, ellenséges hatalom. A vizsgált mintában a családok közel egyharmadára volt jellemző a bántalmazás valamilyen formája vagy az attól való félelem (32%), a szülők súlyos betegsége (30%), illetve a szülő elvesztése (32%). Deviáns magatartásformák a családok közel egyötödében (18%) fordultak elő. Szegénynek minősítette a családját a fiatalok három százaléka.

Más tanulmányok megállapításai szerint az elvált szülők gyermekei körében – függetlenül a válás óta eltelt időtől – szignifikáns mértékben gyakoribbak a magatartászavarok.²² A fiatalok megoldást keresnek a maguk számára. Gyakran találnak olyan „megoldásra”, amely első benyomásaik szerint kiutat jelent: a dohányzás, a túlzott alkoholfogyasztás, a droghasználat és a szexuális élet korai megkezdése. A család felbomlása által okozott krízishelyzetben a fiatalok gyakran ezek valamelyikéhez menekülnek. Ám a problémaelfedő megoldások kockázatosak: rögzülnek, és a krízis múltán is egészségkárosító hatásúak.

A családi veszélyforrások halmozódásával szignifikáns mértékben nő azon fiatalok aránya, akiknek *rossz a közérzetük*. A szorongás például a halmozottan veszélyeztetett családokban élő fiatalok körében háromszor gyakoribb, mint a normál (azaz veszélyeztetett tényezőtől mentes) családokban.

Láttuk, hogy a társ léte döntően befolyásolhatja egyes gyakori halálozási oknak számító betegség lefolyását. Ez a jelenség már a viszonylag betegségmentes életszakaszban is ismeretes. A *társas támogatás* fokozza az egyén megbirkózási készségét, és ezáltal hozzájárul a testi-lelki jóllét érzéséhez. A közérzetet rontó tényezők elleni védekezésben a családi háttérnek kiemelkedő jelentősége van. A fiatalok számára a család a társas együttlét alapformája, s innen kaphat elsősorban támogatást. A család az elsődleges szocializáció színtere, családi körben ismerkedik meg az ember azzal a ténnyel, hogy mások

22 Kopp M. – Skrabski Á.: *Alkalmazott magatartástudomány. A megbirkózás egyéni és társadalmi stratégiái*. Budapest, Corvinus, 1995.

is vannak a világon, és azokra is tekintettel kell lenni. A fiatal felnőttkorban és a tizenéves időszak második felében a család légköre, a közös értékrend, az egymás iránti bizalom hozzájárul a családi összetartozás élményéhez. Erre a biztonságérzetre a fiatalok egészséges fejlődéséhez szükség van. A magatartás-tudományi irodalom szerint a támogatás érzése és a bizalom nemcsak a harmonikus személyiségfejlődéshez és az egyén testi-lelki jóllétéhez elengedhetetlen, hanem társadalmi jelentőséggel is bír. Azokban az országokban, amelyeket a közös értékek elfogadása és az egymás iránti bizalom inkább jellemez, olyan viselkedési minták honosodtak meg, amelyeknek hatása a gazdaság működésében is lemérhető.²³

A család alapvető funkciói közé tartozik, hogy nehéz élethelyzetekben, krízishelyzetekben támogatást nyújtson, illetve biztosítsa azt a bizalmi légkört, amelyben a felmerülő problémákat, gondokat meg lehet osztani, tanácsot, érzelmi segítséget lehet kapni.²⁴ A Susánszky-féle vizsgálatban a fiatal lányoknak leginkább a kortársaikhoz fűződő viszonyuk és a párkapcsolatok jelentenek problémát. Ezt követik a testtel kapcsolatos különböző intim kérdések, illetve a családi és a tanulási gondok. A dohányzással, alkoholfogyasztással és a droghasználattal kapcsolatosan a válaszolóknak mintegy a fele igényelné, hogy e kérdéseket megbeszélhesse valakivel. E problémák családi megbeszélésének lehetősége azt jelentette, hogy van a családban olyan személy (apa, anya, testvér, nagyszülő), akihez ezekkel a gondokkal fordulhatnak.

A tanuló fiatal nőknek több mint egyharmada úgy vélekedik, hogy családjában nincs olyan bizalmi légkör, amely alkalmas lenne a felmerülő problémák megbeszélésére. A családok egy része nyilvánvalóan nem alkalmas ennek a feladatnak az ellátására. Megfelelő családterápiás beavatkozással ez a magas arányszám javítható. Sok esetben még tulajdonképpen professzionális családterápiára sincs szükség. Elég, ha valaki, akinek tekintélye van, elmondja: milyen fontos, hogy a nemzedékek között élő, bizalmi kapcsolat legyen. Ezen a téren nem annyira a fiatalokat, hanem a szülőket kell „nevelni”. A házassági felkészítés során talán hallottak erről, de azóta eltelt vagy másfél évtized. Az osztályfőnök, a baráti közösség egy tapasztalt tagja vagy egy templomi prédikáció már segíthet azokon az eseteken, ahol „csak” az oda nem figyelés, a család felnőtt tagjainak nem kellően súlyozott időbeosztása az oka a család belső kommunikációs hiányának. A család azzal is hozzájárul biztonságérzetünkhöz, hogy tudjuk, nehéz élethelyzetben számíthatunk a családtagokra (szülő, testvér, távolabbi rokon).

Azokban a családokban, amelyekben egyetlen veszélyforrás fordul elő, a fiatalok hasonló mértékben érzékelik a családi támogatottság meglétét, illetve

23 Fukuyama, F.: *Bizalom*. Budapest, Európa Könyvkiadó, 1977.

24 Cseh-Szombathy L.: *Családszociológiai problémák és módszerek*. Budapest, Gondolat Kiadó, 1979.

hiányát, mint a normál (nem veszélyeztető) családokban. A családi támogatottság hiánya a halmozottan veszélyeztetett családok esetében viszont szembevetendő. Azokban a családokban, amelyekben előfordult bántalmazás, illetve deviáns magatartás, a fiatalok szignifikánsan nagyobb arányban számoltak be a családi támogatottság hiányáról. Azokban a családokban, amelyekben betegség fordult elő, ott csak a bizalmi légkörben jelentkezik deficit, a nehéz élethelyzetben várt támogatásban nem. Azok a fiatalok, akik családjukat szegénynek minősítették, a családok bizalmi légkörét ugyanolyannak tartják, mint a „nem szegény” családokban élő fiatalok, viszont nehéz élethelyzetben, szignifikáns mértékben kevésbé számítanak családjuk támogatására.

Azokban a családokban, amelyekben a problémák megbeszélésére alig van lehetőség, a lányok közérzete kedvezőtlenebb, mint az erős bizalmi légkörű családokban. A negatív jövőkép, a szorongás és a nem kielégítő egészségi állapot sokkal ritkább a bizalmi légkör megléte esetén, mint annak hiányában. Azoknak a lányoknak a körében, akik nehéz élethelyzetben nem számítanak családjuk támogatására, valamennyi közérzetmutató kedvezőtlenül alakul.

A középiskolai vagy felsőfokú tanulmányait folytató fiatal női korosztály közérzetének, illetve a közérzetet befolyásoló családi jellegzetességek elemzése annak megállapítására irányult, hogy mennyiben jelent a család biztonságot, támogatást és segítséget vagy közérzetrontó veszélyforrást a fiatalok számára. A szülők súlyos betegsége, a családban előforduló deviáns magatartások, a fenyegető légkör, valamint a család szegénysége, vagyis a család működési zavarai, válsága rontják a fiatalok közérzetét, s ezért veszélyforrást jelenthetnek.

Azokban a családokban, amelyekben a veszélyforrások halmozottan fordulnak elő, a fiatal lányok körében szignifikánsan magasabb arányban jelentkeznek negatív életérzések, kedvezőtlennek ítélt egészségi állapot, illetve rossz pszichoszomatikus kondíció, mint a normál vagy a kisebb mértékben veszélyeztető családokban.

A családi támogatás két komponense közül a nehéz élethelyzetben várt segítség nagymértékben befolyásolja a közérzet alakulását, míg a problémák megbeszélésének zavarai csak a közérzet bizonyos összetevőit befolyásolják. Ennek hátterében az állhat, hogy a vizsgált korosztály számára a problémák megbeszélésében az esetleges hiányokat a kortárs csoport kompenzálni tudja, ahogy mint fentebb láttuk, a felnőttek szívproblémáinak megoldásában a közeli barátnak a házastárshoz hasonló, védő szerepe volt. A nehéz helyzetben való segítséget a fiatalok elsősorban a családtól várják.

A családok helyzete és a gyermekek vállalása

Ha a demográfiai mutatókból következtetünk az embereknek a családhoz való viszonyára, nincs alap az optimizmusra. Magyarországon már 1890-től fogva

csökkennek a termékenységi mutatók. Ha a múlt század húszas éveiben tapasztalt tendencia állandósul, már a hatvanas években egy gyermek sem született volna. Nem így történt. A születések száma és a termékenység nálunk is és Európa más részein is csökken, illetve tartósan alacsony szinten áll. Az önmegvalósítás bűvöletében élő ember gondolatvilágába már nem, vagy nem feltétlenül tartozik bele a gyermek.

A kipusztulással kapcsolatos aggodalmak a harmincas évek óta jelen vannak Magyarországon. Legyen elég utalnom Illyés Gyula *Pusztulás* című cikkére, amely 1933-ban és a *Magyarok megmentése* címűre, amely 1934-ben jelent meg a *Nyugat*-ban. Illyés Gyula a probléma megoldását anyagiaktól, egy nagyszabású földosztástól várta.

Magyarországon 1981-ben megkezdődött a népesség számának abszolút csökkenése, amely akkor Európában egyedülálló jelenség volt. Ebben a kedvezőtlennek, sőt drámainak ítélt népesedési helyzetben a cselekvés igénye állította ismét reflektorfénybe a család, a gyermekvállalás támogatásának kérdését.

A következőkben Pongrácz Tiborné és S. Molnár Edit *A gyermekvállalási magatartás alakulása* című tanulmányát idézem.²⁵

„Kérdés, hogy a statisztikai adatokból kirajzolódó népesedési magatartás hátterében milyen értékstruktúra húzódik meg, nevezetesen, hogy az egyének, családok értékrendje egybeesik-e a tényleges népesedési magatartásukkal, vagy a két szféra között kisebb-nagyobb, esetleg jelentősebb eltérések tapasztalhatók. Kutatásaink [...] azt bizonyítják, hogy a népesedési magatartásban tapasztalható változások mögött még nem következett be az értékeknek, attitűdöknek hasonló irányú változása.

Nem találkoztunk a házasság intézményének elutasításával azon sajátos népességcsoport esetében sem, mely magatartásával a hagyományos értékrend több alapelvét tevőlegesen is megkérdőjelezte, sőt »megsértette«, nevezetesen a házasságon kívül gyermeket szült anyák csoportjában. Évről évre jelentősen nő azon anyák aránya (1996-ban a születések 20%-át jelentette), akik nemcsak párkapcsolatuk, de gyermekük születésének legalizálását sem tartják szükségesnek, s e csoport vizsgálatára irányult az 1995-ben végzett adatfelvételünk.

Az egyedül álló anyák körében »a teljesen egyedül élni« forma népszerűsége a 100 fokos skálán csak 37 volt, az élettársi kapcsolaté 69, míg a házasságé 82.

A kutatási adatok vizsgálatából az is kitűnt, hogy a fiatalok, az iskolázottabbak és a vallásosak jobban preferálják a törvényes házasságot, mint az iskolázatlanok, a középkorúak és a nem vallásosak, jóllehet a házasság pozitívumait ez utóbbiak többsége is elismeri.

Még érdekesebb a kép, ha a gyermekvállalási kedv alakulását nézzük. A termékenység szintjét tekintve a magyar demográfiai helyzet »megelőzte« a

25 <http://www.tarki.hu/adatbank-h/nok/szerepvalt/ponracz97.html>

nyugati társadalmakat, mert a második világháborút követően Európában először Magyarországon csökkent a termékenység az egyszeri reprodukciós szint alá, és ez a folyamat több mint 30 éve tart. Más szempontból viszont a magyar termékenységi magatartások lényegesen különböztek a nyugat-európai mintától. A fiatalkori házasságkötés a fiatalon vállalt anyasággal járt együtt, nem volt jellemző az akaratlagos gyermektelenség, mindenki kívánt legalább egy gyermeket, általánossá vált a kétgyermekes családmóde, ritka volt a 30 vagy 35 év feletti gyermekvállalás, alacsony volt a házasságon kívüli születések aránya.

Ez a termékenységi minta az 1980-as évek elején már a változások jeleit mutatta, ami az utóbbi években egyre határozottabbá vált. Miben mutatkoznak meg ezek a változások? A termékenység hosszú ideje tartó csökkenő trendje a '80-as évekig az anyák fiatalodásával együtt ment végbe. Más szóval főleg a 30 év feletti nők termékenysége [...] esett vissza, a fiataloké viszont nem változott, sőt emelkedett. Az 1980-as évek elejétől viszont először találkozzunk a jelenséggel, hogy a termékenység továbbra is csökkenő irányzata az anyák »öregedésével« jár együtt."

Egy nemzetközi összehasonlítás, amelyet ugyanezen szerzők végeztek el, azt mutatta, hogy a magyarországi anyák 89,2%-a szerint a gyermekek élete jobb, mint a gyermekteleneké. Az apák körében ez a szám 83,5%, míg például a német anyák esetében csak 32,3%, az ottani apák körében pedig 34,6% a hasonlóan vélekedők aránya akkor is, ha csak a nyugati területeket nézzük. A volt NDK területén ez a szám egyik nem esetében sem éri el a tizenöt százaléket.

„Kérdés, hogy a gyermekes családok igen nehéz anyagi helyzete ellenére, annak ellenére, hogy a 19 éves és fiatalabb gyermekek csaknem 45%-a él a szegénységi küszöb alatt, miért ilyen kedvező mégis a gyermekes lét megítélése Magyarországon. Úgy véljük, a fiatal magyar szülőknek ezt a – minden más országtól eltérő – attitűdjét az magyarázza, hogy nálunk a gyermekes státushoz a szülők elsősorban nem az anyagi problémákat, a fizikai és idegi megterhelést, hanem a gyermek nyújtotta érzelmi többletet társítják; nálunk a gyermekkel kapcsolatban nem az áldozatvállalás, az anyagi hátrány dominál, hanem az a harmónia, boldogság, amit a gyermek léte a szülők és a család számára jelent. Az anyagi hátrányok természetesen a magyar gyermekes családokat is sújtják. Mégis a magyar szülőkre jellemző leginkább a közmondás: »gyermek nélkül a család nem család«.

A kisgyermeket nevelő magyar szülők körében tapasztalt gyermekcentrikus attitűd a lakosság egészére is jellemző. Lakossági mintán 1995-ben készített, 1000 fős közvélemény-kutatásunk adata szerint a 18 éves és idősebb korú férfiak 70 százaléka, a hasonló korú nők 78 százaléka vélekedik úgy, hogy »az életben jobb azoknak, akiknek vannak gyermekei« – mint azoknak, akik gyermekek nélkül élik le életüket. Annak ellenére így van ez, hogy köztudottan

a gyermeket nevelő családok körében lényegesen nagyobb az alacsony élet-színvonalon, szegény sorban élők aránya.”

És most néhány olyan adat, amely egyszerre örömteli és elszomorító:

Értékvizsgálataink alapján a magyar társadalom gyermekvállalási hajlandóságáról, gyermekorientáltságáról kirajzolódott igen pozitív képet erősítik, támasztják alá a KSH Népesedésszisztiikai Főosztályán, Kamarás Ferenc vezetésével végzett családtervezési vizsgálatok eredményei is. Az 1991-ben házasságot kötött fiatal párok vizsgálata viszonylag magas családtervezésről, gyermekszámról tanúskodik. Az átlagosan kívánt 2,12 gyermek erősen megközelíti az egyszerű reprodukcióhoz szükséges szintet. Leggyakoribb a két gyermek vállalásának a szándéka (61%), de feltűnően megemelkedett a három vagy annál több gyermeket kívánók aránya is (23%). A fiatal házaspárok között nem volt olyan férj vagy feleség, aki ne kívánt volna gyermeket, azaz aki tudatosan gyermektelenül kívánná életét leélni.

Egy másik 1993-ban végzett vizsgálat a 19–41 éves hajadon, házas, elvált, özvegy nőket reprezentálta országos szinten. Arra a kérésre, hogy hány gyermeket szeretne, a válaszok átlaga 2,10 volt, azaz magasabb, mint a tényleges gyermekszám. A 25 éven aluli fiatalok által kívánt gyermekszám ennél az átlagnál is magasabb (2,15), majd „a házasságban töltött évek számával, illetve az életkorral párhuzamosan csökken a kívánt gyermekek száma, de végül ezek a csökkentett tervek sem valósulnak meg maradéktalanul.

A családtervezési vizsgálatok eredményeit és az 1990-es évek termékenységi trendjeit elemezve megállapítható, hogy egyre nő a különbség a jövőbeni szándékot kifejező családtervek és az aktuális termékenység szintje között” – vonják le a szerzők a következtetést. „Az 1994. évi termékenységi viszonyok mellett egy nőnek átlagosan 1,64 gyermeke születne élete folyamán, ezzel szemben a kívánt gyermekszámok rendre meghaladják a kétgyermekes családnagyságot. [...] Ez más szóval azt jelenti, hogy [...] a gyermekvállalás kedvezőbb feltételeire várva elhalasztják az egyébként kívánt gyermekek világra hozatalát.”

A baj oka

Láttuk, hogy a hatvanas években a magyarországi halálozási arányok jobbak voltak, mint a vezető nyugati országokban (1. ábra). Mi történt azóta? Az erős romlás a Kádár-korszak öröksége. Az egészségi állapot a legjelentősebben a hetvenes-nyolcvanas években romlott. 1993-ban kezdődött némi javulás, de még nincs garancia arra, hogy végleg megfordult volna a trend. A 40–45 éves férfiak közül 1970-ben még egyharmadannyian haltak meg, mint 1989-ben. A bajt azonban nem lehet konkrétan Kádár személyéhez kötni: hasonló jelen-

ség lépett fel a többi, „szocialistának” nevezett országban: Romániában, Csehszlovákiában, Lengyelországban. Kétes dicsőség: Közép-Európában nálunk a legsúlyosabb a helyzet.

Színezi a képet, hogy ha valaki nálunk eléri a hatvanadik évét, már európai összehasonlításban sem rosszak az életkilátásai. Ha az egészségügyi ellátás lenne a fő felelős, akkor ez nem így lenne. Az a szolgálat, amely a hatvan év feletieket el tudja látni, szakmai szempontból a fiatalabbakat is meggyógyítaná.

1970-ben a magyar halálozási statisztikákban nem volt különbség a segédmunkások és a diplomások között. Hol és milyen társadalmi csoportban történt az igazi rosszabbodás? A képzetlen segédmunkáscsaládokban, földrajzi eloszlás szerint pedig: az Alföldön, majd az északkeleti régióban, Borsodban, Szabolcs-Szatmárban. Ma Szabolcs-Szatmárban és Borsodban négy évvel korábban halnak meg az emberek, mint Vas vagy Győr-Moson-Sopron megyében. 1970-ben az osztrákok nálunk fiatalabban haltak meg, ma a legjobb helyzetben lévő magyar, a vasi ember mintegy 5 évvel korábban hal meg, mint egy osztrák. Hasonló eredményt találtak litván-svéd összehasonlító vizsgálatokban is. 1970-ben a svéd és a litván halálozási arányok nem különböztek egymástól. Ma egy középkorú litván férfi négyszer olyan valószínűséggel hal meg szívinfarktusból, mint egy svéd. A hagyományos kockázati tényezőkben nincs különbség: a litvánok nem dohányoznak többet, sőt a koleszterinszintjük alacsonyabb a svédekénél. Lényeges különbség a két férfipopuláció között, hogy a litvánok sokkal depressziósabbak. A depresszióban szenvedő ember úgy érzi, hogy nem tud megbirkózni a helyzetével, hogy lemaradt, hogy értéktelen lett. A másik legfőbb tényező az úgynevezett vitális kimerültség. Ez azt jelenti, hogy az ember állandóan kimerült, fáradt, reggel fáradtan ébred, alvászavarai vannak, türelmetlen. Ez a krónikus stresszállapot. A magyarok többsége is ilyen helyzetben van. (Az időszakos stressz egyébként „az élet sója”, testileg is, lelkileg is személyiségfejlesztő. Ám ha állandósul, akkor a szervezet súlyosan károsodik, és a halálozási kockázat nő.) A litván férfiak sokkal inkább magukra hagytak, izoláltak; úgy érzik, hogy nem számíthatniak másokra. Ez az a helyzet, amelyen a házastárs, illetve a megbízható barát jelenléte segíthet. Arra, hogy a depressziós állapot nagyon súlyos veszélyeztető tényező lehet éppen a fiatal férfiak esetében, ma már nagyon sok vizsgálati eredmény utal. Súlyosabb depressziós állapot esetén négyszeresére, enyhébb esetben kétszeresére nő a szívinfarktus valószínűsége.

A német bombázások idején Angliában a lakosság egészségi állapota hirtelen jelentősen javult. A német támadások összekovácsolták az angol társadalmat, a közös ellenség közelebb hozta egymáshoz az embereket. Ez volt a helyzet Magyarországon is. Ezt a közösségi élményt adta meg nekünk 1956 is. A forradalom után – még 1970-ben is – az ország népességének zöme többnyire egységes, szolidáris volt, ugyanakkor anyagiak tekintetében éppen olyan alacsony szinten élt az értelmiségi, mint a segédmunkás. Nem érzékelte senki,

hogy lemarad másokhoz képest. Ezen változtatott a késő kádári „konszolidáció”. Új lehetőségek nyíltak: gmk-kat, gazdasági társaságokat alapítottak, ennek következtében megindult a társadalom kettészakadása. Egyesek úgy érezték, hogy lemaradnak, hogy a másik közel van a tűzhöz, és azért sikeres. Aki „közel volt a tűzhöz”, kihasználta a lehetőséget, és a teljes kimerülésig hajszolta magát. Összehasonlítási alapul ez a réteg nem a körülöttük élők világát, hanem a nyugati turistautakon látott életlehetőséget választotta, tehát szintén elégedetlen volt.²⁶ Úgy tűnik, hogy a társadalom kettészakadása az egészségi állapot romlásának egyik fő oka. A fejlődő országokban a GDP növekedésével arányosan javul az emberek egészsége. Ezekben az országokban alapvető közegészségügyi gondokat kell megoldani, és a gazdasági fejlődés megteremti ezek forrását. A fejlettebb országokban a belső jövedelemkülönbségekkel áll szoros arányban a halálozás és nem az abszolút GDP-vel.

A társadalom kettészakadása anómiához vezet

A szétszakadó társadalmakban a depresszió hátterében elsősorban az anómia áll. Az anómia fogalmának nincs megfelelő magyar kifejezése, ezért körül kell írunk. Az anómia: ellenségesség, a „legbiztosabb nem bízni senkiben” gondolkodás. Indok: az emberek általában aljasak, önzőek, csak ki akarják használni a másikat. Az anómiás felfogás szerint az ember csak azért nem követ el bűncselekményt, mert fél a leleplezéstől. Az anómiás jelenségek a depresszió igazi háttértényezői. A társadalom izolált egyénekre, individuumokra szakad, az egyén nem érzi úgy, hogy számíthat másokra, hogy beletartozna egy közösségbe. Ez az igazi egészségkárosító tényező, és éppen a fiatal férfiak esetében vezethet igen súlyos következményekhez. Van egy érdekes bizonyíték arra, hogy az anómiához kapcsolódó jelenségek nem genetikusan meghatározottak, hanem közösségi jellegűek, az életmóddal kapcsolatosak. A japánoknál körülbelül tízszer ritkább az infarktus, mint Nyugat-Európában és Amerikában. Ám a Kaliforniában élő japánok között, ha amerikanizálódtak, és nem kapcsolódtak a helyi japán közösséghez, ugyanolyanok a halálozási arányok, mint az amerikaiaknál. Akinek japán identitása van, és Amerikában is a japán közösséghez kapcsolódott, 45 év alatt ötször ritkábban kapott infarktust. Igen komoly védőhatása van a közösséghez tartozásnak. (Ez sok kisegyház, szekta sikerének titka is.)

Az anómia jelensége azonban bonyolultabb annál, mintsem, hogy a közösség hiányára visszavezethető betegségnek nevezzük. Közvélemény-kutatók,

26 Egy korabeli költő a barátjához: „Nem voltál a múlt héten Bécsben a feleségeddel?” „De igen.” „Akkor mégis téged láttalak. Viszonylag messze voltatok, de nem mentem oda hozzátok, mert valahogy nem lógtatok ki a környezetből, ahogy a magyarok szoktak.”

szociálpszichológusok, szociológusok az *anómia* fogalmát használják a társadalom nagyobb csoportjai által a társadalmilag elfogadott szabályok és normák elutasításának leírására. Az emberek úgy találják, hogy mindennapi létük biztonsága a szokásos magatartási szabályokat követve *el lehetetlenül*, és a normák nem segítenek a kívánatos célok eléréséhez. A társadalmi csoportok ilyen értelemben vett anómiája összefügg a társadalmi patológia legkülönbözőbb jelzőszámaival az öngyilkossági mutatóktól az egészségi állapoton keresztül a mentálhigiéné, a társadalmi bizalom és optimizmus állapotáig.²⁷

Míg a hetvenes, nyolcvanas évek nálunk a társadalom szétesésének kora, más, korábban igen rossz mutatókkal rendelkező országban a felemelkedése. Ez arra utal, hogy van kiút. Az egészségi mutatók tekintetében például a finnek harminc éve még rosszabbul álltak, mint mi most. A finnek megindították a maguk egészségőrző programját, amelyben a megelőzést közös üggyé tették. Húsz év alatt sikerült megfordítaniuk a folyamatot, ma kifejezetten jó életkilátásaik vannak.

Hogy a mi helyzetünk sem reménytelen, világosan kitűnik többek között a halandóság alakulásának alapos elemzéséből. A 3. ábra világosan mutatta, hogy 1993 volt a legrosszabb év, azóta előbb kisebb, olykor romlással tarkított javulás volt, majd ezt 2000-ben és 2002-ben egy jelentős javulás követte. Az elmúlt tíz évben a férfiak várható élettartama 3,6 évvel nőtt. Ezen és más ugyancsak biztató adatok alapján Józan Péter egyenesen úgy fogalmaz: „Magyarországon megszűnt a krónikus epidemiológiai válság és az ország – a halálozási viszonyokat tekintve – megkezdte a felzárkózást az Európai Unió átlagához... megalapozottan állítani, hogy a kedvező változás lényegében a rendszerváltozás eredménye.” Ugyanakkor a szerző azt is kimondja, hogy a felzárkózás még sok időt vesz igénybe.²⁸

Melyek lennének tehát a legfontosabb feladatok, hogy az embert pusztító folyamatokat vissza tudjuk fordítani? Elsősorban meg kell állítani a társadalom kettészakadását. Ne érezzék sokan úgy, hogy a társadalom nem törődik velük. Senki ne legyen magára hagyva egy ellenséges világban.

A lehetséges kitörési pontok

Három területen kell tevékenykedni, vonja le a fentiekből Kopp Mária a következtetést.

1. *Családtámogatás.* A társadalmi tőke alapja a család. A magyarok azt mondják: nem boldog, akinek nincs gyereke. Ugyanakkor a társadalom a gyer-

27 <http://www.gallup.hu/Gallup/self/polls/magyarnemzet/19980414.htm>

28 Józan Péter: Fordulat a halandóságban és az életkilátásokban, epidemiológiai korszakváltás Magyarországon? *Orvosi Hetilap*, 144: 451–460. 2003.

mekvállalást nem segíti eléggé. A gyerek számmal arányosan nő a kimerültség, a krónikus stresszállapot. A kiegyensúlyozott és gyermekekben kiteljesedő családi élet védő hatása: a diplomás férfiak esetén a depresszió a gyerek számmal fordított arányban áll.

2. *Iskola.* Ha az iskolákat fejlesztjük, akkor a lemaradó rétegeket tudjuk fölzárkóztatni. Nemcsak a mai értelemben vett iskolarendszer fejlesztéséről van szó, hanem a készségfejlesztésről, a megbirkózási készségekről.

3. *Civil társadalom.* A harmadik tényező a társadalom önszerveződésének az erősítése. A közösségnek ez a szintje ugyancsak fontos, éppen az egészség megőrzése szempontjából.²⁹

Ennek a tanulmánynak a keretei megszabják, hogy e három terület közül érdemben csak a legelsővel foglalkozhatunk.

Jó családtámogatáshoz világos családpolitika kell. Családpolitikai megfontolások akkor jelennek meg a politikában, amikor a család súlyos működészavarai jelentkeznek. Sok politikus szemében a család mindössze a munkaerő újratermelődésének helye. Problémái csak azért fontosak, mert esetleg nem lesz elég munkaerő. A családok megsegítése rendre akkor kerül napirendre, amikor a népesség csökkenése fenyeget.

Tekintettel arra, hogy magát a család fogalmát eltérően határozzák meg, és a családokat sújtó problémák is országról országra nagyon változatosak, érthető, hogy a szubszidiaritásra épülő Európai Unió nem törekedett a családpolitika közösségi hatáskörbe vonására. Ezért az Európai Unióhoz való csatlakozásnak nem lesz érdemi hatása a magyar családpolitikára. Mégis érdemes európai kitekintésben vizsgálni a témát.

Az a szavunk, hogy „nagycsalád” valaha három vagy több generáció együttélését jelentette, ma a három- vagy többgyermekes családra utal. Régen a háromgenerációs család volt az általános, ez azonban mára eltűnőben van. Dániában 1954-től 1994-ig a háromgenerációs családok gyakorisága 30 százalékról 3 százalékra esett vissza. Ez jellemző egész Észak-Európára, míg a mediterrán országokban megmaradt a 30 százalék körüli érték, sőt Spanyolországban 1994-ben még a családok 42 százalékában együtt élt a három generáció. A nagyszülő-gyermek-unoka együttélés tanulmányozásából kiderült, hogy például Dániában elsősorban azokban a családokban fordul elő, amelyekben a szülő egyedül neveli a gyermekét. Ez rámutat a nemzedékeken átnyúló szolidaritásra, a család lelki és anyagi értelemben vett védő-óvó funkciójára.

Már a 19. század második felétől érezhetően sokan a házasság kötöttségétől, a nemkívánt rokoni kapcsolatoktól féltették saját boldogságukat. Az irodalomban, de talán még inkább a mindenkori viccekben lehet utolérni ezt a magatartást: gondoljunk csak az anyósviccek özönére. A vallás erkölcsi rendjét magáról levető liberális polgári magatartás jogilag rendezett körülménye-

29 http://www.net.hu/magyarszemle/archivum/8_9-10/1.html

ket teremtett a válás számára, a szexualitás megítélésében a reprodukzív funkció fontosságát az egyéni örömszerzés elsődlegessége vette át. Korunk embe-
re a gyermekáldás helyett megismerte és általánossá tette a terhesség kifeje-
zést, és eszközök garmadáját vonultatta fel elkerülésére, beleértve a magzatok
elpusztításához való úgymond jogot is.

A házasságoknak egy része sekélyes, könnyen felbomlik, nem tölti be sem
emberi, sem szentségi funkcióját. Otthon és tartós emberi kapcsolatok hiányá-
ban igen sok ember elveszti erkölcsi-emberi tartását. Ahelyett, hogy a közösség
javát szolgálná, élőködővé lesz. Az alkoholban, esetleg a kábítószerekben
találja meg örömét. Ez előbb-utóbb váláshoz vezet. E folyamat már évtizedek
óta tart, és rossz példát ad az új nemzedékeknek, akik eleve idegenkednek az
életre szóló elkötelezettségtől: egyre többen élnek élettársi kapcsolatban.

A családszerkezet átalakulása, illetőleg a gyermekek számának folyamatos
csökkenése következtében az idős emberek többsége öregségére magára
marad. Ellátásuk lényegében a társadalomra hárul, az viszont nem tud a prob-
lémával megküzdeni. Sokuknak az egészségük fenntartásához szükséges
gyógyszerekre, a mindennapi élelem beszerzésére sem futja. Talán még töb-
ben vannak olyanok, akiknek az egyedül maradás rémével kell szembenézni-
ük, hiszen nincsenek rokonaik, akik gondoskodnának róluk.

A válások sokasodása miatt igen nagy az egyszülős családok száma, pedig
ma általában mindkét szülő keresetére szükség van ahhoz, hogy a család meg-
közelítőleg megfelelő életszínvonalon éljen.

A kilencvenes évek közepére oda jutottunk, hogy a legtöbb családban nem
adottak az egészséges gyermeknevelés feltételei. A gyermekek a társadalom
egyes rétegeiben a minimális nevelésben sem részesülnek, pedig a gyermek-
nek nem csak az élethez van joga, de az emberhez méltó neveléshez is. Általá-
nosan igaz, hogy aránytalanul magas anyagi terheket kell viselniük azoknak a
szülőknek, akik gyermek nevelésére vállalkoznak. Az állam elismeri, hogy az
egyszülős családok terhei nagyobbak, és támogatja őket, de ezzel az alacsony
keresetűek körében maga is gerjeszti ennek a „családmodellnek” a terjedését.

A válásokra nem a házasságnak mint intézménynek a hibái vezetnek,
hanem a benne részt vevő személyeké. Mintegy 40 százalékban az egyik fél
alkoholizmusa indokolja a kötelék felbontását. Társadalmunk tudatában szá-
mos tényként kezelt véleménnyel találkozunk, ilyen például, hogy a házasság
sikeréhez hozzájárulhat, tehát nagyobb biztonságot jelent, ha a házasságot
együttélés, azaz egy „próbaházasság” előzi meg. A családszociológiai felméré-
sek azonban cáfolták ezt, valamint azt is, hogy a gyermekek számára közöm-
bös lenne, hogy milyen együttélési formát választottak szüleik.

A hagyományos család Európa-szerte észlelt felbomlását látva a keresztény
családfogalom idejétmúltságáról szoktak cikkezni. Véleményem szerint nem a
kereszténység „elavultsága” a bajok oka, hanem éppen az, hogy az 1700-as
évek vége óta az állam egyre nagyobb szerepet játszik a családok életében és

fokozatosan megfosztotta azt keresztényi jellegétől. Az állam Magyarországon 1894 óta vette át a családi élet irányítását, szabályozását. Létrehozta a polgári házasságot, majd megállapította felbonthatóságának szabályait. Bár a legjobb szándéktól vezetve jóléti szolgáltatásokat rendelt a családi lét jogi intézményéhez (így például a gyermeknevelési pótlékot vagy különböző lakás-építési hiteltámogatási rendszereket), vagy szabályozta a gyermekvédelmet, de eközben kialakított egy lélektelen felügyeleti rendszert. Ebben az Isten által szentesített szeretetkötelék vagyoni jogi megállapodássá alakul, amely jogokról és köteleességekről szól, nem a szeretetről. A mai helyzet ennek a szekularizált családmoddellnek a kudarca, és aligha hozható helyre a valláserkölcsi alaphoz való visszatérés nélkül. Érdekesen aláhúzza ezt egy véleménykutatás, amellyel az interneten találkoztunk. A (csekély számú) válaszadók többsége arra a kérdésre, hogy válságban van-e a család, azt válaszolta: nem a család van válságban, hanem a nyugati társadalmak. Noha ez aligha a valós többség véleménye, mégis igaz. Egy 2000 fős mintán végzett közvélemény-kutatásban az angol nők arról vallottak, hogy a szex számukra a házasságban teljesedik ki, mert ahogy a kutatási összefoglaló³¹ írta: „akkor a legjobb a szex, és akkor szárnyal legjobban a képzelőerő, ha a kapcsolat szilárd alapokon áll. Igaz az, hogy az őszinte szexualitás és az intimitás nagyobb eséllyel vannak jelen a bizalommal teli házasságban vagy a hosszú távú kapcsolatban.”

A magyar lakosságban is él a rendezett házasság és a több gyermek iránti vágy. Az emberek a szívük mélyén, kívánságaikban, vágyaikban nincsenek megelégedve a jelenlegi helyzettel. Az állam kötelessége hát, hogy hozzásegítse őket saját vágyaik megvalósulásához.

Az állam, amikor szembesült azzal a ténnyel, hogy a családok nem képesek ellátni bizonyos feladatokat, magára vette azokat. Az így kialakított megoldások azonban nem működnek zökkenőmentesen, sőt olykor újabb bajok forrásává válhatnak. Ez felveti a kérdést: nem kell-e valami egészen mást tennünk, mint eddig?

Vegyük először példának a nyugdíjrendszert. Világszerte érzik a veszélyt, hogy a népességszám csökkenése miatt a nyugdíjrendszerek az elviselhetetlen terhek alatt összeroppannak. Milyen megoldásokkal álltunk eddig elő? Kitoljuk a nyugdíjkorhatárt – ezzel esetenként viszont fokozzuk a munkanélküliséget. Rontjuk a nyugdíjak értékállóságát, hogy kisebbek legyenek a kiadások – ezzel azonban rontjuk az idős korosztályok életszínvonalát. Erőltetjük a magánnyugdíjrendszereket – de ezzel elvonjuk a biztonságot jelentő állami kötelezettségvállalást. Hibát hibával javítunk tehát, időnyerésre játszunk, a távlatos megoldások hiányoznak.

Van ilyen megoldás? Amíg a családok maguk gondoskodtak öregeikről, az volt a szülők célja, hogy minél több utódjuk legyen, időskori eltartásuk terhe több

31 <http://www.online.rtlklub.hu/hirek/kulfold/cikk.php?id=021163137>

gyermek között osztódjék majd szét. Ma a több gyermek nem anyagi biztonság, ellenkezőleg, a több gyermek vállalása több tehernek, olykor magának a szegénységnek a vállalását jelenti (az állami támogatás sohasem éri el a gyermeknevelés költségeit). A mégis megszülető gyermekek felnőve nemcsak saját szüleik nyugdíját termelik meg, hanem az állami elvonások arra kényszerítik őket, hogy a gyermeknevelés terheit nem vállalók nyugdíjáról is gondoskodjanak. Személytelenné lett a nemzedékek közötti szolidaritás. A nemzeti méretekben megvalósuló szolidaritást megtartva, vissza kell hozni a személyes elemet, a közvetlen kapcsolatot. Egy Magyarországról 1956-ban eltávozott amerikai kutató, Demény Pál azt javasolta, hogy a munkavállalók adójának egy része ne kerüljön be a „nagy kalapba”, hanem irányítsák azt közvetlenül az illetők szüleikhez. Így a családok anyagilag érdekeltté válnának a minél több és minél jobban kereső (azaz tanultabb) gyermek felnevelésében. Az Európai Unió néhány tagállamában (például Németországban) ennek az elképzelésnek bizonyos elemei beépültek az adórendszerbe: a nyugdíjak megállapításánál nemcsak az illető által befizetett összeget, hanem az általa felnevelt gyermekek számát is figyelembe veszik, és minden gyermek után egy fix összeggel megemelik a biztosítási elven járó nyugdíját.

Amikor a társadalomnak egyre több munkáskézre, a családoknak egyre több bevételre lett szüksége, megindult a nők munkába állása. Ez egyrészt pozitív jelenség, mert hozzásegített a nők kiszolgáltatott helyzetének a megszüntéhez, amelyről a Magyar Katolikus Püspöki Kar „Boldogabb családokért” című körlevele is elítélően szól. Korábban a házasságok erősen *patriarchálisak* voltak: a férfi volt a család feje, aki a család anyagi fenntartásáról gondoskodott. A feleség általában alárendelt szerepet töltött be. Nem végzett külön jövedelemmel járó munkát, viszont vezette a családi háztartást, és az ő feladata volt a gyermekek gondozása-nevelése, a család belső életéről való gondoskodás. A nők munkába állásának következménye: a társadalomnak a gyermekgondozás területén is intézményeket kellett létrehoznia. Ezek részben nagyon drágák, részben – különösen a kisgyermekek körében – sok egészségügyi problémát is felvetettek. Magyarország egyike volt a legelsőknek, ahol a kisgyermekes anyák néhány évre úgy maradhattak otthon a kicsivel, hogy közben nem veszítették el állásukat, és a gyermeknevelés okán még készpénzben is támogatták őket. Nem az anya helyett kell átvállalni a feladatot, hanem az anyát kell segíteni a feladatai ellátásában. Ez a megoldás éppen abba az irányba való elmozdulás, amelyet más feszültséggel teli területeken is javaslok. Ahol a családok működésképtelenné válnak, ne elvegyük tőlük a feladatot, hanem segítjük hozzá őket a feladatok ellátásához. Valószínű ugyanis, hogy jobban, kevesebb új problémát gerjesztve fognak majd tevékenykedni.

A családpolitika része annak a támogató rendszernek a fenntartása is, amelyet közös szóval családsegítésnek nevezhetünk. Idetartozik a nevelési tanácsadástól kezdve az alkoholelvonásig nagyon sok minden. A családsegítő hálózat nemcsak a családpolitika megvalósítója, hanem annak tervezőjévé,

alakítójává is kell válnia. A konkrét családok gondjainak elemzése tárja fel azokat a területeket, amelyeken az állam beavatkozása szükséges. Az ez irányú tapasztalatok összegyűjtése, a nemzetközi összehasonlítások elvégzése nélkül korszerű családpolitikáról nem beszélhetünk.

Javaslatok a családok helyzetének, a népesség egészségének javítására

1. Már a középfokú oktatásban ismertetni kell a fiatalokkal a házasság egészségvédő hatását.

2. El kell érni, hogy minél több fiatal részesüljön házasságra való felkészítésben. Ennek szerepelnie kell a közoktatásban és támogatni kell a civil szervezetek és egyházak által nyújtott jegyesoktatást is.

3. Az első házasságkötés jogosítson állami nászajándékra. Ez lehet adókedvezmény, áfa-visszatérítés, készpénz.

4. A lakásépítések állami támogatásakor előnyben kell részesíteni a három generáció együttélésére alkalmas lakások építését.

5. Növelni kell az otthonápolás díjazását, és azt nyugdíj mellett is igénybe vehetővé kell tenni.

6. Három évre ki kell terjeszteni a gyedet, és a többgyermekesek számára a legkisebb gyermek tízéves koráig ki kell terjeszteni a gyermeknevelési támogatást.

7. Meg kell erősíteni a családsegítő szolgáltatásokat, meg kell teremteni ezek és a gyermekvédelem közti szerves kapcsolatot, és anyagi eszközöket is rendelkezésre kell bocsátani számukra, lehetővé téve az azonnali beavatkozást hatékony gyorssegélyek formájában.

8. A jelenleginél sokkal nagyobb mértékben támogatni kell a társadalom önkéntes szerveződését, az egyesületeket, klubokat. A bejegyzett szervezetek tagdíját az adóból leírhatóvá kell tenni. (Ezzel egy időben megszüntethető az egyesületek működéséhez ma szükséges, de autonómiájukat veszélyeztető, pályázati úton elnyerhető támogatás. Konkrét feladatok ellátására – tehát nem működésre – azonban továbbra is pályázhassanak az egyesületek.)

9. A munkanélküliség kezelésére a leghatékonyabb eszközt: az állásteremtéssel járó gazdaságösztönzést kell alkalmazni, de a szociális segélyekhez való jogosultsághoz külföldi példák alapján tartozzon hozzá a közösségért végzett munka, amelyet ne csak önkormányzati, hanem egyesületi keretben is lehessen végezni.

Mentalitás és egészség – gondolatok egy interjúsorozat olvastán

I

Megtisztelt, hogy orvosokkal és pszichológusokkal, az életminőség és az egészségügy szakembereivel együtt szólhatok a magyar társadalom közmoráljáról, mentalitásáról. Ugyan tettem már néhány megfigyelést erről a témáról az elmúlt évtized során, azt azonban most sem vállalom, hogy teljes képet adjak róla. Ezt átfogó szakmai vizsgálatok alapján végezhetik el társadalomtudósaink. Az esszéírónak más eszközei vannak, ha vannak: személyes élmények és műveltség, információk és sejtések.

Annyira azonban igyekszem szakszerű lenni ezúttal, hogy „adatokra” támaszkodom. A társadalom közmorálja nehezen dokumentálható – valamilyen könnyebben az értelmiségre. Az értelmiségi ír, nyilatkozik. S amit mond, korántsem érdektelen. Semmi kétség ugyan, hogy felbukkant a rendszerváltozás során az értelmiségellenesség, s ma elég erős. Kevesen vonják azonban kétségbe, hogy az értelmiségnek – akit ma inkább véleményformáló elitnek neveznek – súlya van. Amit mond, tükrözi a közvélekedést, de formálja is, inkább, mint bármi más. Akkor is, ha nem jut be a nagy médiába. A hírek és vélemények ma is terjednek szájról szájra – meg drótpostán, fiókról fiókra.

Ugyan Lengyel László mondott valami olyasmit 1994-ben, hogy elég volt az értelmiségből, jöjjenek most a szakemberek, de a dolgok sok ezer éves természetétől nem változott meg. Az értelmiségi nemcsak vélekedik, de jelképeket alkot és nyelvet teremt. Amit az értelmiségi mond, szétfut, mint a magaslatról a víz. Egy ismert értelmiségi véleménye sok tízezerrel szorozandó be, ha voksokban is megjelenő politikai súlyát akarjuk mérni. Tudniillik a szólásnak, a közérdekű és átfogó gondolatok megformálásának is vannak specialistái. Az értelmiségiek azok.

Ha tehát értelmiségiek jellegzetes megnyilatkozásait elemzem, két dologra következtethetek. Elsősorban arra, hogy milyen értékek és értékelések, milyen magatartásformák jellemzik a véleményformálókat. Azokat, akik a társadalom helyzetét és célkitűzéseit fogalmazzák meg, s ezek révén közvetlenül és a politikusok közvetítésével, befolyásolják a döntéseket.

Másodsorban pedig – áttételesen – következtethetek az egész társadalom lelkiállapotára. Az értelmiség, amely maga is rendkívül tagolt, széttördelt, rétegzett és specializált, és személyesen kötődik a társadalom valamelyik cso-

portjához, maga is átéli mindazt, amit kevésbé ékesen szóló polgártársai. Vélekedései pedig, mint említettem, elterjednek és közvélekedések lesznek. Belőlük tehát következtethetünk a teljes közösségben élő értékekre és magatartásformákra. A hamis és téves értékelésekre is.

2

Kiválasztottam egy jellegzetes magyar folyóiratot, az *Országépítőt*. Jellegzetes abban az értelemben, hogy nagy spektrumát kínálja az értelmiségi mentalitás ma uralkodó formáinak. Tematikusan választottam, amely európai integrációnk esélyeivel, hátrányaival foglalkozik, és közvetlenül a népszavazás előtt, 2003 márciusában jelent meg.

Ebben a folyóiratban többek közt a következőket olvastam európai integrációnkról és a népszavazás tétjéről: „egyetlen megoldás »közül« választhatunk, de most »önként és dalolva«”. E nyilván megalázó helyzet ősz oka, mint a szerző közli velünk, nem egyéb, mint „Reagan és Gorbacsov találkozója 1989-ben.”¹

Az idézett megállapítás az értelmiségi fogalmazás kócos, közhelyes átlagát képviseli, de nem csak ezért reprezentatív. Jellemző az üzenet, és még inkább a mentalitás, amelybe ágyazódott. Ennek a mentalitásnak része a nagyvonalú tévedés is: Máltán nem Reagan, hanem Bush képviselte az Egyesült Államokat. Ez azonban nem zavarja a nyilatkozót. Az sem, hogy a máig napvilágra került adatok szerint Máltán a szovjet rendszer lebontásáról szó sem esett. A fő téma Németország újraegyesítése volt, s Európa megosztottságának felszámolása. Hogy ebbe, a végre a gyógyulás, az egészség esélyét megkapó Európába nem illett bele a Szovjetunió diktatórikus képződménye, az persze kétségtelen.

Nem kell különleges külügyi képzettség ahhoz, hogy elképzeljük: Gorbacsov, avagy egy bármikori orosz birodalmi vezető soha nem volna hajlandó egy *külföldivel együtt* a birodalom lebontását tervezni. Gorbacsov a német újraegyesítésbe is csak azért egyezett bele fél szívvel, mert Bush lendületes tárgyalásmódja meglepte őt. A lélektani helyzet kulcsa persze az volt – bár nem mondták ki – hogy az orosz birodalmi gondolat ebben a történelmi pillanatban defenzívába szorult. A játszma eldőlt Reagan és Brezsnyev idején, de a lejátszás módja számtalan körülményen és személyes tényezőn múltott.

E részletekbe csak azért bocsátkoztam bele, mert Málta magyar mítosza sokak fejében lassan odakerül történelmünk gyászos, mitikus fordulópontjai mellé. Ennek lényege, hogy a hátunk mögött és a fejünk fölött döntöttek a sorsunkról, nagy agyafúrtsággal és különösen magyarelles módon. Lám, azért lett *ilyen* a rendszerváltozás. A magyar agóra mítoszai rendíthetetlenek.

1 *Országépítő. Építészet – Környezet – Társadalom*, 14. évfolyam, 1. szám, 61. p., 2003.

A tényekkel nem törődnek. Bennük a magyar történelem régi, súlyos beidegződései kelnek új életre. „Nekünk csak a vereség jut”: hányszor szembesülünk barátainkban e mítosz varázserejével, a vereségtudat furcsa diadalmasságával! Mintha pszichoterapeuták volnánk, a depressziós tekintetből ezt olvasuk ki: nekem te ne próbálj bemesélni semmi jót.

3

Összegyűjtöttem még egy csokornyit a hasonló szellemű megnyilatkozásokból, ugyanebből a folyóiratból, amely húsz, többnyire neves értelmiséginek biztosított jó fél ívnyi teret, hogy elmondja várakozásait és aggályait. Kimondva, kimondatlanul, a teljes rendszerváltozásról hangzik el ítélet ezeken a lapokon. Nem kérdéses, hogy a rendszerváltozás nemzetközi politikai kerete az európai integráció lett, s kezdettől az szabta meg számtalan folyamatát, ha nem is mindet.

A kiváló festő-író így érez: „Számomra személyes katasztrófa, ami 1989–1990-től történik, hogy az előtte való undorító és rettenetes évtizedekről ne is beszéljek”.² Az uniós tagságról így vélekedik: „most jön valami, ami megkapóan hasonlít a szovjetizmusra, abban, hogy jönnek és megmondják, hogy mit kell csinálni”.³

A mezőgazdaság szociológusát arra emlékezteti az európai integráció, hogy „a politika [...] a legitim erőszak érvényesítésének állami monopóliuma”.⁴

Az Amerikában élő szociológus azt állítja, hogy most majd „Magyarországnak „eurocentrikussá” kell válnia, ugyanis ezt a kirekesztő, a világ többi részével szemben előítéletes mentalitást fogják elvárni tőle”.⁵

A teozófus vegyész-mérnök viszont arról tudósít, hogy „az európai integráció [...] tulajdonképpen egy amerikai projekt”.⁶ „Ez a globalizáció lényege: az angolszász világbirodalom megteremtése”.⁷

Egy neomarxista („uzsoraellenes”) közgazdász szemében az adja integrációs esélyeink (esélytelenségünk) lényegét, hogy „a pénzügyi hatalom az egyes nemzetállamoktól, valamint az EU brüsszeli központjától független frankfurti Európai Központi Bank kezébe ment át”.⁸ Vagyis a lényeg a pénz – ami felett nekünk nincs, nem lehet rendelkezésünk.

2 Országépítő. Építészet – Környezet – Társadalom, 14. évfolyam, 1. szám, 45. p., 2003.

3 Uo. 44. p.

4 Uo. 25. p.

5 Uo. 24. p.

6 Uo. 47. p.

7 Uo. 48. p.

8 Uo. 64. p.

Katasztrófa, kirekesztettség, esélytelenség. Ezek a nyilatkozók (és még több-
ben mások) mind elutasítják az integrációt. Ellenszenvük és ellenvetéseik a
félelem látomásaitól a részletesen kimunkált érvrendszerekig terjednek,
melyeknek együttes üzenete azt sugallja, hogy az egész dolog nem egyéb, mint
hatalmas átverés vagy nagyhatalmi kényszerítés csapdája. A hatalom kiléte
bizonytalan, változó, de változatlan az a vezérmotívum, hogy egy hatalmi köz-
pont nyers érdeke a belépésünk, hogy kicsik vagyunk a játszmában, és hogy az
európai integráció uniformizálással jár az élet minden területén.

Hangsúlyozom: vizsgálódásom középpontjában a mentalitás mintái állnak,
nem pedig e látomások, jóslatok, félelmek tartalma. A lelki stratégiák, ame-
lyekkel a magyar értelmiség egy új sorshelyzetre válaszol. Mint magyar, tulaj-
donképpen büszke vagyok erre a sok nyakas elutasításra és eredeti elemzésre,
még ha nem is értek egyet velük. Nem vitás, hogy nemzeti karakterünk egyik
jellegzetes és vitálisan fontos vonása nyilatkozik meg bennük. A függetlenség
ellenállásban megtestesülő szeretete. Az, hogy nekünk – legalábbis egyik jel-
legzetes típusunknak – senki, semmi sem imponál, és minél erősebb és híre-
sebb, annál kevésbé. Aki pedig túlságosan erős, az különösen gyanús. Nem-
csak irigység, hanem a tagadás erkölce és a mérték mély tisztelete is táplálja
ezt a gyanakvást és ellenszenvet, az arányérzék.

Ez az alapállás – úgy vélem – nem ad választ az integráció sorskihívására,
mint ahogy nem válasz az eurotechnokraták ájult öröme sem az Európai Unió
küszöbén. De nem korszerűtlen, és nem indokolatlan. Mondhatni, szívbemar-
koló következménye több mint fél évszázad történelmének és mögötte sokkal
messzibb időeknek.

A huszadik században az értelmiség egyik küldetése az egész világon a
szembenállás, a kritikai magatartás lett. Olyan volt ez az évszázad, hogy ked-
vezett a kívülállás szellemi helyzetének. A plebejus mentalitás a széksze-
csnek, a diktatúrák az alulnézetnek adtak nemes erkölcsi veretet. Ady és a népi írók
hagyománya ugyanúgy erősítette ezt, mint Kafka, Camus és Bulgakov
emblematisz alakjai. A politikai hatalom a Másik, a Gonosz helyzetébe került
az egész nyugati gondolkodásban – de különösen Kelet- és Közép-Európában.
Az elidegenedés a huszadik századi filozófia és művészet központi kategóriá-
ja lett – elidegenedettnak lenni annyit jelentett, mint a legmagasabb szinten,
tudatosan szenvedni el a kor és a létezés szörnyűségét.

Így éreztünk a Hatalomról, amikor eljött 1989, és a történelem beláthatatlan
szeszélye vagy bölcsessége olyan esélyt kínált fel nekünk, ami mindent a feje
tetejére állított. Felkínálta a cselekvés és a szabad akarat esélyét – nekünk, akik
mögött egy olyan évszázad állt, amely tagadta a cselekvés és az akarat értelmét.
Lehet, hogy csak kis esélyt kaptunk a gyakorlatban, de óriási esélyt a szellem, az
erkölcs számára. Észrevettük-e? Avagy – hirtelen túl kevésnek találtuk?

Az alulnézet mítoszai eluralkodtak a magyar gondolkodáson a 20. században. Ezen nem lehet csodálkozni, és lehet, hogy e súlyos veszteségekkel terhelt magyar évszázadnak ez az öröksége fog a legtovább kitartani. A túlélésnek egyik lehetséges s talán leggyakoribb lelki stratégiája az volt, hogy humorral és éles kritikai érzéssel, teljes szkepszissel szemléltük az „ott fent” folyó politikai játszmákat. A hatalom idegen volt, és mi is végletesen elidegenítettük magunktól, hogy védjük belső integritásunkat. De ezzel nemcsak a beleszólás csalóka lehetőségéről mondtunk le, hanem lassan elveszítettük azt a képessé-
günket is, hogy megértsük a világnak azt a nagyon lényeges szféráját, amit nagypolitikának neveznek.

A folyamat világosan követhető. Magyarország a 20. század első felében még nagy formátumú államférfiakkal büszkélkedhetett Tisza Istvántól Kállay Miklósig, akik egyenlők voltak képességben, műveltségben és képzettségben bármelyik tárgyaló partnerükkel. Mögöttük gazdag hátország, egész politiku-
si és szakértői gárda állt. A nemzetközi tér a harmincas évektől egyre szűkült, és Nagy Ferenc nemzedéke volt az utolsó, amelyik – bár sokkal sanyarúbb fel-
tételek közt – egy szuverén ország szuverén képviselőjének öntudatával és tartásával vett részt a politikában. E nemzedék politikusai közül alig néhányan éltek meg 1990-et, s ők is már túlságosan öregen. Ifjabb Antall József volt az a kivétel, aki a különleges családi átörökítés révén megtestesítette ezt a műveltséget, öntudatot és tartást – és jellemző, hogy személyiségének éppen ezeket a jegyeit érezte idegennek a hódoltságban felnőtt emberek sokasága. Értelmiségiek is. Antall „úrisága” nem volt egyéb, mint az a tartás és stílus, amit a nyugati ember egy vezetőtől, egy államférfitől ma is megkíván – de ezt nem értette a hazug kacsintgatósdihoz szoktatott nép.

Az alulnézet tagadja, hogy a politikának lehet tartalma és értelme, hitele és erkölce. Az alulnézet és a kívülállás emberének minden hatalmi stratégia gyanús. E helyzetnek végső iróniáját láthatjuk akkor, amikor a globalizációval szemben sikerrel melegíti fel a leninizmus-tankönyvek közhelyeit néhány demagóg. Így lesz a magyar polgár másodszor is a dialektikus materializmus, a „lét határozza meg a tudatot” hamis, szellemtől idegen tételének áldozata.

Nem kérdéses, hogy aki leragad az alulnézet és a kívülállás szemléletében és magatartásformáiban, nem hisz abban, hogy kezébe veheti a maga vagy a mások sorsát. A cselekvés értelmetlenségének hite egyébként lehet igen nemes eredetű, és vannak szemlélődő bölcsek, akiktől ezt az álláspontot el lehet fogadni. Egy nagy kontemplatív távlat messzeségéből szemléli a világot a bölcselet és a vallás sok nagy irányzata. Keresztény, hindu és kínai iskolák egyaránt szólnak a mayáról, vanitatum vanitasról és nem cselekvésről – de *min-dig spirituális* alapon. Vagyis a létezés, az emberi világ egészéről szólnak ilyenkor, minden jelenségről, nem pedig egyes napi ügyekről – mint az Európai

Unió szabványai vagy a szomszéd harapós kutyája. Vannak aztán korunknak más patinás kritikái irányzatai is, amelyek korunk globális silányságát, az ökológiai válságot, vagy a Vízöntőbe áttérés nagy korszakváltását helyezik gondolkodásuk középpontjába. A kritika ebben az esetben lehet szélsőséges, mégsem kívülálló.

De ma, nálunk, az alulnézet és a kívülállás szemlélete mögött gyakran nem áll egyéb, mint egy elavult minta, egy évszázados beidegződés, amely elvesztette hatékonyságát, mert másfél évtizeddel ezelőtt a világ hirtelen nagyot fordult. Az idők továbbléptek e mentalitás mellől, s alkalmatlan lett lelki stratégiának, alkalmatlan a világ folyamatainak megértésére.

Hiszen ebből a szemszögből nézve minden új politikai eszme, válogatás nélkül, úri huncutság lesz. Ebből a szemszögből nézve a világ sorsa olyan sakk-táblákon dől el, ahol két tökéletes játékos ül egymással szemben, s végül meg-egyezik az eredményben. Ez a felfogás a politikus szerepét csak végletekben tudja értelmezni – vagy a vulgármarxizmus determinista vágányán halad, és az egyéniséget semmibe veszi, vagy az ördögi sakkjátékos emberfeletti hatalmát tulajdonítja neki, egy mindenható racionalitást. Ott fenn dől el minden, s mi csak nézők lehetünk, a legjobb esetben.

Holott az igazság az, hogy a politikusok emberek, s olykor igen tehetségesek, de az erők, amelyeket felidéznek, hatalmasabbak náluk, s a tér, amelyben tevékenykednek, átláthatatlanul bonyolult. Olyan tér, amelyben pillangóeffektusok lavínákat indíthatnak el. Olyan tér, amelyben bármelyikünknek döntő szerepe lehet, ha hiszünk a cselekvés és az akarat értelmében és valós kockázatában. Olyan tér, amelyhez hasonlóan mindannyian élünk, külön-külön és együtt. Ahol felismerések és tervek, ambíció és restség, vak indulatok és tudat alatti szándékok, beláthatatlan hatalmas erők színpadán folyik az emberi dráma.

5

Az idézett vélemények mögött olykor a tájékozatlanság zavara is kitapintható. Méltán merül fel a kérdés: felkészültünk-e a rendszerváltozásra? Felkészített-e rá bennünket valaki, valami? Voltak, akik felkészültek, de kevesen.

Elsősorban az átmentők és a velük szemben álló reformértelmiség. Az átmentők már a nyolcvanas évek elejétől készültek a hatalmi fordulatra, és személyükben méltatlanul lett a régi nómenklatúra egy része a változások nyertese. Ez a rikító, harsány s az ökoljoghoz gyakran forduló újjgazdag osztály súlyosan kompromittálta a demokrácia és a piacgazdaság becsületét, rangját. Nem kérdéses, hogy az ő sikerük nap mint nap megsérti az igazságérzetet és az ízlést, és hozzájárul ahhoz, hogy továbbél az alulnézet és a kívülállás szemlélete a társadalom magát vesztesnek érző hányadában. Az ő működésük, a

jórészt negatív minták, amelyeket a társadalomnak mutatnak, nagy hatással vannak a mai magyar életre. Ezek elemzését a közírás, a szociológia, a politológia és a magatartástudomány nem kerülheti meg. Mindenekelőtt azzal a ténnyel kell szembesülnünk, hogy ezek a minták – nem retorikájukkal, hanem mindennapi működésükkel – ismét kétségbe vonják magát a demokratikus, parlamentáris politika értelmét, lehetőségét is. Fenyegetik a közösségnek azt a képességét, hogy döntéseket hozzon a saját sorsáról. Rövidebben, beszűkítik a szabadság tényleges terét.

Ezúttal azonban az értelmiségi mentalitás formáit vizsgáljuk. Azokat a mintákat, amelyeket – akár pesszimisták, akár optimisták – a saját egyéni boldoguláson túlemelkedő igény és távlat jellemez. Noha a nómenklatúra-kapitalisták és a holdudvarukban lévő úrgazdagok mentalitása fel-felbukkan értelmiségi körökben is, ezt a mentalitást éppen az önzés apoteózisa jellemzi, egy félreértett, vadnyugati liberalizmus, amely értelmiségi magatartásnak aligha nevezhető.

Fontos, hogy voltak az értelmiség körében is olyanok a késő Kádár-korszakban, akik szellemileg, pszichikailag is készültek a közelítő fordulatra. Kétségtelen, ők nem a megtollasodás útjait, nem a gazdasági hatalom átmenésének módozatait keresték – esélyük se volt erre. De felismerték a változás egyre közelebbről tornyosuló árnyékát, a politikai és erkölcsi fordulat nagy reményét, és gyorsították a folyamatot. Külső késztetések nélkül, vagy azok ellenére, már régebben, jó ösztönrel képezték magukat azokban a készségekben, abban a tudásanyagban, amelyet egy beláthatatlan fordulat, a visszakapcsolódás a Nyugathoz, egy normális értékrendhez megkívánna. Külön tanulmány tárgya, hogy ami létrejött – de még ma sem alakult ki teljesen – más lett, mint amit 1956-nak a nyolcvanas évek ellenzéki mozgalmaiban újjáéledt szelleme elképzelt. A nyolcvanas években új stratégiai tényezők léptek fel a világpolitikában és a világ gazdaságban, merőben új helyzetet teremtve Nyugaton is. Ez a fordulat is magyarázza a rendszerváltozás tévútjainak, kudarcainak sokaságát, a melléfogásokat, a vakvágányokat, a megcsalt illúziókat.

6

Vajon ennyi csalódás, megcsalatas, félmegoldás és megfeneklés után él-e remény az értelmiségben? Nyílnak-e nálunk ezek után a helyzetfelismerésnek és a cselekvésnek reménytelibb, felszabadultabb útjai? Vannak-e olyanok, akik hisznek az esélyben, hogy túllépjünk az alulnézet és a kívülállás mintáin? Hol látjuk ennek, ezeknek a jövőre készülő mintáknak a nyomait?

Például ugyanebben a folyóiratban, az *Országépítő* 2003. márciusi különszámában. Az imént olvasottakhoz képest egészen más szellemiségű és tartal-

mú mondatokat is találunk ott az integráció magyar esélyeiről és kockázatairól. Két csoportba osztva, ezekből is idézek a következőkben.

Még a nagyon szkeptikus Nemeskürty István is megjegyzi, hogy létezett már egyesült Európa a középkorban, és jól is működött. Másokban a csak azért is virtusa támad fel.

Ahogy János vitéz mutatta meg, „be kell ugrani a (sárkány) torkán”⁹, mondja Pap Gábor műveltségkutató, s ugyanezt az alaphangot üti meg Zelnik József: „nincs más hátra, csak előre”¹⁰, mondja egy szójátékkal, s arra figyelmeztet, hogy van egy másik magyar hagyomány is, amelynek lényege „a képesség az állandó (sic!) vereségből talpra állni, nekünk állandóan a semmiből kellett építkezni”¹¹. Félretéve az élő beszéd fogalmazási pontatlanságait, a gondolat világos. Történelmi vereségtudat hatja át ezt is: nem örömittas, hanem sztoikus pragmatizmus jellemzi. De a feladásra sosem lesz hajlandó, mindig a kiutat keresi. Tehetséggel, ötletekkel, szívóssággal. Talán nem véletlen, hogy Zelnik József volt a Kádár-korszak egyik nagy alternatív közösségépítője – ő hozta létre, inspiráló és támogató barátok segítségével, a táncházmozgalom és a Duna-mozgalom háttérhálózatát, infrastruktúráját.

Érdemes megjegyezni, hogy az alulnézet és a kívülállás magatartásának itt nyílik egy nagy esély: a kis közösség létrehozásában és fenntartásában. Ehhez azonban hinni kell a sikerben, az emberi kapcsolatok melegében, s becsülni kell a kis léptékben elérhető eredményt. Ha mindez működésbe lép, a kívülállás már át is alakult *részvétellé*, egy más minőséggé. Hogy a kis közösségek működése mennyire fontos, erejük milyen nagy, világosan látható abból, hogy a történelem legkegyetlenebb diktatúrái minden spontán szerveződést üldöztek, és a családot is szét akarták verni.

Az Európai Unió ügyére, a belépés nehézségeire Vekerdy Tamás pszichológus így reflektál: „Én azokkal a tökéletlenségekkel, nehézségekkel [...] szeretnék szembesülni, amelyeket az EK-hoz való csatlakozásunk jelent. Nem pedig azokkal [...], amelyeket az EK-n kívül maradás jelentene”.¹² A mondatból kiolvasható az a felismerés, hogy a szervezetek, intézmények mindig tökéletlenek, de nélkülük mégsem tudunk meglegni. Nehéz helyzetből egy másik nehéz helyzetbe lépünk, de ez a másik nehéz helyzet mégis jobb, mert előre visz.

Miklóssy Endre esszéista, településtervező ezt így fogalmazza meg: „Legalább ott leszünk, ugyanazon a versenypályán”.¹³ Zelnik szerint: „Európa összes hátrányát már megkaptuk, egy kis előny az lenne, hogy egy határon belül vagyunk, a fészekmelegben”.¹⁴

9 Országépítő. Építészet – Környezet – Társadalom, 14. évfolyam, 1. szám, 54. p., 2003.

10 Uo. 51. p.

11 Uo. 53. p.

12 Uo. 42. p.

13 Uo. 36. p.

14 Uo. 49. p.

A kihívás tehát nagy, de meg lehet neki felelni. Miklóssy felhívja a figyelmet, hogy az Európai Unió tagjaként „a folyamatokat jó irányba lehet terelni”, s ennek meg is van a taktikai eszköze: „a kicsik együttes fellépése nagyon komoly befolyásolási lehetőséget biztosít”.¹⁵

Miklóssy kettős szerepben, értelmiségiként és szakértőként nyilatkozik, s a járható utakat keresi. Meggyőződése, hogy vannak ilyenek. Ennek a józan pragmatizmusnak és szakértelemnek adja további példáit az *Országépítőben* Csoma Zsigmond, Dienes-Ohm Egon és Nemes Csaba. Ők „testközelből” ismerik a játéktérteret, és – ha csalódottak is a brüsszeli tárgyalásokon kialakult feltételek miatt – nem ijednek meg a feladattól, amely közeljövőnket meg fogja szabni.

7

Amint jeleztem, körvonalazódott a megnyilatkozásoknak egy harmadik csoportja is. Egy harmadik értelmiségi magatartás, amelyik nem csupán a feladat megoldhatóságában hisz, hanem látja azt a többletet is, amelyet az integráció hozhat mind a két oldalnak – a gazdasági életet meghaladó többletet.

Ebbe a csoportba is átvezet bennünket Zelnik néhány gondolata. Egy egészen más Európa-minőségről beszél, amely, úgy érzem, rokon az én „piac feletti Európa” fogalmammal. Ez az Európa más, több mint az Európai Unió, de teljesen nem választható el tőle. Hiába állítják sokan, hogy az EU pusztán gazdasági, jobb esetben politikai formáció – a tapasztalat az, hogy ez a közösség fél évszázados története során megerősítette és egyre erősíti Európa összetartozástudatát szellemi és kulturális értelemben is. Nemcsak a közös jelen teszi ezt, hanem az eredetek s a két évezredes történet néhány archetipikus jelképe és érzelme, amely szakrális erőt ad az Európa-fogalomnak. Ez nehezen határozható meg, de kétségtelenül létezik. Lényege nem a különállás és a kirekesztés, mint egyes kritikusai mondják, hanem az önmagával való azonosság törekvése a történelmi viharokon át.

„Európa nyitott lesz mindenre, ami szellemileg szervesen fölépített, izgalmas” – mondja Zelnik.¹⁶ Felismeri, amint magam is gondolom, hogy Európa szellemi válságban van, és új gondolatokra van szüksége a továbblépéshez. Ezek a gondolatok Zelnik szerint a nemzeti hagyomány korszerű, átütő erejű újragondolásából származhatnak: „a hagyományból az tud igazán hatóerő lenni, ami másokat is megdöbbent, amitől másoknak is eláll a lélegzetük”.¹⁷

15 *Országépítő. Építészet – Környezet – Társadalom*, 14. évfolyam, 1. szám, 33. p., 2003.

16 Uo. 53. p.

17 Uo. 53. p.

Hasonló szemlélet szólal meg, kevésbé részletesen, egyetemes szinten, Makovecz Imre mondanivalójában. Miután keserűen higgadt elemzéssel veszi végig a rendszerváltozás néhány elvetélt vagy elrabolt reményét, túllép a csalódás és a kiábrándultság inerciáján. Reménye az „újabb és újabb generációk”-ban van: „bennük olyan értékek kell hogy megszülessenek, amelyek majd helyettem fognak válaszolni”.¹⁸ Ezek az értékek a Bibliában, a Koránban és „a műveltségben”, vagyis az emberiség nagy és látszólag föld alá szorult Hagyományában gyökereznek. Mert, mondja Makovecz, „ez a szubsztancia, ez a láthatatlan szellemiség az, ami minket alkot, és ami nélkül zsákutca, tragédia lehet a sorsa az emberiségnek”.¹⁹

A fenti szemléleti elemek köszönnek vissza Bóna László homeopata orvos – és sejtetően jungiánus közíró – aprólékosan kidolgozott gondolatrendszerében. Megállapítja, hogy az európai ember „a lelkiismeret feladatát hordozza”,²⁰ azonban mára a történelmi lelkiismeret túlnövekedése politikailag cselekvésképtelenné tette. Nem lát tisztán nagy ügyekben, és nem tud dönteni. A csatlakozó nemzetek hivatása az lehet, hogy „spirituális többletet” vihetnek az európai lelkiismeretbe, folytatja Bóna. Más szóval „emberi pluszt, friss morált, erkölcsi stabilitást, határozottabb állásfoglalást” – „s akkor ez gyógyító folyamat”²¹ lesz mind Európa, mind az új tagok részére.

Itt az a meggyőződés sejlik fel, bár ilyen formában nem fogalmazódik meg, hogy vereségeinknek, szenvedéseinknek és keményen megharcolt tanulságainknak lehet valami hozama egész Európa számára – mintegy, teszem hozzá, 1956 örökségének folytatásaként.

Bóna kimondja, hogy „ebben a szellem embereinek van határozott és konkrét felelősségük”.²² Az egyénhez hasonlóan, a nemzetet és Európát is a homeopátia „szerves egész” és „egészség”-szemléletébe foglalva – hangsúlyozza, hogy „az országnak nem szétszabdalt részekként kellene csatlakozni, hanem mint egység” – de ismétli, hogy ebben mindenkinek saját feladata van: „felelőssége és illetékessége területén valami maradandót, valami értékeset kellene létrehoznia”.²³

8

Ennyit az *Országépítő* európai különszámában megjelent gondolatokból. Az idézetekben elsősorban Európáról, az EU-csatlakozás ügyéről esik szó.

18 *Országépítő. Építészet – Környezet – Társadalom*, 14. évfolyam, 1. szám, 23. p., 2003.

19 Uo. 23. p.

20 Uo. 14. p.

21 Uo. 15. p.

22 Uo. 16. p.

23 Uo. 16. p.

De úgy érzem, ez a téma sokakat indít a maga s az ország egész jelenét és jövőjét érintő válaszokra. Tovább lépve, úgy érzem, hogy a Gerle János kérdéseire adott válaszokban gyakran sejlenek fel kimunkált életstratégiák. Ezek az életstratégiák három világosan elkülönülő csoportba foglalhatók, és megfelelnek olyan szemléleti, magatartási mintáknak, amelyek a magyar társadalom egészében élnek.

Mindez már felkínálható, úgy remélem, a magatartástudomány és a pszichoszomatikus orvoslás művelőinek. De csak finomításokkal – amelyek maguktól értetődőek, mégis hangsúlyozni kell őket.

Módszeremből következtetéseket csak óvatosan szabad levonni. Nem tételezhetünk fel teljes átfedést a nyilatkozók személyisége és mondatai között. A szövegek műfaja, születésük helyzete – az interjú – a szubjektivitásnak, a rögtönzésnek, az esetlegességnek és a hangulati elemeknek nagy teret ad. Általában is érvényes, hogy a tagadás, a bíráló gesztusához kevesebb szellemi és lelki erőfeszítés szükséges, mint egy saját proposícióhoz. Úgy tapasztalom, hogy Magyarországon pozitívan nyilatkozni ma sem igazán sikkes. Másrészt pontosan tudom, hogy a nyilatkozók gyakran csak egyik arcukat mutatták meg, és másutt megjelent szövegeik vagy tetteik más elemeket mutatnak fel személyiségükből.

De ezúttal nem is annyira a nevek a fontosak, hanem a mondatokban megnyilvánuló és csoportokra osztható mentalitás. Az elhangzott mondatok egy része, mondhatni, az utcán hever, bármikor rájuk bukkanhatunk, hallhatjuk őket piacon, villamoson. Igyekeztem tartani magamat a szociológiai közelítéshez – típusokat kerestem, a gondolatok és érzelmek sztereotípiáit. Olyan típusokat, amelyekben élesen eltérő felfogások szólnak meg a politikai cselekvés értelméről és lehetőségéről, tágabban a közösség és a társadalom képességéről, hogy megértse és elfogadja vagy átalakítsa helyzetét. Nyílik-e távlat vagy jövőkép? Ezek a kérdések kerültek a magatartástudomány előterébe. Széles körű szociológiai vizsgálatok és a pszichoterápia tapasztalatai azt mutatják ki, hogy a válaszok, a stratégiák komolyan befolyásolják a pszichikai és a szomatikus betegségek kialakulását.

9

Az elmúlt másfél évtizedben több magyar kutató vizsgálta, hogy az alulnézet és a kívülállás eluralkodása a Kádár-korszak éveitől milyen súlyos tünetek elterjedését okozta az egész társadalomban. Két nagy, 1978-as és 1990-es felmérés összehasonlításakor Andorka Rudolf megállapította, hogy az önkényuralmi rendszerben a társadalom tagjai „hatalmonkívvúlinek” érzik magukat, ami „az egyik oka lehet az elidegenedésnek és az anómiának”. Mindez nem csak az alkoholizmus, az öngyilkosság és a lelki betegségek riasztó

gyakoriságához vezetett – folytatja érvelését Andorka. „A szocialista rendszer örökségének legsúlyosabb része az anómia és az elidegenedés”, amely „az emberi kapcsolatok eldurvulását, sőt a gazdaság rossz működését is okozta”. Ez természetes, hiszen az elidegenedettség, az önzés és az ellenségeség légkörében nem jöhet létre az együttműködéshez szükséges bizalom. Enélkül pedig a társadalom életében a legelemibb szinten, mindenütt felbukkan a működésképtelenség. Andorka Rudolf meg volt győződve arról, hogy ennek a lelki örökségnek a felszámolásához évtizedek lesznek szükségesek. S valóban, nap mint nap érezzük, hogy ez így lesz.

Tudjuk, hogy az elidegenedéssel, az eldurvulással együtt jár a társadalmi szolidaritás elsorvadása, a kohéziós erők gyengülése. Valójában az eddig említett tények mind egy konstelláció részei. Elidegenedés, anómia, alulnézet, kívülállás, eldurvulás, közöny, ellenségeség – íme néhány csillag a nyomasztó csillagképből, amelynek égboltja alól még nem tudtunk kiszabadulni. A felületes bírálók ma magyar vadkapitalizmusról beszélnek – holott valójában a múltat élik sokan újra, új körülmények között. Nem vadnyugat ez, hanem vadkelet – tudja ezt mindenki, akinek van személyes tapasztalata a működő nyugati demokráciák mindennapjairól. Az történt, hogy a legvidámabb barakkból kiengedett rabok és rabtartók egy része visszaél a szabadság hirtelen lehetőségével. A demokratikus jogokkal, a pénzzel és a technológia eszközeivel élik ki a barakk lefojtott indulatait és elnyomott vágyait. A játékszabályokat (a törvényeket) továbbra is felrúgják, de most nagyban. Önmérsékletet nem ismernek, közönyük a másik ember és a közösségek, a társadalom iránt mérhetetlen. Az elidegenedett győztes ezt később szenvedni majd meg, mint az elidegenedett vesztes – a szerzés mámore egy darabig az égbe emel. A vesztesek azonban annál elkeseredettebbek – s a veszteség érzete szubjektív. Vagyis nem mérícskél, de nagyon is valós. A magára hagyott vesztes depressziós lesz, és mindent reménytelenül sötétnek lát. Alig-alig működik még az a szociális háló, és a helyi közösségeknek, a civil társadalomnak az a fejlett nyugati rendszere, amely segítené, karon fogná őt, szólna hozzá.

Vizi E. Szilveszter, amikor a Magyar Tudományos Akadémia nagy 1997–1999-es életminőség-vizsgálatának eredményét foglalta össze, a következőket írta: „Logikus, hogy először éppen az életminőség lelki és szellemi összetevője került terítékre. [...] A depressziós szindróma az a kapocs, amely kórköztanilag összeköti az emberek gazdasági-szociális hiányérzetét, a megromlott emocionális életminőséget a népesség rossz általános egészségi állapotával. [...] A nélkülözés sorsrontó megítélését döntően meghatározza a társadalmi polarizáció, a szélsőséges életszínvonal-különbségek igazságtalanságként, hátrányos megkülönböztetésként, sikertelenségként való megélése. [...] Fordítva is érvényes: a kulturális és társadalmi azonosságtudat, a szociális kohézió az egyik legjelentősebb egészségügyi védőfaktor a modern társadalmakban. Különösen

kiszolgáltató a műveletlen ember, akit a tanulás és a művelődés nem vértezett fel a kulturális összetartozás élményével”.²⁴

Kopp Mária – egy kutatócsoport vizsgálatait foglalva össze – a vesztesek körében egy súlyosabb és egy kevésbé súlyos állapotot különböztet meg. A magát esélytelennek érző – főleg fiatal – ember az ellenségeség-szindróma áldozata lesz. Depressziójának tünetei közé tartozik „a kiábrándultság, a reménytelenség, a feleslegesség érzése. A világot riasztóan cinikusnak, értégmentesnek, ellenségesnek, az embereket általában szélsőségesen egoistának, törtetőnek, agresszívnek, részvétlennak, érzéketlennak” látja.

A másik csoport a neurotikusoké, akik „elvárásaikat egy ideális szinthez és nem a reális lehetőségekhez viszonyítják”. Lélektanilag a mindig, mindenütt megtalálható perfekcionista is ebbe a körbe tartoznak, akik elsősorban maguktól, aztán környezetüktől várják el a tökéletességet – az örök csalódottak. Az ő meghasonlottságuk pedig már visszavezet az értelmiségi kívülállókéhoz, s azt a kérdést veti fel, hogy vajon egy közösség, egy nemzet – a miénk, most – képes-e reálisan ítélni meg helyzetét, ki tud-e tűzni valós célokat, s van-e transzcendentális, vagyis a létezőn túllépő elkötelezettsége. Ehhez érett személyiségek hadára van szükség, az értelmiségi gondolkodás érettségére.

A kognitív lélektan vizsgálatait összefoglalva, Kopp Mária így jellemzi az érett személyiséget: „nehéz élethelyzetben képes új, többféle megoldást találni, az eseményeket más szemszögből értékelni, ... a nehéz helyzetek kreatív, alkotó tevékenységre ösztönzik”.²⁵ Ezután egy fontos mozzanat lép be érvelésébe. Eszerint az érett személyiség hátterében „a legfőbb tényező, hogy vannak életcéljai, és hogy a jövőt reményteljesnek látja”.

Mondhatni, ősi bölcsesség ez, amelyet a modern embernek újra kellett fogalmaznia a kor nyelvén, a kor élményeiből, egy rettenetes évszázad mélységeiből merítve. A lélektan és a filozófia nyelvén ezt az ősi bölcsességet talán Viktor E. Frankl bécsi pszichiáter fogalmazta először újra a mi korunk számára. Frankl túlélvén Auschwitz és Dachau megsemmisítő táborait, azt kezdte vizsgálni, milyen lelki tényezőkön múltott a megmaradás. Úgy találta, hogy az éli túl, az oldja meg a nehéz helyzeteket, akit önmagánál fontosabb ügy, felelősség vezérel. A személyiség egészségéhez fontos „önazonosságot oly mértékben találja meg az ember, amennyire valami magánál nagyobbak kötelezi el magát, egy magánál nagyobb ügynek”. A filozófus Karl Jasperst idézi: „Az ember az, amivé válik annak az ügynek a révén, amelyet a magáénak tekint.” Frankl ennek a felismerésnek az alapján építette fel gyógyító eljárását, a logoterápiát. Ezt mondja: „a logoterápia a felelősségvállalásban látja az emberi létezés lényegét”.²⁶ Lényegünk eszerint nem az, hogy *statikus* egyensúlyra, nyugalomra

²⁴ Vizi E. Sz., 2001. pp. 355–356.

²⁵ Kopp M., 2004. 112. p.

²⁶ Frankl, Viktor E., 1967. pp. 9–13.

törekszünk egy gyönyörigény béklyójában, ahogy Freud hitte. A személyiség mindig *dinamikus* egyensúlyra törekszik,²⁷ ahogy Frankl bécsi kortársa, Bertalanffy mondta – igénye az, hogy újra és újra kilépjünk önmagunkból, és magasabb szinten teremtsünk új egészet. A változó állandóság. Túllépünk, meghaladunk, *transzcendálunk*. Majd visszatérünk.

Az elkötelezettség és a transzcendencia az emberiség nagy Hagyományához, a nagy vallások tanításához vezet minket vissza, a spiritualitás kérdéséhez. Tudjuk azt, hogy az elidegenedés nem pusztán magyar probléma, még ha nálunk talán kirívó mértékben árt is. Nem pusztán a létező szocializmus és a rendszerváltozás problémája. Egy olyan évszázadban lett a nyugati emberiség meghatározó élménye, amelyben sokan hitték azt Nietzschevel, hogy „Isten meghalt”. Olyan évszázadban, amely milliókat szakított ki a természeti környezet ökológiai rendszereiből és az átlátható helyi közösségek hálózatából. Olyan sokk ez, amelyhez fogható kevés érte az emberiséget története során – és a gyógyulás útjai még alig derengenek fel.

Van azonban ennek még egy sajátos magyar vonatkozása, amelyről kevés szó esett közgondolkodásunkban. Az, hogy a 19. században kezdődött tömeges szekularizáció a magyarok körében gyorsabb és hatékonyabb volt, mint sok más népnél. Fülep Lajos érinti ennek következményét egy kevéssé ismert kis esszéjében az első világháború végén, 1918 októberében. Egy éjszakai sétán a Küküllő-völgyben varázslatos emberrel elegyedik beszédbe: egy őrt álló katonával. Fülep, aki jól ismert több nyugat-európai kultúrát, de elsősorban az olaszt, rádöbben arra, hogy a vallásos érzés lényege, a spiritualitás, milyen ritkán nyilvánul meg ilyen egyéni és spontán módon a magyar parasztban, a magyar emberben.²⁸ A gondolatot továbbgombolyítja, és a magyar irodalomhoz ér el: mindig hiányzott belőle, mondja, „a nép vallási génuszának megnyilatkozása”.²⁹ Vagyis az igazi baj nem a vallási génusz hiánya volna, hanem értelmiségünk látásmódja. Ennek a bonyolult kérdésnek okai bizonyára messzi évszázadokra vezethetők vissza, többek közt a magyar spiritualitás sajátos vonásaira, amelyeket meg kellene vizsgálni.

Mindenesetre bizonyára igaza van Zonda Tamásnak³⁰, amikor az öngyilkosság magyar hagyományát vizsgálva a 19. századhoz ér, s az oly gyakran és méltán emlegetett történelmi traumákon túl a szekularizáció fent említett „sikerét” is felelőssé teszi. Ebben a tekintetben, mint tudjuk, tovább romlott a helyzet 1950 és 1990 között. Nemcsak a vallást üldözték, de a spiritualitás minden formáját, egész kultúráját. Persze, a szabadság és spiritualitás termé-

27 Bertalanffy, L. von, 1952. 8. p.

28 Fülep L., 1998. 126. p.

29 Uo. 128. p.

30 Zonda T., 1994. pp. 164–173.

szetes ösztönét követve, a vallási génusz éppen ekkor sok új spontán és intézményes utat is talált, és sokan éppen ezért erősödtek meg spiritualitásukban.

Nem kérdés azonban, hogy a mentális egészség érdekében a transzcendencia minden formáját erősíteni kell az értelmiségnek: ez – ahogy Bóna László mondja – a szellemi emberek feladata. Egy lépés az is, ha a család, a kisebb és nagyobb közösségek vállalása felé tudunk elindítani minél többeket azok közül, akik az önzés és az önrombolás örvényében forognak.

Ehhez persze a dolgoknak jó irányba kell haladniuk *odakinn* is. Láttuk a bizonyítékokat, hogy a szabadság szűkítése növeli az elidegenedést. Ha nem érzi magát nyertesnek a polgár, ha egy gazdasági vagy hatalmi csoport beszűkíti a politika nemzeti és helyi mozgásterét, a közegészség állapota az átmene-ti javulás után ismét a romlás felé indul, és egy lemaradó, beteg, cselekvésképtelen ország lesz a mindenkori győztesek díja. Olyan látomás ez, amely elfogadhatatlan.

Felhasznált irodalom

- Andorka Rudolf: *Deviáns viselkedések Magyarországon – általános értelmezési keret az elidegenedés és az anómia fogalmak segítségével. Devianciák Magyarországon.* Összeállította München Iván, Moksony Ferenc. Budapest, Közélet Kiadó, 1994.
- Bertalanffy, Ludwig von: *Problems of Life – An Evaluation of Modern Biological Thought.* Watts, London, 1952.
- Frankl, Viktor E.: *Psychotherapy and Existentialism. Selected Papers on Logotherapy.* New York, Simon and Schuster, 1967.
- Fülep Lajos: *Egybegyűjtött írások, III. Cikkek, tanulmányok, 1917–1930.* Szerk.: Tímár Árpád. Budapest, MTA Művészettörténeti Kutatóintézet, 1998.
- Kodolányi Gyula: *Piacfeletti Európa. Rosszkedv és elpocsékolt idő. Vitorlázni szép veszély. Kentaurszárnyak. Esszék, beszélgetések, 1968–1998.* Budapest, Kortárs, 1999.
- Kopp Mária: *A magatartási, érzelmi zavarok oki háttere és megelőzésének lehetőségei. Devianciák Magyarországon.* Összeállította München Iván, Moksony Ferenc. Budapest, Közélet Kiadó, 1994.
- Országépítő. Építészet–Környezet–Társadalom.* A Kós Károly Egyesülés negyedéves folyóirata. Budapest. 14. évfolyam, 1. szám, 2003.
- Vizi E. Szilveszter: *Az életminőség tényezői Magyarországon. Kutatási beszámoló, 1997–1999.* Egészségügy Magyarországon. Magyarország az ezredfordulón. V. Életminőség. Budapest, Magyar Tudományos Akadémia. 2001.
- Zonda Tamás: *Az öngyilkosság történelmi gyökerei. Devianciák Magyarországon.* Összeállította München Iván, Moksony Ferenc. Budapest, Közélet Kiadó, 1994.

A változások hatása az egészségre

Megdöbbenő, de egyik legtöbbet használt fogalmunknak, az egészségnek nincs általánosan elfogadott definíciója. Kézenfekvő lenne az egészséget a betegség hiányával meghatározni, de a betegség hiánya még nem jelent okvetlenül egészséget. Az orvosi gyakorlatban akkor mondunk valakit egészségesnek, ha nem találunk nála kóros elváltozást. Kóros az, amely eltér a sokaság átlagától (Gauss-görbe). Megítélés kérdése, hogy az átlag szórását meddig tekintjük normálisnak és mettől kórosnak. A betegségek társadalmi megítélése eltér az orvosi meghatározástól. A társadalom azt tartja egészségesnek, aki el tudja látni a társadalomban betöltött helyét, eleget tud tenni a társadalom aktuális elvárásainak. Ezzel magyarázható, hogy a történelem folyamán ugyanazon patológiás jelenség társadalmi megítélése sokszor változott abból a szempontból, hogy azt egészségnek, vagy betegségnek ítélték meg. Mióta a gazdasági fejlődés a megtermelt javak egy részének újraelosztása révén lehetővé tette a társadalom számára a szociális gondoskodást, a szociális jólét is az egészség fogalmába tartozik. Az Egészségügyi Világszervezet¹ 1946-ban kiadott alkotmányában rögzítette, hogy „az egészség a teljes testi, lelki és szociális jólét, és nem a betegségek vagy rokkantság hiánya”. Egészségpolitikai szempontból ez a meghatározás elfogadható, de a gyakorlati orvosi tevékenység során csak erős megszorításokkal alkalmazható.

Nem sokkal könnyebb az egészségi állapot mérése populációs szinten. A populáció egészségi állapotát kutató epidemiológiai mérések általában viszonyszámokon alapulnak, a betegséget vagy a betegeket viszonyítjuk az egészségesnek vélt állapothoz, illetve populációhoz. Ilyen értelemben egy adott populáció „rossz egészségi állapota” azt jelenti, hogy ott több a korai halálozás, rövidebb az egészségben várhatóan eltölthető életévek száma, magasabb a betegség miatt elvesztett életévek mennyisége vagy a mérhető betegségek „terhe”, mint egy hasonló nemű és korösszetételű, vagy arra standardizált referencia-populációban.

1 World Health Organization, 1985. 1. p.

Az egészség megtartása, károsodásának elkerülése, a betegségek megelőzése, az emberiség egyik legrégebbi törekvése. Az életet biológiai értelemben úgy foghatjuk fel, mint a biológiai egyed és környezete közötti folyamatos információcserét, amelynek hatására az élő szervezet különböző alkalmazkodási reakciókkal válaszol saját belső környezetének állandósága megőrzése érdekében. Claude Bernard² 1856-ban írta le, hogy „a belső környezet (*milieu intérieur*) stabilitása a szabad és független lét első feltétele; az a mechanizmus, amely a belső környezet állandóságát biztosítja, egyértelműen fontos az élet számára”.

Minél fejlettebb biológiailag a szervezet, annál tökéletesebb és gyorsabb az alkalmazkodási mechanizmusa, a szervezet belső állandóságának megőrzése, szemben a külvilág változásaival. Ezt segítik a tanult feltételes reflexek, amelyek mintegy előre jelezve a külvilágban bekövetkező eseményeket, lehetővé teszik a szervezet optimális felkészülését, a káros külvilági esemény hatásának megelőzését, esetleges kivédését. A feltételesreflex-mechanizmus úgy is felfogható, mint a prevenciónak egy sajátos formája. Ugyancsak a biológiai prevenciót szolgálja a feltétlen reflexeknek egy része is, mint például a fájdalom, éhség-, szomjúság-, álomérzet, amelyek eredményeként létrejött válaszreakció szolgálja az egészségkárosító noxa prevencióját.

Ha a biológiai vagy szociális információáramlás túl erős, vagy az információk feldolgozása, a „coping” mechanizmus elégtelen, akkor a szervezet veszélybe kerül, amely fokozott kockázatot jelent, és valószínűsíti az egészségkárosodás (káresemény) bekövetkezését. A veszély a létezés velejárója, és valamely jövőben bekövetkező kedvezőtlen hatású eseményt valószínűsít, amely származhat a természeti vagy társadalmi környezetből, vagy magából a szervezetből. A kockázat a veszély bekövetkezésének lehetőségét jelenti (pl. a dohányzás – mint cselekvés – együtt jár a tüdőrák kialakulásának veszélyével mint káreseménnyel). A kár tehát a kockázatban rejlő károsító hatású esemény tényleges bekövetkezését jelenti, amely az egészségi állapot megromlását, a betegséget, vagy végső soron a halált jelentheti. A kár megelőzésének gondolata talán olyan régi, amióta az emberiség rádöbrent, hogy a kár megelőzhető és következményei kivédhetők, elkerülhetők, illetve különböző mértékben csökkenthetők. A prevenció ilyen értelemben biológiai és társadalmi kármegelőzésnek is felfogható, amint ez a kockázat alapú betegségbiztosítás gyakorlatában is megtalálható. Fontossága és aktualitása miatt kell megjegyezni, hogy a szolidaritás alapú biztosításban a kárkiegyenlítés (gyógyítás) dominál, és a kármegelőzés (prevenció) alig játszik szerepet.

2 Bálint P., 1975. 47. p.

A gazdasági, társadalmi változások hatása

A társadalom-orvostan (mint a „public health” egyik ága) populációs szinten vizsgálja a gazdasági társadalmi változások hatását az emberi egészségre.

Az ember biológiai alkalmazkodóképessége a természeti környezeten kívül a társadalmi környezetre is kiterjed. McKeown³ ennek alapján állította fel szellemes elméletét arról, hogy a történelem folyamán az emberiség egészségét milyen alapvető gazdasági-társadalmi hatások veszélyeztették. McKeown gazdaságtörténeti idősorai természetesen Angliára és Walesre, de legfeljebb a klasszikus kapitalizmust és polgáriasodást már a 17–18. században elkezdő nyugat-európai stabil piacgazdaságokra érvényesek.

A vadászó-gyűjtögető életmód (Kr. e. 30 ezer év) nem adta meg a lehetőséget, hogy az emberek elegendő ételmet szerezzenek, nem tudtak alkalmazkodni az éhezéshez, tehát a fő kórok az alultápláltság volt.

Az első mezőgazdasági forradalom (Kr. e. 10 ezer év) lehetővé tette, hogy a földművelés kapcsán elegendő élelmiszert termeljenek, de ehhez helyben maradás és sűrű egymás mellett élés volt szükséges, könnyen terjedtek a fertőzések, amelyekhez nem tudtak alkalmazkodni, így az embereket a járványok tizedelték.

Az első ipari forradalom (1650 körül, az angol történelem figyelembevételével) hatására az emberek zsúfolt városokba tömörültek, kialakultak a „slum”-ok. A megfelelő higiénés viszonyok hiánya és a fertőzésekhez való maladaptáció vezetett a nagy járványokhoz.

A huszadik század második felében bekövetkezett technikai forradalom gyors társadalmi változásokkal járt, amelyek az emberek társadalmi alkalmazkodóképességét merítették ki. Erre a korszakra a krónikus nem fertőző betegségek (mentális betegségek, az immunrendszer, a szív- és vérkeringési rendszer zavarai stb.) voltak jellemzőek.

Az iparilag fejlett országokban (OECD) az elmúlt negyvenezer év vezető halálozási okai – malnutríció (alultápláltság) és infekciók (fertőzések) – a mezőgazdasági termelés növelésével és az élelmiszertechnika fejlődésével, a zsúfoltság csökkentésével, a megfelelő lakáskörülményekkel, a víz- és élelmiszer-higiéné bevezetésével, tehát a gazdasági és szociális körülmények javításával elkerülhetővé váltak. Jól alátámasztja ezt a már idézett McKeown, aki kimutatta, hogy Angliában és Walesben a légúti fertőzések (pl. tbc, pneumónia) okozta halálozási arányok a terápiás lehetőségektől szinte függetlenül a gazdasági és szociális viszonyok javulásával párhuzamosan csökkentek. A huszadik század második felében jelentkező szociális maladaptáció, a krónikus nem fertőző betegségek endémiája éppen a malnutríció és infekciók megszüntetésében vezető szerepet játszó gyors gazdasági és technikai fejlődés következménye,

3 McKeown, T., 1976. pp. 1–180.

amelynek prevenciója már erősen megosztva sikerült a különböző társadalmakban és kultúrákban.

A huszonegyedik század jóléti társadalmi számára egyaránt érvényes az a megállapítás, hogy a II. világháborút követő gazdasági fellendülés, az új gyógyszerek, a fejlett orvosi technológia bevezetése ellenére a lakosság egészségi állapota lényegesen alacsonyabb szinten van, mint ahogyan az a „jóléti társadalom” alapján elvárható lenne. Annak ellenére, hogy a régió sok iparilag fejlett és nagyon gazdag országaiban igen sokat költenek az egészségügyre, az orvostudományi kutatásokra és az oktatásra, az egészséghez való lehetőségekben jelentős esélyegyenlőtlenség van. Az iparilag fejlett országokban – de hazánkban is – nagyobb az azonos korú segéd-, betanított munkás-rétegek halálozása és megbetegedési, rokkantsági aránya, mint a magasan képzett, vezető beosztású szellemi foglalkozásúaké.

A világ lakosainak 85 százaléka még mindig az éhínség és az infekciós megbetegedések fenyegetettségében él, és az egy főre jutó alacsony nemzeti jövedelmek miatt túl sok remény sincs ennek megváltoztatására.

Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők

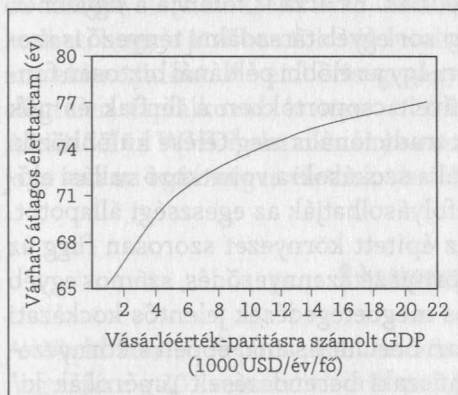
Az Egészségügyi Világszervezet szerint az ipari országokban a népesség egészségi állapotának 43 százalékáért a társadalmi környezet (és az általa befolyásolt, választott életmód), 27 százalékáért a genetikai tényezők, 19 százalékáért a természeti és épített környezeti hatások és csupán 11 százalékáért felelős az egészségügyi ellátás.

Tekintettel arra, hogy a gazdasági fejlettség alapvetően meghatározza a társadalmi és környezeti tényezőket, továbbá az egészségügyi ellátást is, a nemzeti jövedelem (GNP), illetve a bruttó hazai nemzeti össztermék (GDP) és a lakosság egészségi állapotát jól jellemző, születéskor várható átlagos élettartam között szoros összefüggés mutatható ki. A nemzeti össztermék (GNP) viszonylag kismértékű növekedése is jelentős javulást okozhat a fejlődő országok lakosságának életkilátásaiban. A fejlett és kevésbé fejlett ipari országokban a vásárlóerő paritásra számított GDP és a születéskor várható élettartam összefüggése között laposabban emelkedő, de ugyancsak szoros összefüggés tapasztalható⁴. A regressziós vonal fölött elhelyezkedő országokban a lakosság életkilátásai jobbakként, mint az a gazdasági teljesítményből következne, míg a vonal alattiak azt jelzik, hogy a lakosság a gazdasági fejlettségnél rosszabb egészségi állapotú. A regressziós vonaltól való eltérések tehát azt bizonyítják, hogy a nemzeti össztermék meghatározó szerepén kívül egyéb tényezők is befolyásolják az életkilátásokat.

4 Forgács I., 9: 812–817. 1999.

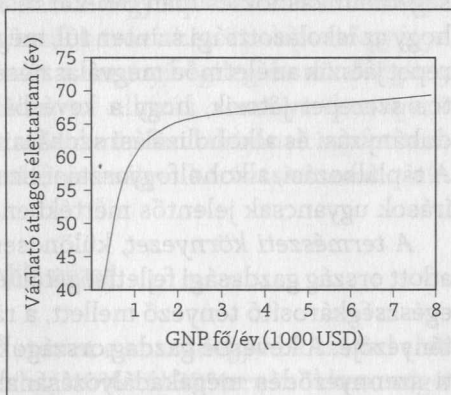
1. ábra

A GDP és a születéskor várható élettartam – ipari országok



2. ábra

A GNP és a születéskor várható élettartam – fejlődő országok



Az egyik leglényegesebb GNP-n kívüli – de azzal indirekt módon szintén szorosan összefüggő – befolyásoló tényező az *iskolázottsági szint*, amely egyenesen arányos az egészségben eltöltött évek számával. Különösen az alacsony nemzeti jövedelmű (a GNP 1000 \$/fő/év alatt) országok lakosainak életkilátásai javulnak szignifikánsan az iskolázottsággal. A fejlett ipari országok szociális ellátó rendszerei – amelyek egy főre jutó szociális támogatásai gyakran meghaladják az említett fejlődő országok teljes nemzeti jövedelmét – részben kompenzálják az alacsonyabb iskolázottsági szintből adódó egészségi hátrányokat, illetve a szociális hátrányok ellenére is segítik a megfelelő iskolázottsági szint elérését.

A gazdasági potenciál és az iskolázottság együttesen befolyásolják a munkaerőpiacot (foglalkoztatottság, illetve munkanélküliség), a jövedelmek megoszlását és bizonyos fokig a demográfiai viszonyokat is. A GDP tartós emelkedése vagy csökkenése alapvetően befolyásolja a kormegoszlást, a természetes szaporodást és a migrációs trendeket, amelyek szintén hatnak a lakosság egészségi állapotára. A fejlődő országokban a lakosság fiatalabb, a termékenység jelentősen magasabb, mint a fejlett ipari országokban (karácsonyfaszerű korfa).

A társadalmi-gazdasági helyzet döntő – ha nem is kizárólagos – szerepet játszik az egyéni életmód megválasztásában, amelyben különösen fontos kockázati tényezők a kóros táplálkozás, a dohányzás, a káros mennyiségű alkohol fogyasztása, a drogfogyasztás és a fizikai aktivitás hiánya.

Egy angliai felmérés szerint például a magasan képzett értelmiségi férfiaknak csupán 5%-a szív napi 20 szál cigarettánál többet, míg az alacsonyan iskolázott segédmunkásoknak 22%-a. Ugyanakkor a napi három pohár italnál rendszeresen többet fogyasztók aránya a két társadalmi csoportban egyaránt

26%. Meglepő azonban a nőknél mért adat. Itt ugyanis a napi cigarettaszívásban csupán kétszeres különbség adódott (6% és 13%), míg az alkoholfogyasztásban a magasan képzett értelmiségi nők 14%-kal, az alacsonyan iskolázott segédmunkásnők csupán 6%-kal részesednek. Ez arra is felhívja a figyelmet, hogy az iskolázottsági szinten túl, még egy sor egyéb társadalmi tényező is szerepet játszik az életmód megválasztásában. Így az előbbi példánál biztosan fontos szerepet játszik, hogy a kevésbé művelt csoportokban a férfiak és nők dohányzási és alkohelizálási szokásainak tradicionális megítélése különbözik. A táplálkozási, alkoholfogyasztási, szexuális szokásokra vonatkozó vallási előírások ugyancsak jelentős mértékben befolyásolhatják az egészségi állapotot.

A *természeti környezet*, különösen az épített környezet szorosan függ az adott ország gazdasági fejlettségétől. A környezetszennyeződés, számos egyéb egészségkárosító tényező mellett, a rákos megbetegedések jelentős kockázati tényezője. A kevésbé gazdag országok ipari beruházásainál éppen a környezeti szennyeződés megakadályozásának műszaki berendezéseit „spórolják ki” (pl. a korábbi szocialista gazdaságok), amely megmutatkozik ezeknek az országoknak a magas rák-halálozásában is. A természeti környezet egészséget elősegítő hatása érvényesül a mediterrán országokban, amelyekben a várható élettartam magasabb, mint az a gazdasági potenciáljukból következne. A természeti környezet védelmén alapuló egészségmegőrzés természetesen az egyének és a lakosság iskolázottsági szintjétől is függ. A fejlődő országok lakosságának egészségi állapotát, de különösen a gyermekhalandóságot jelentős mértékben befolyásolja az ivóvíz szennyezettsége és a szennyvízelvezetés (csatornázás) hiánya. Az iparilag fejlett országok lakosságát viszont a városi zöldterület, az erdőségek relatív hiánya, a zajártalom fenyegeti. A környezetszennyeződés szempontjából speciális helyzetben vannak a volt szocialista országok, amelyekben a szocialista nehézipar leépülésével csökkent a környezeti szennyezettség korábbi mértéke. Napjainkban egyre fontosabb szerepet tulajdonítanak a genetikai környezetszennyezésnek, amelynek során a géntechnikai hulladékok a szennyvízzel a talajba kerülve manipulált génállományú élőszervezetként szaporodnak. Ez a jövőben nagyobb veszélyt jelenthet, mint a radioaktív hulladék, amely legalább feleződik, de nem szaporodik.⁵

Az *egészségi állapotot meghatározó genetikai* kérdések részletes tárgyalása messze meghaladja e tanulmány kereteit. Feltételezhető, hogy egy évtized múlva éppen ez fogja képezni az egészségi állapotot meghatározó témával foglalkozó tanulmány gerincét. A genomika, a humán géntérképek elkészítése nemcsak az örökletes betegségek megismerését, hanem azok korai felismerését és megelőzését is lehetővé teheti. A genomikára épülő proteomika⁶ – az összes humán fehérje szekvenciájának feltérképezése és mesterséges előállí-

5 N. SZ. I., 2001. 09. 03.

6 NY Times, 2001. 04. 05.

tása, hasonlóan az embrionális őssejt kutatásokhoz – a terápiás lehetőségek eddig még nem látható lehetőségeit nyithatja meg. Mindezek a bonyolult csúcstechnológián alapuló lehetőségek az emberiségnek csak igen kis hányada részére elérhetők, és a Föld lakosainak háromnegyede csak abban reménykedhet, hogy a jövőben több élelemhez, tisztább ivóvízhez és alapvető gyógyszerekhez juthat. Az emberiség nagy részét a mennyiségileg és minőségileg elégtelen táplálkozás és nem a túltáplálás, az elhízás veszélye fenyegeti! Az ENSZ és WHO⁷ alapokmánya szerint a Föld minden lakójának egyformán joga van az egészséges élethez, de a hozzáférés esélyei korántsem azonosak.

A huszonegyedik század

A World Health Report 1998. évi adatai⁸ szerint a huszonegyedik század első negyedére a 20 éven aluliak aránya a jelenlegi 40%-ról 32%-ra csökken, míg a 65 éven felüli népesség száma a jelenleginek a kétszeresére – Latin-Amerikában és Ázsiában háromszorosára – növekszik, és 2025-re globálisan elérheti a populáció egytizedét. A világ nagyon elmaradott térségeinek mérsékelt gazdasági növekedése következtében a fertilitási ráta tovább csökken, és amíg 1955-ben csupán három országban volt 2,1 alatt, addig 2025-re ez 102 országban várható!

A Föld lakosainak korszecifikus halálozása 2025-re a 19 év alatti életkorokban igen jelentősen csökken, 20 és 64 év között alig változik, 65 év felett természetesen jelentősen emelkedik. Még mindig nagyon magas az 5 éven aluli gyermekek halálozása, aminek 97%-a a fejlődő országokban következik be, és 50%-ban az alultápláltság szerepel társult halálokként. Évente legalább kétmillió kisgyermek halála elkerülhető lenne a jelenleg már forgalomban lévő védőoltások szakszerű alkalmazásával.

A fejlődő országokban továbbra is a fertőző betegségek és az alultápláltság marad a vezető halálozási ok, de ezekhez társul a mérsékelt gazdasági fejlődés és civilizációs életforma káros hatásai miatt gyorsan terjedő krónikus, nem fertőző betegségek okozta halálozás. Évente 15 millió 20–64 év közötti felnőtt hal meg a Földön és ennek nagy része korai, megelőzhető halálozás.

A gazdaságilag fejlett országokban továbbra is dominál majd a krónikus nem fertőző betegségek okozta halálozás. Feltehetően csökkenni a szív-koszorúér- és agyér-megbetegedések, és emelkedik a rák okozta halálozások aránya. A jelenleg még a legkorszerűbb egészségügyi ellátást nyújtó országokban is a rákbetegségek csupán harmada gyógyítható – a rendszeres szűrésnek köszönhető korai felismeréssel és kombinált effektív terápiával. Egyes adatok

7 World Health Organisation, 1984.

8 The World Health Report, 1998. pp. 1–241.

szerint az emlőrák legalább tíz évvel csökkenti a nők várható élettartamát. A diabetes okozta halálozások kétszeres növekedése várható 2025-re.

A fenti prognosztikai adatok is alátámasztják a gazdasági és társadalmi viszonyok oki szerepét az egészségi állapot meghatározásában. Korunkban a korai és az elkerülhető halálozások a gazdasági-társadalmi viszonyok elmara-dottsága (malnutríció, infekció), vagy annak túlzottan gyors változásai, fejlő-dése (civilizációs ártalmak) miatt következnek be.

Az Európai Unió és tagjelöltjei

A közép- és kelet-európai országok, a balti államok és a Független Államok Közössége (FÁK) nemzeti és politikai függetlenségük, piacgazdasági átalaku-lásuk második évtizedében még mindig súlyos gazdasági és társadalmi problémákkal küzdenek, amelyek mélyrehatóan befolyásolják az emberi kapcsola-tokat, az értékrendek változását, a biztonságérzetet és jövőképet – kihatva az egészségi állapotra. A külföldi tőkebeáramlás következtében a mennyiségiből a minőségi munkaerő iránti kereslet irányában történő eltolódás, a profitori-entált termelés a lakosság főleg alacsonyabban képzett rétegeiben egziszten-ciális krízishez vezetett, tovább rontva egészségi állapotukat. Ezen országok egészségügyi rendszereinek azzal a kihívással kell szembenézniük, hogyan kompenzálják a fejlett piacgazdaság gyors és agresszív gazdasági, innovatív, technológiai változásait, amelyek az egyének biológiai, pszichikai és szociális károsodását okozhatják. A munkanélküliség, a kényszervállalkozások, a bizonytalanság egészségre gyakorolt negatív hatása közismert. A társadalom-nak azon tagjai, akik koruknál, testi vagy lelki kapacitásuknál, alacsony iskolá-zottságuknál és hátrányos kisebbségi helyzetüknél fogva nem tudtak alkal-mazkodni ezekhez a változásokhoz, egyre mélyebbre süllyednek a szegénység és betegségek kilátástalan helyzetébe. Természetesen a gazdag jóléti társadal-mak képesek ezeket a problémákat részben kompenzálni, de az átmeneti gaz-daságok sem anyagilag (alacsony GDP), sem szociálisan, sőt egészségpolitiká-jukban sincsenek felkészülve ennek megoldására.

A gazdasági-társadalmi változások egészségre gyakorolt hatása legkifeje-zettebben a volt Szovjetunió lakosságát érintette. Az Orosz Szövetségi Köz-társaságban (Oroszország) 1987 és 1994 között, majd 1998 óta a születéskor várható élettartam jelentősen csökkent. Egy újabb kutatás szerint⁹ a 40 éves férfiak még várható átlagos élettartama 22,4 év, ez mintegy 8,8 évvel alacso-nyabb, mint a nyugat-európai és 3,8 évvel rövidebb, mint a kelet-közép-európai átlag. Nőknél ez a különbség alacsonyabb (4,9, illetve 3,2 év), de még így is je-lentős a különbség.

9 Andreev, E. M., McKee, M., Shkolnikov, V., 81: 778–787. 2003.

1. táblázat

Az Európai Unió tagországai („15-ök”)

Ország	Orvos	Ápoló	Orvos/ ápoló	DALE	Eü. kiad. GDP%	Eü. kiad. USD	OP USD	OP/ Tot. %
Ausztria	302	532	56,7	71,6	9,0	1960	462	23,5
Belgium	395	1075	36,7	71,6	8,0	1738	255	14,7
Dánia	290	722	40,1	69,4	8,0	1940	304	15,7
Finország	299	2162	13,8	70,5	7,6	1539	297	19,3
Franciaország	303	497	60,9	73,1	9,8	2125	433	20,4
Németország	350	957	36,6	70,4	10,5	2365	267	11,3
Görögország	392	257	152,5	72,5	8,0	964	306	31,7
Írország	219	1593	13,7	69,6	6,2	1200	-	-
Olaszország	554	296	187,1	72,7	9,3	1824	1042	57,1
Luxemburg	272	782	34,7	71,1	6,6	1985	142	7,1
Hollandia	251	902	27,8	72,0	8,8	1911	321	16,8
Portugália	312	379	82,3	69,3	8,2	1060	433	40,8
Spanyolország	424	458	92,5	72,8	8,0	1211	247	20,4
Svédország	311	821	37,9	73,0	9,2	1943	427	22,0
Egyesült Királyság	164	497	33,0	71,7	5,8	1193	37	3,1

2. táblázat

Az Európai Unió 2004-ben taggá vált országai

Ország	Orvos	Ápoló	Orvos/ ápoló	DALE	Eü. kiad. GDP%	Eü. kiad. USD	OP USD	OP/tot. %
Bulgária	345	713	48,3	64,4	4,8	193	33	17,1
Csehország	303	886	34,2	68,0	7,6	640	50	7,8
Észtország	297	625	47,5	63,1	6,4	346	73	21,1
Magyarország	357	385	92,7	64,1	5,3	372	56	15,1
Lettország	282	549	51,3	62,2	6,1	246	96	39,0
Litvánia	395	884	44,7	64,1	6,4	278	66	24,2
Lengyelország	236	527	44,8	62,2	6,2	392	111	28,3
Románia	184	409	45,0	62,3	3,8	136	54	39,7
Szlovákia	353	708	49,8	66,6	8,6	574	105	18,3
Szlovénia	228	681	33,5	68,4	9,4	996	101	10,1

Rövidítések: orvos- és ápolószám 100 000 lakosra; orvosok száma az ápolók %-ában; DALE: egészségben eltölthető életévek száma; Eü. kiad./GDP%: az egészségügyi kiadások a GDP %-ában; Eü. kiad.: egészségügyi kiadás fő/év US\$-ban; OP: zsebből fizetett egészségügyi kiadások, fő/év US\$; OP/Tot%; a zsebből fizetett egészségügyi költségek a teljes egészségügyi kiadások %-ában.

3. táblázat

Magyarország, Ausztria és Finnország néhány demográfiai és egészségügyi mutatója

	Magyarország	Ausztria	Finnország
Élve születés 100 ezer lakosra	9,7	9,6	11,0
Halálozás (nyers) 100 ezer lakosra	13,5	9,4	9,5
Csecsemőhalálozás/1000	9,2	4,3	3,6
Várható átlagos élettartam			
Születéskor (férfi/nő)	67,1/75,6	75,1/81,0	73,8/81,0
45 éves életkorban	25,5/32,7	32,2/37,3	31,2/37,2
65 éves életkorban	12,5/16,2	15,8/19,4	15,1/19,2
Standardizált mortalitás (SMR) 100 ezer lakosra	859,9	528,3	578,8
Rák	216,7	136,2	122,3
Keringési rendszer	403,2	255,7	243,0
Légzőrendszer	31,9	21,7	44,5
Emésztőrendszer	71,9	26,8	24,4
Külső okok	72,1	41,1	65,1
Fertőző betegségek incidenciája 100 ezer lakosra			
Tuberkulózis	35,89	13,41	10,94
AIDS	0,27	0,74	0,35
Szifilisz	3,64	2,27	2,71
Hepatitis infekció	7,77	15,29	47,17
Hepatitis B	1,3	3,98	4,94

A fenti problémákat támasztják alá az 1. és 2. táblázatok¹⁰, amelyek az Európai Unió régi (1. táblázat) és új (2. táblázat) tagországainak orvos- és ápolószáma mellett az egészségi állapotra egyértelműen jellemző, egészségben eltölthető éveinek számát (DALE) és az egészségügyre költött összegeket mutatják. Jól látható, hogy mindkét országcsoporton belül jelentős különbségek vannak az egészségügyi munkaerő számában és arányaiban, valamint az egészségügyre költött közpénzek és magánkiadások vonatkozásában. Azonban nagyságrendi eltérések mutatkoznak a két országcsoport között a lakosság egészségben eltölthető éveinek számában és az egészségügyre fordított közkiadásokban. Érdekes megjegyezni, hogy paradox módon szinte azonos a két országcsoport orvosainak száma annak ellenére, hogy az egészségügyi kiadásokban jelentős a különbség. A „szegények” pazarlását mutatja, hogy a

10 Forgács I., 42: 269–282. 2002.

magas orvos- és kórházi ágyszám (3. táblázat) mellett feltűnően rossz az orvos-nővér arány. Úgy látszik nemcsak az a mondás igaz, hogy „a szegénység betegít, és a betegség szegényít”, de az is, hogy a szegény még rosszul is gazdálkodik (legalábbis az egészségügy területén).

A 3. táblázatban a hazai egészségi állapotra jellemző néhány paramétert az osztrák és a finn adatokkal hasonlítottuk össze. Ausztriára azért esett a választás, mert közös történelmi múltunk alapján mindkét egészségügyi rendszer a Mária Terézia alkotta egészségügyi törvényből és a bécsi orvosi iskolából származott. Finnország az egészségjavítás és -megőrzés szempontjából kiemelkedő.¹¹ A három ország összehasonlítása alapján egyértelműen kiderül, hogy

- a hazai nyers halálozás mintegy 40%-kal magasabb a másik két országénál;
- a csecsemőhalálozás (az igen jelentős hazai eredmények ellenére) 2,5-szer magasabb;
- a férfiak születéskor várható átlagos élettartama 6-8 évvel, a nőké 5,4 évvel alacsonyabb, és ez a jelentős különbség élethosszon át megmarad;
- a rák-halálozás csaknem kétszer, a keringési betegségek okozta halálozás kétharmaddal magasabb, mint Finnországban;
- az emésztőrendszer betegségei okozta halálozás zömét az alkoholos máj-sorvadás okozza, amely csaknem háromszor magasabb nálunk, mint a két referenciaországban;
- a tbc előfordulása háromszor magasabb, míg az AIDS és a hepatitis B incidenciája nálunk jóval alacsonyabb, mint a másik két országban;
- noha az egészségi állapotot populációs szinten nem befolyásolja jelentősen, de érdemes megjegyezni, hogy nálunk a legmagasabb az orvosok és legalacsonyabb az ápolók száma, továbbá az egészségügyi kiadások nagysága egyötöde-egynegyede a másik két országénak (1. és 2. táblázat).

A fentiek annak ellenére elszomorítóak és egészségpolitikai akciókat követelnek, hogy Józan¹² szerint az utóbbi nyolc évben javultak a mortalitási mutatók, és „Magyarországon megszűnt az epidemiológiai válság, és az ország – a halálzási viszonyokat tekintve – elkezdte felzárkózását az Európai Unió átlagához”.

Hangsúlyozni szükséges, hogy egy adott évben mért halálzási viszonyok (akár nyers, akár derivált adatokat használunk) nem tükrözik az adott év(ek) egészségi viszonyait, hiszen a mortalitás mintegy 90%-át kitevő krónikus nem fertőző és krónikus fertőző betegségek kialakulásában szereplő életmódbeli (kockázati) tényezők évekkel, évtizedekkel megelőzik az adott betegségek mérhető halálzási viszonyait.

11 Puska P. et al. (ed.), 1995. 361. p.

12 Józan P., 144. 451–460. 2003.

Mindezek azonban nem változtatják meg azt a tényt, hogy hazánk vásárlóerőre számított (p.p.p.) GDP-je 2001-ben az Európai Unió átlagának 53%-a volt, és a lakosság egészségi állapotát döntő mértékben az adott ország GDP-je határozza meg (Eurostat¹³).

A jó életminőség eléréséhez individuálisan és társadalmilag is szükséges az egyenletes fejlődést projiciáló jövőkép, amelynek szükségességét Emile Durkheim¹⁴ (1858–1917) *Az öngyilkosság* című 1897-ben írt művében így fogalmazta meg: „Ha egy országban gazdasági katasztrófa következik be, vagy ha a társadalmi válság oka a hatalom és vagyon szerkezetének hirtelen megváltozása, az emberek nem tudják mit lehet és mit nem, mi helyes és mi helytelen, mi az, amit jogosan követelhetnek, mi az, ami túllépi a mértéket – idő kell hozzá, hogy a köztudat újra osztályozhassa az embereket és a dolgokat”. Igaz, hogy Durkheim ezt a 19. század végi viszonyokra értette, és ma a 21. században élünk!

Összefoglalás

- A GDP és a születéskor várható élettartam között jól mérhető lineáris összefüggés van.
- Ugyancsak szoros korreláció található a GDP és az egészségügyi kiadások között.
- Jól mérhető összefüggés van a gazdasági-társadalmi státusz és az egészségi állapot között.
- Minél alacsonyabb az iskolai végzettség, annál rosszabb a változáshoz való alkalmazkodás „coping” mechanizmusa.
- Mindezek eredménye, hogy „a gazdagság egészség, a szegénység betegség”.
- A kelet-közép-európai új EU-tagországok egészségügyi kiadásai a korábbi EU-átlag 25–40%-a, ezzel szemben az orvosok és a kórházi ágyak számában nincs lényeges különbség.

Irodalom

Andreev, E. M., McKee, M., Shkolnikov, V.: Health Expectancy in the Russian Federatin: A New Perspective on the Health Divide in Europe. *Bulletin of the World Health Organization*, 81: 778–787. 2003.

Bálint Péter: *Orvosi élettan*. Budapest, Medicina Könyvkiadó. 1975. 47. old.

Durkheim, E.: *Az öngyilkosság*. Budapest, Osiris Kiadó, 2000.

13 Eurostat: <http://europa.eu.int/comm/eurostat>

14 Durkheim, E., 2000.

Eurostat: <http://europa.eu.int/comm/eurostat>

Forgács I.: Pro Sanitate 2000. *Lege Artis Medicinae*, 9: 812–817. 1999.

Forgács I.: The Required Number of Physicians: is it an Optimal Figure? *Cah. Socio. Demo. Med.*, 42: 269–282. 2002.

Józan P.: Fordulat a halandóságban és az életkilátásokban, epidemiológiai korszakváltás Magyarországon? *Orvosi Hetilap*, 144: 451–460. 2003.

McKeown, Thomas: *The Role of Medicine*. Trust, The Nuffield Provincial Hospitals. 1976. pp. 1–180.

N. SZ. I.: Genetikai környezetszennyezés. *Környezetvédelem*, 2001. 09. 03.

NY Times: Three Companies will Try to Identify all Human Protein, 2001. 04. 05.

Puska P. et al. (ed.): *The North Karelia Project*. National Public Health Inst., KTL, Helsinki, 1995. 361. p.

World Health Organisation: *Basic Documents*. Geneva, 1984.

World Health Organization: *Basic Dokumenten*. Geneva, 1985. 1. p.

The World Health Report 1998: *Life in the 21st century. A vision for all*. WHO. Geneva, 1998. pp. 1–241.

A környezetvédelem az információk szűrt kiválasztásával (vagy fordítva) a környezeti károsítások elleni védekezés (kármentés) szorosan kapcsolódó feladatát, mert egyrészt az egyes környezeti károsítások elleni védekezéshez olyan információk szükségesek, amelyek a környezeti károsítások természetét és károsító hatását leírják.

Az informatika (informatika) a tudományok kezelésével, feldolgozásával, a kommunikáció, közzététel, pedig a továbbításról foglalkozó alkalmazott tudomány. Az informatika az ember-vezérelt működés tudománya, szintén függvénye a közlemény tartalmától. Témája a vagy inkább Information and Communication Technology (I.C.T.)-vel foglalkozik.

A 20. század után legnagyobb felfedezése, hogy felfedezte a felfedezés módszerét az informatikát, azaz hogy miként keletkezik az ismeret. A konkrét világban kinyilvánított az A-D-T amely a belső időbeli kiterjedést (extenziát) és/vagy erővel valóban okozó erővel (intenzitá) jellemzőit leíró elem. A leírás már absztrakció (leírások) formájában pl. képlet formájában:

$$A = \sum_{i=1}^n x_i$$

ahol A a rendszerben végtelen sok, x_i az intenzitás mennyiség, n az extenziát mennyiség, x_i az i -edik és n a rendszerek száma.

A konkrét anyagi világban létezőben tekintett egyetemes valóság (Universal reality) csapdázott a **COMPLEXITÁSOK, DOLGOK, ESEMÉNYEK**. Együvéssé való viszonyokat mutatja az I. ábra.

A valós létező részben a szűkebb, az apróbb levon az anyagi világ látható, A, C, D, M az összesítő közhely kommunikációt jelöl. Ha az információ ezen látható formákban érkezik, az ember rendszerébe fordítódik (az I. ábra látható a bal oldalon). Ha valós létező a forrás, vagyis diszinformáció (információnak nem tekinthető, de hirtelen tartalmaz van), akkor ezt a planóvárást okoz és végül a teljes rendezetlenség állapotához vezet (az I. ábra a jobb oldalon).

Az információs társadalom meglévő és várható népegészségügyi hatásai

Bevezető megjegyzések

A használt fogalmak meghatározását (vagy körülírását) a köznapi értelmezésük és az itt alkalmazott jelentésük közötti eltérés miatt szükséges elvégezni.

A szövegben lehetőleg magyar kifejezések szerepelnek; amennyiben azok nem közkeletűek, akkor zárójelben az idegen eredetű kifejezés is szerepel (vagy fordítva).

A tárgyalandó témaköröket alá/fölé rendezettség (hierarchia) szerint nemigen lehet csoportosítani, mert egyrészt az orvosi fogalomrendszer nem helyezhető egyértelműen ilyen hálószerkezetbe (síkbán nem kiteríthető gráf), másrészt az informatika mindeütt megjelenik.

Az *informatika* (ismerettan) a közlemények keletkezésével, feldolgozásával, a *kommunikáció* (közléstan) pedig a továbbításával foglalkozó alkalmazott tudomány. Az informatika az ismeretkezelés módjainak tudománya, szintén függetlenül a közlemény tartalmától. Telematika vagy újabban *Information and Communication Technology* (I.C.T.): e kettő együtt.

A 20. század talán legnagyobb felfedezése, hogy feltalálta a felfedezés módszertanát: az informatikát, azaz hogy miként keletkezik az ismeret. A konkrét világban kiindulásunk az ADAT, amely térbeli-időbeli kiterjedést (extenzitást) és/vagy ennek változását okozó erőszerű (intenzitás) jellemzőt leíró elem. A leírás már absztrakció („írástudók” területe, pl. képlet formájában):

$$\Delta E = \sum i_k \times e_k \, dt$$

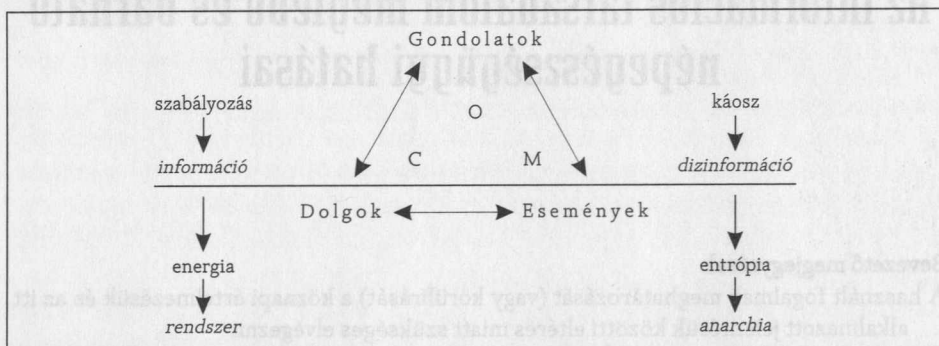
ahol „ ΔE ” a rendszerben végzett munka, „ i ” az intenzitás mennyiség, „ e ” az extenzitás mennyiség, „ t ” az idő és „ k ” a jellemzők száma.

A konkrét anyagi világon túlmenően tekintett egyetemes valóság (Universal reality) összetevői a GONDOLATOK, DOLGOK, ESEMÉNYEK. Egymáshoz való viszonyukat mutatja az 1. ábra.

A vonal feletti részen a szellemi, az alatta levőn az anyagi világ látható. A „C, O, M” az összetevők közötti kommunikációt jelzi. Ha az információ szabályozott forrásból érkezik, az energia rendszerépítésre fordítódik (az 1. ábrán a bal oldal). Ha valódi káosz a forrása, vagyis disinformáció (információnak tetsző, de hamis tartalma van), akkor entrópiánövekedést okoz, és végül a teljes rendezetlenség állapotához vezet (az 1. ábrán a jobb oldal).

1. ábra

Az egyetemes valóság összetevői



Az adatok közötti valós összefüggés kiolvasása csak intelligencia révén lehetséges.

Intelligencia: felismerőképeség, Inter+lego vagy interligo (intelligo) latinul annyit jelent mint „között olvasok”. (A magyar is mondja, hogy a *sorok között olvas*.) Ebből származik az intellectus, sőt a lectio (lecke), a se+lectio (magam számára válogatok), s ha ez katonákra vonatkozik, akkor a nevük légió.

Az ember az adatösszefüggéseket megfogalmazza, célszerű formába önti (in-formare), s ennek eredménye az *információ*, vagyis a *megfogalmazott adatösszefüggés*.

A formába foglalás akkor célszerű, ha ezáltal tájékoztat, informál. Az *adat* puszta közlése csak *tudósítás* (v. ö. riporter). A *tájékoztatásnak* bizonyos mértékig irányultsága van, sugalmaz valamit, eligazít (v. ö. sajtótájékoztató szóvivője). Az azonosításhoz elegendő *ismeret* az információ. Azonos tárgyú, rendszerezett ismeretekből áll a *tan*. A valóság egy részére vonatkozó tanok képeznek egy *tudományt*. A tudomány tárgya azonban nem egyszerűen a valóság egy területe, hanem ebből csak annyi, amennyire megállapításai vonatkozhatnak. (Például: az orvostudomány tárgya nem az ember általában, hanem az ember mint betegsége alanya, elszenvedője – ezért nevezzük őt páciensnek). *Közlés:* adat és/vagy közleménytovábbítás (kommunikáció) – térben, időben, tárgykörben, példányszámban, rendszerben, személyek között, gépek között.

Az *információ keletkezésének idejét* tekintve lehet *múltbeli*, amely a már megszilárdult, kikristályosodott ismeret, azaz a tudás, s amelynek képviselője a tanító (tanár). A *jelenben* keletkező információ, az eddig ismeretlen: ezért hírértékű, elgondolkodtató közlemény; képviselője a riporter, a sajtó, a média. A *jövőben* aktualizálódó információ az előrejelzés, a jóslat; képviselője a prog-

2. ábra

Az egyetemes valóság és idő viszonya

Egyetemes valóság és idő			
	Eszme erő	Szervezet kiterjedés	Működés idő
Információ	Gondolat	Dolog	Esemény
múlt	tudás	irattárak nyomtatott	tanítás tanmenetek
jelen	hírek	média elektronikus	nevelés összejövetelek
jövő	tervek	találmányok	kutatás

3. ábra

Az adatszerző folyamat lehetőségei

$$H \rightarrow \frac{R}{T} \rightarrow V$$

(direkt, ha V-t, induktív, ha T-t, konverz, ha H-t és inverz, ha R-t keressük)

noszta. Ha a bekövetkezés erkölcsi feltételhez kötött, akkor beszélünk próféciáról és előadója a próféta (2. ábra).

Az adatokból történő információnyerési folyamat részei (3. ábra) a rendszer (R), amely stabilan vagy instabilan törvényszerűségeken (T) nyugszik: ha mélyen gyökerező, akkor stabil; ha felületesen akkor labilis. R-re és/vagy T-re valami hatást (H) gyakorol, és így valamilyen választ (V) vált ki. A másik három ismeretében az ismeretlen negyediket határozhatjuk meg.

Ha valamilyen hatás (H) egy törvényszerűség (T) szerint működő rendszeren (R) valamiféle választ (V) vált ki, akkor attól függően, hogy e négy összetevő közül melyiket keressük a másik három ismeretében, a következő lehetőségeink vannak:

Ha HRT ismert és V-t keressük, akkor úgynevezett *direkt* módszert alkalmazunk; például a gyógyszerhatás-kutatás (farmakológia) dolgozik így.

Ha HRV ismert és T-t akarjuk meghatározni, akkor ez az *induktív* eljárás, amellyel például az élettan (physiológia) dolgozik.

Ha RTV ismert és H-t keressük, akkor ez a *convers* vizsgálat, amelyet a betegellátásban (klinikum) alkalmazunk. (A talált panaszt és tünetet kiváltó hatást keressük.)

Ha HTV ismert és R az ismeretlen, akkor beszélünk *invers* eljárásról, amely – a műszaki tudományokból a medicinába áttéve – a szinte teljesen új rend-

szerelemzés és rendszerazonosítás (system analysis, system identifikáció) lassú meghonosodása. Az agy kutatás alig végezhető emberen másképp.

Az adatszerzés technológiai folyamata

1. élőbeni jellemzők → érzékelők, átalakítók (sensorok, transzducerek) → villamos jelek,
2. folytonos (analóg) → összetett (discret) → számjegyes rejtjelű (digitálisan kódolt),
3. át- és visszaalakítók (ADC/DAC) → illesztők (interface-ek) → számítógépes mérőeszközök,
4. adatok (data) → összefüggés-közlemény (információ) → valószínűségi feldolgozás,
5. közleményegyüttes → döntéshozatal, hatásvizsgálat (outcome analysis, feedforward),
6. döntések együttese → folyamatértékelés → műveletkutatás (operational research),
7. végrehajtás → eredményértékelés → visszacsatolás (feedback), újrakezdés (iteráció).

Ebben az összetett folyamatban bármelyik lépésben történhet tévesztés; ilyen esetekben *disinformáció* keletkezik (kifejtését lásd később).

A népegészségügy a nép egészségének ügyeivel foglalkozik úgy, hogy első sorban az *egyéni*leg leggyakrabban előforduló megbetegedések megelőzésének és/vagy a már kialakult betegségek gyógyításának eredményességét igyekszik elősegíteni. A magyar egészségügyi ellátás elágazásait mutatja be a 4. ábra fastruktúrája.

Az *információs társadalom* magyarul tudásalapúnak nevezhető, mert lényege, hogy nagy mennyiségű adat és belőlük levonható következtetés, azaz tudás lehetősége áll a döntéshozók rendelkezésére, s ez mind a közösségi, mind az egyéni ügyek intézhetőségét javítja.

A népesség egészségi állapota alapvetően az egyedei egészségi állapotából tevődik össze. Például, ha jellemzően sok a szív- és érrendszeri megbetegedés (incidencia), akkor ez népbetegségnek tekinthető, csakúgy mintha általában magas a szív- és érrendszeri betegségben szenvedők száma a népességben (prevalencia).

A bajmegelőzés közösségi szintű lehetőségei: az állapot felmérése, a kockázat elemzése, a lappangó eltérések felfedezése, a védekező szabályozások meghatározása és tömeges, felvilágosító jellegű ismertetése, továbbá a beavatkozások hatásosságának követéses ellenőrzése. E folyamat révén olyan óriási mennyiségű adat keletkezik, amely – első sorban *terjedelme* miatt, másodsorban az összefüggések felfedezésének és bizonyításának *bonyolultsága* miatt – az I.C.T. nélkülözhetetlen segítségére szorul.

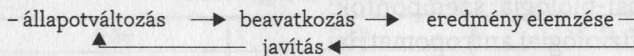
A társadalom egyedei csak kevés közös jellemzőben hasonlítanak egymásra, viszont igen sokban különböznek. Ahhoz, hogy statisztikailag értékelhető szabályszerűséget lehessen megállapítani – vagyis, hogy az egyedi eltérések „fehér zaj jellegű”, igen széles spektruma „elmosódjék” – az eltérésefélék számának nagyságrendjénél legalább egy nagyságrenddel nagyobb esetszámot kell összegyűjteni. Ezért van egyre több úgynevezett multicentrikus tanulmány, hiszen egy kutató egész élete alatt sem tudna elegendő számú, valameny-

4. ábra

A magyar egészségügy elágazásai

1. Alapelv: az egyéni emberi élet védelme összhangban a Népegészségügyi Programmal
2. Célkitűzés: élethosszig tartó szabályozott személyi egészségvédelem

kifejtve: – fogantatástól halálig terjedő



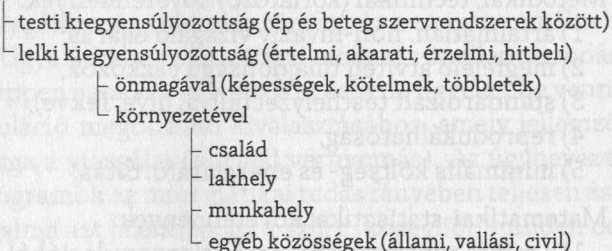
– túlélést és erőnlétet őrző, javító

3. Megvalósítás elvi és gyakorlati alapja: személyre szabott egészségügyi szolgáltatás

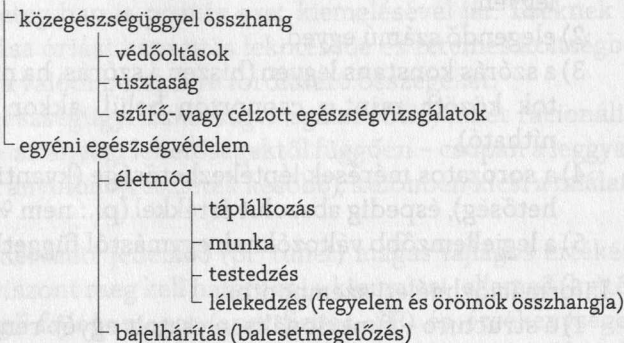
kifejtve: – követéses jellegű – nem esetközpontú
 – megelőzés-irányult – nem csak betegellátó
 – tapasztalattal kiegészült tudás- és erkölcsvezérelt – nem csak jogkövető
 – egyedi és közös célzatú – nem üzleti haszonkereső

4. Módszer: az egészségkarbantartás módja, eredményének felmérése és hasznosítása

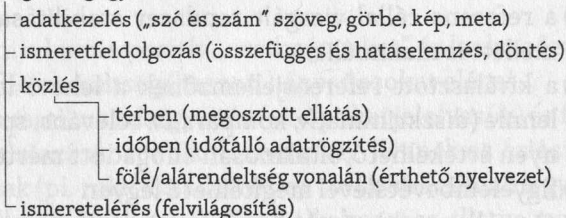
kifejtve: – tartalmi



– formai



– egyedi egészségügyi ismeretkezelési



nyire is azonos esetet összegyűjteni, hogy azokból a népességre érvényes és így igazolt megállapításokat tehessen.

Ez még akkor is igaz, ha az alábbi kikötéseket (kritériumokat) sikerülne – de sose sikerül! – figyelembe venni.

A statisztikai felmérésbe bevont mintapopuláció kiválasztási szempontjai:

Orvosi-biológiai szempontok:

- 1) fiziológiai antropometriai,
- 2) nem,
- 3) etnikai csoporthoz tartozás,
- 4) életkor,
- 5) szociális és gazdasági helyzet,
- 6) környezeti feltételek,
- 7) dohányzási szokások,
- 8) fizikai aktivitás mértéke.

Metodikai, technikai (korlátozó) követelmények:

- 1) ártalmatlan, non-invazív vizsgáló eljárás,
- 2) megfelelő átviteli tulajdonságú eszközök,
- 3) standardizált testhelyzet (állva, ülve, fekve),
- 4) reprodukálhatóság,
- 5) minimális költség- és energiaráfordítás.

Matematikai-statisztikai követelmények:

- 1) a minta reprezentatív, azaz átlagpopulációból, véletlen (!) kiválasztású legyen,
- 2) elegendő számú egyed,
- 3) a szórás konstans legyen (hiszen a szórás, ha nagyobb az egyes csoportok között, mint a csoporton belül, akkor módszerbeli hiba gyanítható),
- 4) a sorozatos mérések léptékezhetsége (kvantitatív skálán megjeleníthetőség), éspedig abszolút értékkel (pl.: nem %-kal),
- 5) a legjellemzőbb változóknak egymástól függetlennek kell lenniük.

Információelméleti szempontok:

- 1) a structuro – funkcionálisan csatolt egyéb rendszerek ép állapota (pl.: rejtett szívbeteg ne legyen a kiválasztott légzési standardok között),
- 2) a referens céllal vizsgált rendszer stabilitása minimális szabályozás mellett is maximális,
- 3) a kiválasztott referensjellemzőnek a lehető leginformatívabbnak kell lennie (diszkriminatív, komparatív, releváns, specifikus, szenzitív, könnyen értékelhető, általánosan elfogadott mértékű, jelű, kifejezésű),
- 4) figyelembevételével megítélhető legyen
 - a) az állapot; b) a terhelhetőség; c) az alkalmazkodó készség.

5. ábra

Esettalálás valószínűsége lakossági tömegszűréskor

Ha a csoport taglétszáma	Prevalencia		
	5%	10%	20%
	akkor egy esettalálás valószínűsége		
6	0,26	0,47	0,71
12	0,46	0,72	0,93
25	0,72	0,93	0,996
50	0,92	0,995	0,999

$$P = 1 - (1 - f)^N$$

Ahol: N = az esetszám, f = a prevalencia, P = a valószínűség

Aligha szorul bizonyításra, hogy valamennyi követelménynek maradéktalanul eleget tevő tömegvizsgálat még soha sem történt, és nemigen remélhető, hogy valaha is lesz ilyen. Ugyanakkor a statisztikai módszer önellentmondása is feloldhatatlan, hiszen éppen azokat a jellemzőket kellene figyelembe vennie az egészséges mintapopuláció megbízható kiválasztásához, amely jellemzők megtalálására irányul maga a vizsgálat (normál vérnyomás). Az úgynevezett tömegszűrő vizsgálati programok az informatikai tudás fényében teljesen észszerűtlenek; a szűrés fogalma azt jelenti, hogy a szűrt „közezből” minden oda nem valót eltávolítunk. Erről elvi megfontolásból és minden korábbi vizsgálatból tudjuk, hogy rengeteg hamis pozitív eset kiemelésével jár. Ezeknek a gyanúsaknak a kivizsgálása óriási kapacitás lekötésébe és tetemes költségbe kerül – csökkentve ezzel a valódi betegekre fordítható összegeket.

Ezért csak Célzott Egészségügyi Lakosságvizsgálat (CEL) lehet racionális cél, ami azt jelenti, hogy – az anyagi lehetőségektől függően – csupán a leggyakoribb 5-10 betegségre irányulhat (részletek később), különben kicsi a találati valószínűség (5. ábra).

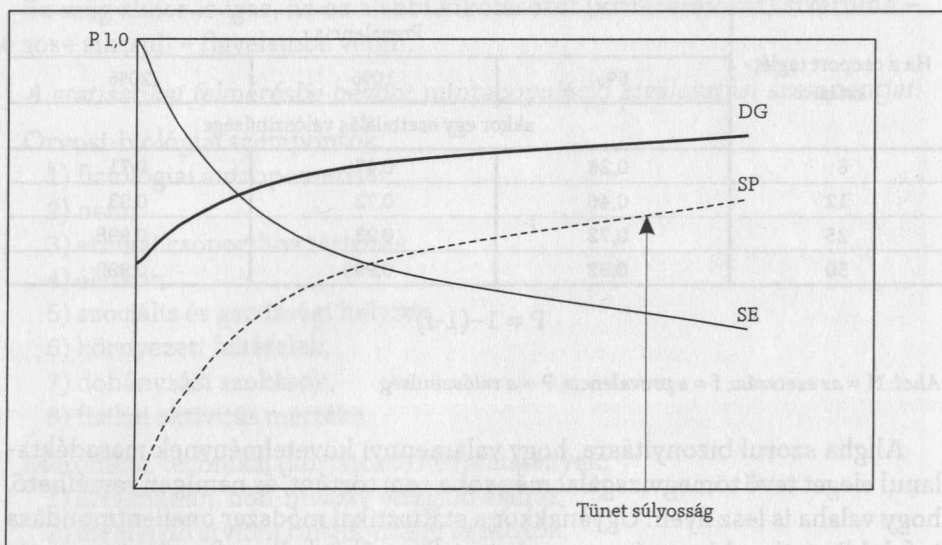
Azonban ezeket is a keresett jellemző (pl. tünet) magas fajlagos értékén emelheti csak ki. Ehhez viszont meg kell határozni a kiemelési jellemző (kritérium) súlyosságától függő fajlagosságot (specifitás, SP) és érzékenységet (sensitivitás, SE). A DG valószínűsége (P) a nyílnál kiemelték esetén elfogadható (6. ábra).

Így lehet minimalizálni a hamis pozitív „eredményeket” és kedvezően elviselhető kockázat/előny, illetve költség/haszon hányadosokat elérni.

Az I.C.T ebben az automatikus adatgyűjtés (pl. optikai jelolvasók) és feldolgozás módszereinek alkalmazásánál nélkülözhetetlen. Ilyenek az óriási adatbázisok megfelelő fajtáinak (pl. relációs adatbázis), továbbá a célnak legjobban megfelelő lekérdező rendszereknek (pl. SQL) az alkalmazása, illetve matema-

6. ábra

A diagnózis (DG) valószínűsége (P) a kórjel súlyosságának függvényében



tikai-statisztikai elemzések számítógépes végzése (korreláció, stepwise regresszió, klaszteranalízis, multivariáns analízisek, discriminanciaanalízis, Bayes-féle feltételes valószínűség-számítás, faktoranalízis, fractáldimenzióképzés stb.). Egy 30 éves előrejelzés világadatainak feldolgozását szemlélteti a 7.a és a 7.b ábra.

Amint a feltüntetett adatok mutatják, a leggyakoribb egészségkárosító tényezők egyik része a 7.a ábrán valódi betegségek; ezek részben külső természetbeni környezetszennyezés, (idült légzőszervi obstruktív betegség – COPD), részben „belső természet” okozta kóros reagálás következménye (a szív- és érrendszeri betegségek); a 7.b ábrán továbbá olyanok szerepelnek, amelyek főleg *magatartászavarokból* származnak. Az összefoglalóan neuropszichiátriai vagy mentális zavaroknak nevezett állapotok egyre szaporodó előfordulása (egyes számítások szerint minden harmadik ember) súlyos figyelmeztetés az emberiség számára. A 10/90 hányados azt fejezi ki, hogy a betegségek 10%-ára költik a források 90%-át, viszont a népesség 90%-ára az egészségügyi kiadásoknak csupán 10%-át.

Korunk emberének magatartását alapvetően az befolyásolja, hogy *mikor, miért, hogyan* foglal állást a következő három fő kérdésben: *lenni vagy birtokolni?; hinni vagy kételkedni?; szabadság vagy véglegesség?* Nem nehéz észrevenni, hogy érzelmi, értelmi és akarati tulajdonságaink munkálnak ezen vagylagosságok (dilemmák) háttérében.

7. ábra

Várható, globálisan leggyakoribb egészségkárosodások

a

Egészségkárosodások és rizikófaktorok
a DALY 1990-es felmérései alapján

Ok	A betegség súlyossága		Ok	A betegség súlyossága	
	1990	2020		1990	2020
légzőskárosodás	8,2	3,1	krónikus tüdőbaj	2,1	4,2
veleszületett rendellenesség	2,4	2,2	tuberculosis	2,8	3,1
			érelzáródás okozta szívprobléma	3,4	5,9
			agyvérzés	2,8	4,4
			alkohol	1,2	1,7

DALY (Disability Adjusted Life Years) = károsodottan leélt évek száma = idő előtti elhalálozás, valamint a károsodottan leélt évek miatt elvesztett idő.

Forrás: Átfogó Egészségkutató Fórum 1999-ben készült 10/90-es jelentése

b

Véletlenül bekövetkezett és szándékosan
okozott sérülések fajtái 1990-ben és 2020-ban

	A betegség súlyossága (%)	
	1990	2020
közúti balesetek	2,5	5,1
egyéb véletlenül bekövetkezett sérülések	8,5	7,9
önhibából bekövetkezett	1,4	1,9
erőszak	1,3	2,3
háború	1,5	3,0
összesen:	15,2	20,2

Forrás: Átfogó Egészségkutató Fórum 1999-ben készült 10/90-es jelentése

Egészségünk egyensúlya ezektől függ, hiszen mindhárom dilemma az én/nem-én viszonyát is tételezi. Az egészség mint testi-lelki jóllét, tökéletes-ség, teljesség elérése, megőrzése, helyreállítása éppen ezért mind az egyén, mind környezete s benne a közösség értékkövető érdeke.

Mindez arra utal, hogy az információs társadalom szédületes iramban haladó civilizációs technikái mellett, elmarad a kulturális fejlődés, és ez *életmódbeli* egyensúlymegingást okoz. Jóllehet egyre többet hangzik el, hogy az egészség érték, korunk embere nem úgy bánik vele. A mesterséges környezetben a civilizált életmódot alapvetően a *mozgáshiány* jellemzi. Állva vagy egyre inkább ülve, sőt a fotelekben csaknem fekve, erő kifejtés és/vagy elmozdulás nélküli, sőt még a papír-ceruza munka helyett is „gombnyomós” munkát végzünk. A civilizációs technikai-tudományos forradalom iránya, a további robotika, automatizálás, vagyis a megélhetési célú mozgás tovább csökken. A vadon élő emlősök táplálkozása elégséges mennyiségre és szükséges minőségre szabályozott. Ezzel szemben a házasítottak felfúvódnak, elhíznak. Az ember a civilizált életmód mesterséges környezetében sokkal kevesebb erő kifejtéssel aránytalanul több élelemhez jut: ez azután egyrészt falánkságban (mennyiségi abusus), másrészt ingyenkedésben (minőségi abusus), harmadrészt torkosságban (felesleges időben is eszik) nyilvánul meg, az *elhízás* népbetegségként jelenik meg. A természetes nemiség (szexualitás) szintén a szükségesre beállítódott, míg a civilizációs „kultúra” ebben is (élvhajhászatra, luxus produkciókra), mértéktelen túlteljesítésekre készített.

Az emlősök világa, s így évmilliók óta az ember ingerlékenysége is a behatásokra adható válaszkészség, amely a sikeres alkalmazkodásra, a saját stabilitásra irányul. Az érzékelés, az izgalom és a válasz szabályozott körfolyamat. A védekezés vagy támadás izgalmi anyagai a válasz energiaemésztő folyamataiban lebomlanak, elégnék, miközben segítik a válasz megfelelő létrejöttét (légzés, keringés, serkentés, izomerő-fokozás). Ezzel szemben a civilizációs izgalom másképpen zajlik. Egyrészt érzékszerveinket természetellenes mértékben vesszük igénybe (kapkodott képváltású videoklipek, fényorgonák villogása, fűsikerítő hangerősítők, átható illatfelhőt terjesztő és bőrkényeztető „ápolószerek”, túlzott fűszerhasználat). Másrészt az izgalmi állapotot részben fokozó, részben tartósító szereket *mértéktelenül* használunk, mint például a koffeintartalmú italok (kávé, tea, kóla), szeszesitalok, nikotin, illetve a különböző erősségű, idegrendszerre ható szerek a nyugtatóaltatóktól a gyengébb (marihuana), erősebb (kokain, heroin, LSD) kábítószerekig. Harmadsorban az izgalomkeresés és -fokozás mesterséges formái, amelyeket nem kísér erő kifejtés (mozgás), mint a küzdősportok (birkózás, boks, rögbi, jéghegy, karate stb.) rendezvényein való szurkolás; az egyre durvább kaland-, hadi-, krimi- és horrorfilmek nézése, amelyekben már természetellenes (perverz) módon, rejtett szadizmusként szerepel az izgalom – tartoznak ide. Ezek közé sorolhatók a gyermekek számára készített azon számítógépes képernyőjátékok is, amelyekben az ő életük folyamán elő sem forduló izgalmi helyzetek, a valóságosnál sokkal töményebben előadott „kockázatos vagy vészhelyzetek” keltik a véletlekig felerősített rémképeket, eszeveszett száguldások és karambolok tökéletes illúzióját – ugyanakkor csak egy ujjuk mozog a mutató-„egéren”, vagy a kormányboton (Joy-stick), az erő kifejtés teljes hiánya mellett. Ám eközben a természetesnél fokozottabb mértékben keletkező izgalmi anyagok (főleg mellékvesehormonok: adrenalin és származékai) lebomlását nem segíti a megfelelő izommozgás, így ezek nem bomlanak le,

s vagy később váltanak ki támadó viselkedést (agressziót, mint a sportrendezvények utáni tőrés-zúzás, verekedés), vagy már közben károsítják a szervezetet.

A felsorolt civilizációs életmódzavarok hátterében voltaképpen éntúltergés, önzés, önérdeken való túlbuzgólkodás és szorongás, sikertelenség miatti túlzott elkeseredés, illetve az ezeket ellensúlyozó (kompenzáló) gátlástalanság munkál. Ehhez nyújt további tápot a szellemi életben is burjánzó civilizációs ártalom, amely szintén az énértékelés zavarát erősíti, akár a köznapi értelemben vett éntudat depressziós-önpusztító, akár a túlzott öntudat mániákusan diktatórikus, gyilkos formájáig.

A paradicsominak hirdetett műszaki és művelődési fejlődés (civilizáció és kultúra) bűvöletében ámuldozó embert ma is a hamis fogalmak mindentudás al-májával csalogatják. Csak ma ezt távközlés helyett helyesebb úgy nevezni, hogy tévközlés, számításgépesítés helyett ámitásképesítés (disinformáló virtuális realitás). Minthogy az ismerettudomány (informatika) szigorú pontossága (eg-zaktsága) lehetetlenné tenné a tények meghamisítását és az egyre jobban töké-letesedő híradástechnika az eltitkolását – nem a valóságot, hanem annak mását, a fogalmakat, azok összefüggő értékelését lehet csak meghamisítani. Mintha egy gyógyszerárban nem a gyógyszereket, hanem a feliratokat, az azonosító címké-ket cserélnék ki. Ezek az átcímkezett fogalmak tömegesen kerülnek közhaszná-latba. (Például a mértéktartó önfegyelem = kórós elfojtás, a gátlástalanság = ön-megvalósítás stb.) Ennek a „semmi sem az, mint aminek látszik” tudományos alátámasztása sem késett sokáig, s ma mint szerepjátszás jelenik meg a viselke-déskutatásban. Az ember nem apa, anya, orvos, pap, tanító stb., csak például apa-, anya- stb. szerepet játszik. Ez a felfogás természetszerűleg vezet az önazo-nosság-tudat (identitás) zavaraihoz, továbbá a sokat kárhoztatott kudarcélmé-nyekhez.

Milyen következményekkel kell számolnunk, ha a természetes környezet és életmód szembe kerül a mesterséges környezettel és a civilizált életmód-dal? Ha e kettőt nem hozza harmóniába a kultúra, ami olyan mérték, amelyben a benne foglalt érték az arányok legjava, s ami tételesen az erkölcsi törvények-ben található. Azokban az ősi erkölcsi szabályokban, amelyeket sokan azért vetnek el, mivel nem ők alkották, csupán beleszülettek; amit meg ők állapítot-tak meg, azt meg azért nem tartják kötelezőnek, mert ha ők alkották, hát el is vethetik. Az erkölcsi törvényeket olyannak tartják sokan, amit mindenki meg-szabhat, holott annak kellene mindent megszabnia. Ha az *etikán alapuló élet-módkultúra* nem hozza harmóniába a mesterségest a természetessel, akkor a következmények végzetesek lesznek. Ha a civilizációt, amely mesterséges ja-vakkal csábít, többre tartjuk egy olyan kultúránál, ami természetes szépségek-kel ajándékozza meg életünket, ha a Gabriel Marcel (*être ou avoir*), illetve az Erich Fromm (*sein oder haben*) felvetette *lenni vagy birtokolni* dilemmában az utóbbit választjuk, vagy hagyjuk túlsúlyba kerülni a félrevezető (disinformáló)

hirdetések (reklámok) hatására, akkor nemcsak az életmód- és szabadidő-kultúránk vész el, de végül maga a civilizáció is. Pedig „az ember többet ér annál, mint bármi, amije van” (II. János Pál pápa).

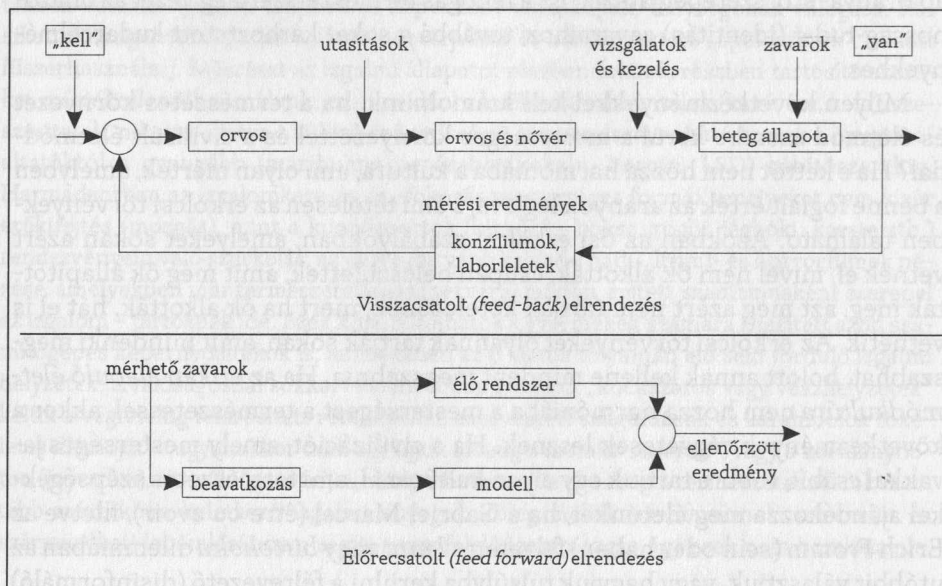
Ezért válik egyre fontosabbá a különféle folyamatok *hatáselemzése* (outcome analysis), amelyet ma már az I.C.T sok területen tesz lehetővé. A tudományosan meghatározott és nemcsak becsléseken alapuló, modellvizsgálatokkal véghezvitt *kimenetel-előrejelzés* egészségügyi alkalmazása már napjainkban is kezd előtérbe kerülni.

A kívánt eredményt bemutató számítógépes *koncepcionális modell* alapján kvantitatív *konkrét modell* szerkeszthető (8. ábra), azért, hogy 1) befolyásmentes működtetés segítse a tisztánlátást; 2) etikai korlátozás nélkül lehessen kísérletezni a modell elemeinek összefüggése vagy paraméterei értékének részleges változtatásával; 3) hogy a beavatkozástervezés és -kivitelezés ne „visszacsatolt” (feed-back, FB), hanem „előrecsatolt” (feed forward, FFW) módon történhessék; utóbbi lényege, hogy a valóságot híven utánzó számítógépes modellen próbáljuk ki a beavatkozásokat folytonos kell/van összehasonlító követés mellett, s amikor ez eléri az 1-es értéket, akkor az ehhez szükséges „bemeneti beavatkozást” alkalmazzuk a valóságos rendszerre.

A 8. ábra felső részén a visszacsatolásos, az alsó részén az előrecsatolásos elrendezés látható. Ez utóbbi esetén az élő rendszeren nem kell próbálgat-

8. ábra

Modellvizsgálat az egészségügyben



nunk mi lenne a jó, mert a hű modellen már bevált, jónak bizonyult megoldást alkalmazhatjuk.

Mind a CEL-re, mind a FFW-re nemcsak a népegészségügyi szükséglet-meghatározás- és fedezetráfordítás-tervezési szempontból, hanem az egészségbiztosítás kockázatelemzési és a szolidaritás-fenntarthatósági feltételeinek tisztázása végett is szükség lenne.

Ilyen modellvizsgálatokon alapuló előrejelzés az egyes ember hajlamossága bizonyos – genetikailag meghatározható – betegségekre, mert az I.C.T által működtethető adatbázisok révén a jövőben erre kiterjedtebb mértékben lesz lehetőség.

Az információs, tudásalapú társadalom számára a szerveződő *genetikus adatbázis* létrehozása míg egyik oldalról előnyös, mert egyes, azonosított betegségekre örökletesen (genetikailag) hajlamosakban (predisponáltak) a betegség kezelendő megnyilvánulása (manifesztálódása) megelőzéséhez szükséges egyedi rendszabályok idejekorán bevezethetők, másik oldalról veszélyessé válható hátránya, hogy a biztosítás feltételeit a genetikai kockázathoz fogják szabni.

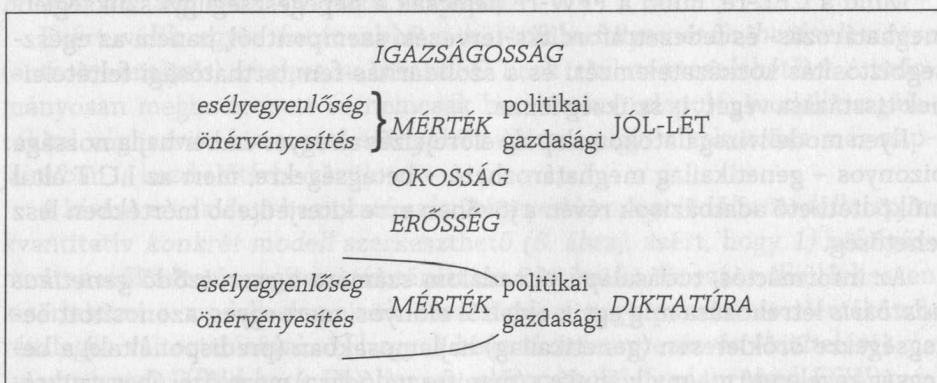
Hazánkban a férfiak születéskor várható élettartama átlagosan 66 év (KSH, 2000). Ugyanennek a mutatónak az értéke az Európai Unióban 74 év (WHO, 2000). Ezeken az adatokon túlmenően nem vettük számításba a hajszába súlyosan beleerokkant, gyógyíthatatlan állapotban szenvedők egy jó részét, akik csak élettani értelemben élnek, de emberhez méltó életnek ezt aligha lehet nevezni. Az élet tekintetében nemcsak annak hossza, de minősége is lényeges. Az előbbi években, az utóbbi erőnléttel mérhető.

A versenyszellemű világ ügyintéző (menedzser) munkavégzése miatt a pénzkeresésbe rokkannak vagy halunk idő előtt bele. Ezen semmilyen orvosi ellátás nem képes segíteni, mert életmódbeli hiba: a hajszolt életvitel tulajdonképpen energiafelélés, amely mintegy *előreélés által megvalósított visszaélés*.

Ennek a kapkodó életmódnak elkerülését, pontosabban megelőzését csak a közösség és az egyén, mint a közösség alkotó elemei közötti összhang biztosíthatja. Az előre- vagy visszaélés helyett az *együttélés* a természetes megoldás. Nem a súrlódásokkal terhelt *együttlét*, nem valamely külső célért *együttesben élés*, nem a „semmi közöm hozzád” *békés egymás mellett élés*, mert ezek nem fejezik ki, amit a görög eredeti, a *synbiosis*, amelyben a résztvevők természetes életmódja maga szolgál mindannyiuk előnyére. Ennél csak a keresztény erkölcsi elvárás, az *egymásért élés* a magasabb rendű: ám ez az emberi természet feletti megoldás, de pont ezért nem biztos, hogy egészségesebb is, hiszen éppen az önfejlődés a lényege. Nem mindegy azonban, hogy miért „kopik” el az ember.

Tehát sem a félrevezetett egyén természetes mértéket meghaladó *önérvényesítésének* – ultraliberális gátlástalanságából eredő s anarchiához vezető – kizárólagosan a haszonelvűséget elismerő életvitele, sem pedig a felbujtott közösség ésszerűtlen *esélyegyenlőséget* követelő, a természetes sokféleséget

A társadalom alapjait meghatározó emberi tulajdonságok



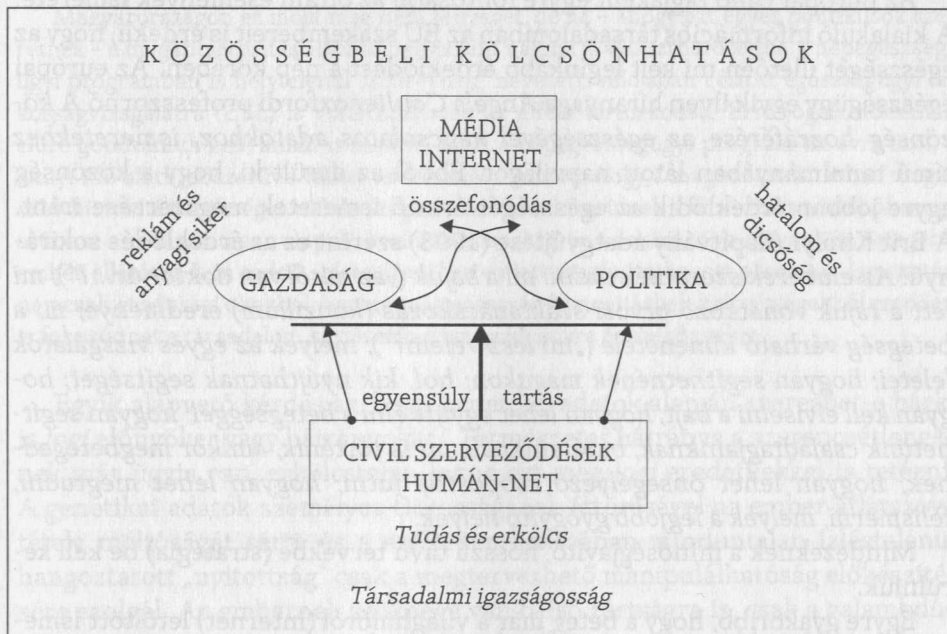
kiirtani akaró – és parancsuralmi rendszerekhez vezető – erőszaka nem megoldás, mert mindkét, eredetileg szép eszmét, a mindent tönkretevő mértéktelenség rontotta meg; a „kell”-emes együttéléshez mindkettő szükséges, természetesen szabályozott életmód keretében.

Mind az *esélyegyenlőség*, mind az *önérvényesítés* csak *mértéktartással* működőképes az *erősen* egyensúlytartó társadalomban; az *esélyegyenlőség* mértéke a társadalmi *igazságosság*, az *önérvényesítés* mértékét *okosságnak* kell megszabnia. Ha oktalan mértéktelenség érvényesül, akkor politikai vagy gazdasági rémuralom alakul ki (9. ábra alján).

A *politikai* és *gazdasági* hatalomnak egymást kellene ellensúlyoznia, a mediának pedig ennek érvényesüléséről kellene tudósítania a közvéleményt. Ezzel szemben a *média* világszerte inkább összefonódásukon buzgólkodik. Ily módon a két hatalom egyensúlyban tartása a jövőben egyre jobban a *tudást birtokló civil szerveződések* feladatává válik (10. ábra).

Ebből a szerveződésből következik, hogy a tudás–hatalom több tudományági együttműködése (nem interdiszciplináris, hanem syndisziplináris) nélkülözhetetlen, és elsőbbséget élvez a leggyakoribb betegségek kutatásában. Az orvostudományi kutatás jelen világunkban molekuláris, sejtek és szövetek szintjén zajlik, majd ezt az állati modellek szervi és szervrendszeri, ezután a klinikai s végül az epidemiológiai vizsgálatok követik. E sornak elején azoknak a proteineknek a kutatása áll, amelyek genetikailag kódoltak és az anyagcsere különböző szintjein működnek. A mintegy 30 ezer emberi gén által termelt milliónyi fehérje nemcsak bajmegállapításnak, de a gyógyszereknek is célpontja. Ehhez tisztázni kell nemcsak a szerkezetüket, de a térbeli alakzatuk (structure and shape) változásait (spatial and temporal relationships between proteins) is. Ez eddig az emberi fehérjék legfeljebb egy százalékában sikerült. A jövő egyik nagy kihívása kifejleszteni ennek *bioinformatikai* módszereit. Az, hogy a genetikai variációk

A társadalom hatalmi tényezői és egymáshoz való viszonyuk



egymással, a környezeti hatásokkal és életmóddal kombinálódva hogyan befolyásolják a megbetegedések kockázatát és a betegségek súlyosságát – nagyszerű, óriási feladat a jövő tudománya számára, s I.C.T nélkül teljesíthetetlen. Kérdés, hogy mennyit szán rá a közösség vagy egyes mecénások?

Kétségtelen, hogy nem könnyű az egyén és a közösség érdekeinek határvonalt biztos kézzel kijelölni. De hát éppen ez az alapvető hiba, hogy ilyen határnak alkalmas vonalat akarnak megkeresni vagy meghúzni. Az egyén és a közösség érdekei között nem elválasztó vonal van, hanem részleges átfedés, ami azt jelenti, hogy a nagyrészt egybeeső érdekeken túl kell lennie az egyénnek kijáró bizalmas területnek (intim szféra), amiben semmilyen közösség nem illetékes, sem betekintésre, még kevésbé beavatkozásra (civil szféra); hasonlóképpen a közösség érdekeinek is van olyan területe az átfedésen kívül, ahol az egyénnek kell alárendelnie magát a közösség érdekeinek. Mindez belátás és beleérzés („ha én az ő helyében lennék akkor...” típusú empátia) feladata. A közösségért végzett munka erő kifejtése persze messze elmarad az önérdékből betegé hajszoltan végzett mögött.

Jóllehet nem maga a munka árt igazán, inkább az azt kísérő izgatottság: bosszúság a szervezetlenségeken, az elfecsérelt erőfeszítéseken, a munka elvégzéséhez elegendő idő hiányának izgalma, a rövid távú sikertelenség, majd a

hosszú távú kilátástalanság megélése, a másokkal (pl. EU) történő összehasonlítás okozta elkeseredés, elidegenedés stb.

Az Európai Unió tagjaként egyre fontosabb az ottani események ismerete. A kialakuló információs társadalomban az EU szakembereit is érdekli, hogy az egészséget illetően mi kelt leginkább érdeklődést a nép körében. Az európai egészségügy egyik ilyen hírányaga *Angela Coulter* oxfordi professzornő *A közönség hozzáférése az egészségével kapcsolatos adatokhoz, ismeretekhez* című tanulmányában látott napvilágot. Ebből az derült ki, hogy a közönség egyre jobban érdeklődik az egészségét érintő ismeretek megszerzése iránt. A Brit Királyi Alapítvány adatgyűjtése (1998) szerint ez az érdeklődés sokirányú: *Az emberek szeretnék tudni: mi a bajuk („az mitől van doktor úr...?”); mi lett a rájuk vonatkozó orvosi szaktanácskozás (konzílium) eredménye; mi a betegség várható kimenetele („mi lesz velem?”); melyek az egyes vizsgálatok leletei; hogyan segíthetnének magukon; hol, kik nyújthatnak segítséget; hogyan kell elviselni a bajt, hogyan lehet együtt élni a betegséggel; hogyan segíthetünk családtagjainknak, barátainknak, mi is történik, amikor megbetegednek; hogyan lehet önszegélyező csoportba jutni; hogyan lehet megtudni, felismerni, melyek a legjobb gyógyító helyek.*

Mindezeknek a minőségjavító, hosszú távú tervekbe (stratégia) be kell kerülniük.

Egyre gyakoribb, hogy a beteg már a világhálóról (internet) letöltött ismeretekkel jelenik meg az orvosnál, s 2010 körül ez a többségre érvényes lesz. Következésképp részt akar venni a saját kezeltetésére vonatkozó döntésekben, de sajnos az áldozatvállalást jelentő együttműködésben már kevésbé lehet rá számítani. Pedig a gyógyulás az orvos és beteg közös eredménye lehet csak. Ebből az is következik, hogy az egészséggel kapcsolatos személyes adatok a személy tulajdonát képezik; az adatok összefüggéseiből származtatott következtetések (információk) viszont az orvos és a páciens közös tulajdona. Közvetételéhez mindkettőjük kölcsönös beleegyezése *közléserkölcstani* (informatikai) követelmény.

Nagyon is időszerű az ilyen és hasonló egészségügyi adatkezelés kérdéskörének vizsgálata, mert például Európa több országában (Belgium, Franciaország, Nagy-Britannia, Németország, Norvégia) széles körű vita bontakozott ki arról, hogy a biztosítók biztosítási feltételként kiköthetik-e ügyfeleik génvizsgálati eredményeinek közlését. Ausztriában világos a szabályozás: a szigorú géntechnikai törvény bizonyos értékelési tilalmat tartalmaz a géntesztekre. Eszerint: *„a munkáltatóknak és a biztosítóknak, beleértve azok megbízottait és dolgozóit, tilos munkavállalóik, munkát keresőik vagy biztosítandóik génelemzésének eredményeit követelni, elfogadni vagy értékelni.”* A brit kormány az elmúlt év őszén adott először engedélyt a biztosítóknak, hogy az igénylőktől az előzőleg önkéntesen csináltatott géntesztek bemutatását kérhessék. Ha az eredmények

a biztosítókhoz kerülhetnek, kevesen fognak megelőző vizsgálatokra menni, mert félnek attól, hogy esetleg magasabb járulékot kell fizetniük.

Magyarországon ez most még nem fenyeget, de ha – ahogy ezt egyes politikusok szeretnék – a magánbiztosítás alapbiztosításként nálunk is választható lenne, a népegészségügyi programban is helytelenül „szűrésnek” nevezett, valójában célzott egészségügyi lakosságvizsgálatra (CEL) is vonatkozhatna az efféle tartózkodás. Erre jogalkotóinknak előre gondolniuk kell, annál is inkább, mert a népegészségügyi program tíz évre szól, s ennyi idő alatt időszerűvé válhat ez a veszély. Amiatt, hogy a magánbiztosításban magasabb biztosítási költséget vállalni képes tehetősek kikerülnek a közös biztosításból, megszűnhet a szolidaritáson alapuló kockázatközösség, és a sokkal több szegény és betegebb ember ellátását nem tudná „biztosítani” az emiatt megfogyatkozott pénzalap. Így azután nemcsak gazdasági okokból, hanem még egészség-biztosításbeli különbségekből eredően is fokozódhat a társadalom kettészakadása gazdagokra és szegényekre.

Egyik alapvető kérdés az, hogy genetikai adatok alapján szerezhethet-e bárki is *jogi* előnyöket vagy hátrányokat? *Természetes* hátránya a szerencsétleneknek már úgyis van, erkölcstelen lenne ezt még *jogi* eredetűekkel is tetézni. A genetikai adatok személyes titkosságának áttörésével az ember átlátszóvá tétele méltóságát sérti, és a széltében-hosszában minduntalan ízléstelenül hangoztatott „nyitottság” csak a megtervezhető manipulálhatóság előkészítésére szolgál. Az embernek szüksége van belső zártásra is, csak a galambdúc nyitott. Már az internet sem korlátlanul nyilvános, egyre többen követelik valamiféle szabályozottságát. Ugyanis a világhálóról származó ismeretek szerzésének is van árnyoldala. Az internet sokkal kevésbé ellenőrizhető, mint például a nyomtatott hírverés (reklám). Az ipari és kereskedelmi cégek a fogyasztókra irányuló hirdetések fokozásában érdekeltek, s a kedvezőtlen eredményeket nem nagyon ismertetik vagy csak alig olvasható apró betűkkel írják meg. A *honlapokon* közöltek sem eléggé megbízhatóak. Igaz, hogy a honlapokat az érdeklődők önként keresik fel, szemben a televíziós adásban kéretlenül felbukkanó hirdetésözönnel. Hol van a határ felvilágosítás, ismeretterjesztés és a hírverés között? Jóllehet a *közvetlen a betegnek* szóló hirdetés tilos az Európai Unióban, de az igénygerjesztés túl nagy haszonnal kecsegtet, ezért ismeretterjesztésnek álcázva jelenik meg. A fogyasztó meg nem tud különbséget tenni.

Magyarországon kormányzati egészségügyi népnevelésre lenne szükség, amely már az iskolában elkezdődhetne. Ezzel szemben hazánkban nincs *iskolai egészségnevelés*. Legalább az elsősegélynyújtást oktatnánk. Erre meg is van a korszerű tankönyv: a Magyar Máltai Szeretetszolgálat *Elsősegélynyújtás* című könyve immáron második kiadásban jelenik meg, de csak civil kezdeményezésként, önkéntesekkel tanít oktatókat, felnőtt lakosságot; sőt már *Óvodai elsősegélynyújtás* című kiadványuk is létezik.

A 21. századról egyre többet halljuk, hogy az ipari után tudásalapú társadalom épül. Így ez elégtelen a jó működéshez, ki kell egészíteni azzal, hogy *tudásalapú, erkölcsvezérelt és jóakarathajtott* (knowledge-based, ethics-controlled and goodwill-driven) legyen, hiszen erkölcs nélkül a tudást rosszra is fel lehet használni, viszont a csak erkölcsvezéreltség jóakarat nélkül szigorú megítélésekhez (megszólás), netán téves elmarasztalásokhoz vezethet.

A tudáshoz való hozzáférés egyetemlegességének követelményét a digitális könyvtárak révén látja megvalósíthatónak az az Egyesült Államokbeli bizottság, amely egyenesen G. W. Bush elnök számára tudósít (PITAC). Ugyan-ez a bizottság egy másik jelentésében (Report to the President, 2001) arról készített összefoglaló áttekintést, hogyan kellene az egészségügyi ellátást a közléstechnológia révén átalakítani (Transforming Health Care Through Information Technology). Ebben a népességszűrés, az állapotkövetés, az egyéni klinikai adatkezeléstől kiindulva(!) a számítógépes modellezésig minden szerepel.

Magyarországon ezt húsz évvel ezelőtt megírtuk, és kis méreteken meg is valósítottuk. Ezekből tartalmilag sok minden bekerült végre az egészségügy átalakítása fent idézett tervezetébe, de egészségügyi közléstan (informatika) még mindig alig van benne.

Ami a „piaci” megvalósítás formáinak kibővítését illeti, a magánosítást több változatban is megenged néhány törvényi szabályozás. Ezzel összefüggésben érdemes figyelni arra, hogy 2000 januárjában nemzetközi szinten (Általános Kereskedelmi Szolgáltatások Egyezménye, GATS) a szolgáltatásokra – köztük egyre jobban kiterjedően az egészségügyiekre is – vonatkozó tárgyalások kezdődtek. Új lehetőségeket látnak a belföldi szolgáltatások hézgapótlására: az ország forrásalapjainak (tőke és szakértő) kiszélesítésére, a versenyhelyzet hatékonyabbá tételére, valamint a háttérbiztosítás (infrastrukturális) területein, mint pénzügyek, hírközlés, szállítás – a külföldi szolgáltatókkal való kapcsolatok megerősítésére. Az új lehetőségek között az elektronikus pénzkezelés (e-banking) mellett a „táv-egészségellátás” (telehealth) szolgáltatás terjed; jöllehet „határon át” (cross-border) szolgáltatás az üzleti, kereskedelmi mellett jelenleg mindössze 2%-át adja a teljes forgalomnak, de az utóbbi két évtizedben ez gyorsabban nőtt. A GATS azonban egyrészt kizárja az állami szabályozással gyakorolt szolgáltatás nyújtását, mert a versenyhelyzet korlátozásának tartja; másrészt hasonló szolgáltatók között tiltja a megkülönböztetést; harmadrészt biztosítani kell a hazaiakkal azonos lehetőségeket a külföldieknek is. Korlátozásnak tekintik például, ha megkötik az orvosok létszámát vagy kórházak számát, ha a külföldi szolgáltatót kizárják a közös biztosítási rendszerből; viszont nem megkülönböztető jellegű követelmények – mint bizonyos ellátási kötelezettség szegények számára – előírhatók.

Az egyezmény magyarázó előszavában (preambulum) elismeri a tagok szabályozó jogát ellátási területükön, sőt a XIV. cikkely záradéka felhatalmazza az egyes kormányokat, hogy az egyezményi kötelezettségen belül bármit elrendelhet, amit az emberi, állati, növényi élet védelme szükségessé tesz.

Az Európai Bíróság (EU Court of Justice – ECJ) és a Nemzetközi Kölcsönös Szövetsége (Association Internationale de la Mutualité – AIM) a *határokon nélküli egészségügyi ellátás* (Health Care without Frontiers) olyan kérdéseit veti fel, hogy miként fogadnák ezt a betegek, a szolgáltatók, a fizető betegellátás, a kórházi háttérképzés stb.

A Nemzetközi Kölcsönös Egészség(nyújtási) Alapok Szövetsége (International Association of Mutual Health Fund) a 2001. március 20-án Montevideóban (Uruguay) elfogadott az Egészségügyi Ellátásról és a Világegyesítésről Nyilatkozatban (Declaration on Globalisation and Health Care) az egészségügyi ellátás területén levő teljes szabályozatlanság veszélyeire figyelmeztet. Az orvosi szolgáltatások nem tekinthetők szokványos árucikkeknek, amelyek a piaci erőknél teljesen alávetettek. *„A világkereskedelem és a gazdaság liberalizációja nem szükségképpen szolgálja az állam érdekeit. A források, egészségkockázatok és tudás nem egyenlően oszlik meg az országok között, a politikának gondosan ügyelnie kell a szabadkereskedelmi szempontok és más ugyanolyan értékes, de nem kereskedelmi elvek egyensúlyára – mint például a szolidaritás, esélyegyenlőség és minőség. A jó minőségű egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés, a bevételtől vagy egészségi állapottól függetlenül úgy tekintendő, mint alapvető közérdekű politikai érdek, amely megelőzi a magánkereskedelmi érdeket.”* Az egészség még alapvetőbben szükséges, mint az iskoláztatás, de vajon kinek jutna eszébe az iskolától a költség/haszon értékelést számon kérni. A megszerzett tudás csak évtizedek múlva hasznosul, ha egyáltalán ez történik. Az egészség megőrzésébe, helyreállításába történő „befektetés” ugyanilyen, mégis folyton az üzleti költség/haszonról és nem az orvosszakmai kockázat/előnyről esik szó.

Az egyre jobban kibontakozó nemzetközi verseny a betegekért felboríthatja a nemzeti egészségügyi költségvetés egyensúlyát, a világegyesítés (globalizáció) kórházláncokat hoz létre integráció címen – figyelmeztet *Heinz Kölking*, a Német Kórházigazgatók Szövetsége elnöke. Meg kell gondolnunk, függővé tehetjük-e egészségünk ügyeit nemzetközi vállalatoktól. Az egészség nemcsak élettani, hanem (ki)műveltségi érték is, a magyar tudás és tapasztalat Európai Unióba vitelének inkulturációnak kell lennie, és nem engedhető meg, hogy a mindent egybeemlő piaci integráció áldozatává váljék.

Érdemes ehelyütt kitérni arra is, hogy mi az *igény* és a *szükséglet* sokszor összekevert fogalmai között a különbség. Az *igény* olyan megkívánásból származó elvárás, amit az egyén szükségesnek ítél a maga vagy az általa végzett tevékenység számára. A *szükséglet* ebből annyi, amennyi valóban nélkülözhetetlen. Az igény a szükséglet olyan kifejezése, amely lehet fölé- vagy alábecsült,

s a kettő csak eszményi esetben esik egybe. De mint tudjuk, eszményi eset csak elméletben létezik. Tehát: az igény elvárhatónak ítélt szükséglet, a szükséglet valósnak ítélt igény.

Piacoló világunkban az úgynevezett piackutatás sem a szükségleteket, hanem az eladhatóságot méri fel. Ez utóbbi viszont hírverés (reklám) révén túlzott igényekké gerjeszthető. Az egészségügyi „piac” nem kereslet, hanem kínálatvezéreltté válhat, ha nem lesz szabályozott.

Az egészségbiztosításnak nem az igények, hanem a szükségletek kielégítését kell szolgálnia. Ilyen szükséglet a valós veszélyek elhárítása (pl. védőoltások) és a tünetekkel, illetve leletekkel alátámasztott panaszok orvoslása, hiszen az ezek miatt szenvedők (páciensek) akarják az ellátást. Nem veszélyeztetett, tünet- és panaszmentes ember dehogyis akarja igénybe venni az egészségügy szolgáltatásait, vagy ha mégis, akkor emiatt kell ellátni a baját.

Az egészségügyi számszerűsített adatfeldolgozások (statisztikák) részére a népesedéssel és a megbetegedések előfordulási gyakoriságával összefüggő kórismeadatokat gyűjtik. Csakhogy például a bajmegállapítások (diagnózisok) egyrészt nem egyértelműek, másrészt kb. 20%-ban torzítottak. Egyértelműségük hiánya azt jelenti, hogy még ha helytállóak is, legalább háromféleképpen lehetnek: 1) a betegség lényegét azonosíthatják; 2) az orvos véleményét közölhetik a kérdéses betegségről; 3) egyszerű cselekvési osztályba sorolást fejeznek ki, de ennek semmi köze sincs a betegség lényegéhez. Az ilyen úgynevezett „ha... akkor...” menetrend (implikáció) csupán cselekvési döntést jelent. (Például a következő esetekben: *ha* fejfájás, *akkor* fájdalomcsillapító, vagy: *ha* magas a vérnyomás *akkor* vérnyomáscsökkentő adandó. Közben lehet, hogy az első esetben agydaganat, a másodikban meg vesebetegség vagy nyaki verőérszűkület a betegség lényege.)

Az egészségügyi ellátásnak személyközpontúnak és személyhez kötöttnek, minél teljesebb körű egészségügyi adatokkal kísértnek kell lennie. Ma ez nem így van. Mivel a gazdálkodás a fő szempont, az esetirányult elszámolás (akár-csak a vendéglőkben) egyszerűbbnek látszik ebből a szempontból. Csakhogy nem az, és még többre is kerül, továbbá a beteg és az orvoslás érdekével ellentétes.

Ennek kifejtéséhez át kell tekintenünk a teljes ellátórendszer adatforgalmazásának működését és annak hatásvizsgálatát, hogy ez mire vezet. A személyazonosító jel (Magyarországon a taj-szám) bevezetése ugyan megteremtette a személykövető ellátás egységesülésének lehetőségét, de az orvoslás szakosodása, valamint a népesség mozgása – akár országhatárokon túl is, az EU-csatlakozásunk után, de világszerte is – egyre inkább az úgynevezett „megosztott ellátás” (shared care) biztosítását helyezi előtérbe.

Az orvostudomány igen gyors fejlődése miatt a tudnivalók úgy gyarapodtak, hogy egyre szűkebb területéről kell egyre többet tudni, s erre általában csak a szakorvos képes, de ő is csak a korszerű ismeretközlés (információ-

technológia: CD, internet stb.) igénybevételével. A háziorvos és a különféle szakorvosok – esetenkénti nemzetközi együttműködése – jelenti a „megosztott ellátás” fogalmát. Ez pedig csak akkor lehet személyközpontú és állapotkövető, ha minden közreműködő szakember hozzájut az összes szükséges adathoz, ismerethez (információhoz), nemcsak a különböző ellátóhelyeken, de különböző időkben is. A jelenlegi, korántsem teljes és pontos, személyre szóló, egészségügyi, papíralapú, írásos ismertető anyagok (dokumentáció) teljesen alkalmatlanok a szükséges tájékoztatásra a betegről az ellátás különböző szintjein és idejében, mert ráadásul nem is időtállóak. Tehát a személy megosztott ellátásában alig használhatóak. Ha a személyes egészségügyi adatok elégtelenek, pontatlanok, akkor a belőlük összesített, személytelenített közlések, jelentések nem különben rosszak, tehát statisztikai feldolgozásuk, még ha megfelelő is, félrevezető eredményekhez vezetnek, s az irányításban döntéseket hozók téves következtetésekre jutnak.

Ilyen téves, mert túlságosan leegyszerűsített, szakemberek által pedig szél-tében-hosszában hangoztatott megállapítás az is, hogy a beteg ellátásának két feltétele van: orvosilag indokolt és gazdaságilag megengedhető. Ezzel szemben – pontosítva és részletezve – az alábbi hét feltétel szükséges: 1) a tudomány adott időbeni állása szerint lehetséges; 2) emberen orvosilag alkalmazható; 3) a célzott személy számára javallt (indikált); 4) törvényes kifogás alá nem esik, és erkölcsileg megengedhető; 5) szervezésileg hozzáférhető; 6) az érintett személy beleegyezik; 7) gazdasági akadálya nincs, teljesíthető.

Néhány példa jobban megvilágíthatja a fentiek igazát. Némely ember fejét indokoltan jó lenne kicserélni (v. ö. T. Mann: *Elcserélt fejek*), de ez a tudomány jelenlegi állása szerint nem lehetséges. A fajnemesítés a genetika tudománya szerint megoldott, de emberen orvosilag nem alkalmazható, és erkölcsileg sem megengedett. Súlyos, életveszélyes szívelégtelenségben szenvedő betegben a szívátültetés indokolt, de ha végzetes rákos betegsége is van, mégsem javallt. Örökletes betegségben szenvedők kényszerivartalanítása törvénytelen és erkölcsileg sem megengedett. Műszívbeültetés, noha létezik, szervezésileg hazánkban nem hozzáférhető. Az érintett személy nem egyezik bele olyan eljárás alkalmazásába, amelyet méltóságával ellentétesnek ítél (pl. deréktól lefelé teljes féltést-eltávolítás, úgynevezett hemicorporectomia). Az egész lakosság teljes körű egészségügyi szűrővizsgálata – bármennyi adatot eredményezne is – gazdasági okokból nem teljesíthető. Más, közérdekű, jó kockázat/előny és költség/haszon arányú eljárásokra pont ezért jut forrás.

A közösség védelmét a káros, kóros (fizikai, kémiai, biológiai) *külső tényezőkkel szemben* a népegészségügyi intézmények tevékenysége elég jól ellátja: nincsenek tömeges sugárártalmak, mérgezések, súlyos fertőző járványok. Ezzel az egyén védelmét is szolgálják.

Az egyén védelmét *önmagával szemben* azonban a közösségi egészségügy nem biztosíthatja, legfeljebb segítheti.

Persze korunkban – az új bálványimádás korában – nehéz az igazságnak úgy szerepelnie, hogy a hatalom és pénz támogatja hamis csillogás magára ne vonja a tömegek figyelmét. A hitelesség helyett a hiszékenységre számítva kurukszlók rajzanak elő a piacoló életben, a jó reménység fokát a hamis elvárások gályarabjaival kerütetik meg, s a „közösségi szeretetet” (szolidaritást) a bandákba verődés vagy tömörítés álromantikus cinkosságával igyekeznek helyettesíteni világszerte. Az egyéni biztonságérzet hiányát a maffiákba tömörülés és őrző-védő szolgáltatások igénybevételének elszaporodása jelzi, amely a meggyengült közbiztonság kiegészítéseként lép fel egy létbizonytalanságra alapozott piacon. A létbizonytalanság pedig súlyos egészségkárosító tényező, állandó belső feszültségkeltő ártalom (stressz).

Hasonlóképpen: az egészséges lét bizonytalanságának érzetét a társadalmi egészségbiztosítás akadozó működése kelti. Az üzleti, haszonelvű egészségbiztosítás igénybevehetőségének kínálata a kereslet érzékeny hirdetési piacán azonnal megjelenik, mint magánvállalkozás. A csere többnyire drágább, mint a javítás. (Például a haladó gépkocsinak minduntalan „bekap” a gyártáshibás baloldali elülső fékje. Nem az a megoldás, hogy rontsuk el a jobboldalit is, hogy az irányt tartani lehessen. Jobb megoldás, ha megjavítjuk a rosszat, hogy ne húzzon balra. Persze piacszemlélet esetén azt fogják figyelembe venni, hogy bár „bekapós” ugyan, de olcsó bal fékekből több a kínálat.) Az egészségügyi ellátás azonban nem lehet kínálatvezérelt piac, csakis keresletet kiszolgáló rendszer.

Téves az a nézet, hogy azért kell korlátozni az orvosi felszerelések beszerzését, mert használatba vételük felesleges igényeket szül, s így költségtöbbletet eredményez. Ez igaz a haszonelvű (profitorientált) magánvállalkozásokra, éppen ezért az egészségügyi ellátásban kerülendő. Nem haszonelvű (nonprofit) intézményben meg miért jelennék meg? Kiváltképp, ha külföldi és nemzetünk jövője iránt közömbös, csak a jelen haszna érdekl. Sokbiztosítós rendszer kis és nem gazdag országban egyébként is képtelen elegendő nagyságú kiegyenlítő pénzalapot fenntartani, ami nélkül a külön csoportok csődveszélybe kerülhetnek, ha egy-egy új gyógymód vagy új gyógyszer költségrobbanást idéz elő. Az ilyen pénzalapok biztonságát a valójában nem is létező (virtuális spekulatív) tőke is veszélyezteti. Elég ez ügyben a társadalombiztosítási önkormányzat korábban történt vagyonvesztésére utalni.

Az a nézet, amely szerint azért lehet megengedni a drágább magánbiztosítást, mert „a tehetősebbek igénylik a költségesebb orvosi ellátást”, vagy etikátlan vagy pontatlan. Az orvosi ellátás ugyanis nem lehet más a tehetősebbnek, mint a szegénynek, mivel minden ember élete egyformán értékes, és az orvosnak mindenkit a legjobb tudása szerint (nem a jogilag értelmezhetetlen „legmagasabb szintű ellátással”) kell kezelnie. A nem orvosi körülmények, mint az élelmezés vagy a kórház szálloda- (ún. hotel-) szolgáltatása a gazdagok számára lehet jobb vagy akár fényűző is, ha megfizetik, noha az átlagpolgárban nem

szül jó képzeteket az efféle különbségtétel. Az az érvelés, hogy a drágább beteg-számlák után fizetett áfa visszaforgatása még többletbevételt is jelenthet, és az alapbiztosítás részére is előnyös lehet, számszerű elemzést igényelne mielőtt érvként használná bárki is. Lehet, hogy ez igaz, és ha az alapbiztosítás járulékát mindenkiért kötelező befizetni, továbbá a közösből a magánbiztosítottak után is csak ugyanaz a fejkvóta jár a szolgáltatóknak, mint a csak társadalombiztosítottak után, akkor már csak az ismert regionális és társadalmi rétegbeli különbségek okozhatnak ellátási egyenlőtlenségeket. Kelet-Magyarországon például a tbc-s megbetegedés háromszorosa a Nyugat-Magyarországinak. Vajon ha régióként működnek, az igazságosnak látszó azonos fejkvóta esetén, elláthatóságuk is azonos lesz? A társadalmi, rétegbeli különbségek alapján történő csoportosulás – gazdagok, szegények – veszélyét nem védi ki az az előfeltétel, hogy a „különböző biztosítók kötelesek lesznek bárkivel szerződést kötni”, mert a haszonelvűség kifogyhatatlan az ötletekben, ha számára előnytelen üzletet akar elkerülni.

Csak egy igen egyszerű csel: a nagyon költséges szerződésre olyan, rövid jelentkezési határidővel, drága folyóiratokban meghirdetett irodában kell – természetesen személyesen – megjelenni, amely tömegközlekedési eszközöktől jó messze esik, olyan épület n-dik emeletén van, ahol nincs felvonó stb., vagyis ahová főleg fiatal, életerős, gyaloglást vagy taxi- és egyéb költséget jól elviselőkhöz lehetnek oda, de az idős, beteges, szegény ember nehezen juthat el, ha egyáltalán értesül róla.

A piaczgazdaságra áttérő versenyhelyzetben számos tehetőssé vált tulajdonos gazdagsága meglehetősen bizonytalan, csak a számtalan szegény helyzete biztosan változatlan.

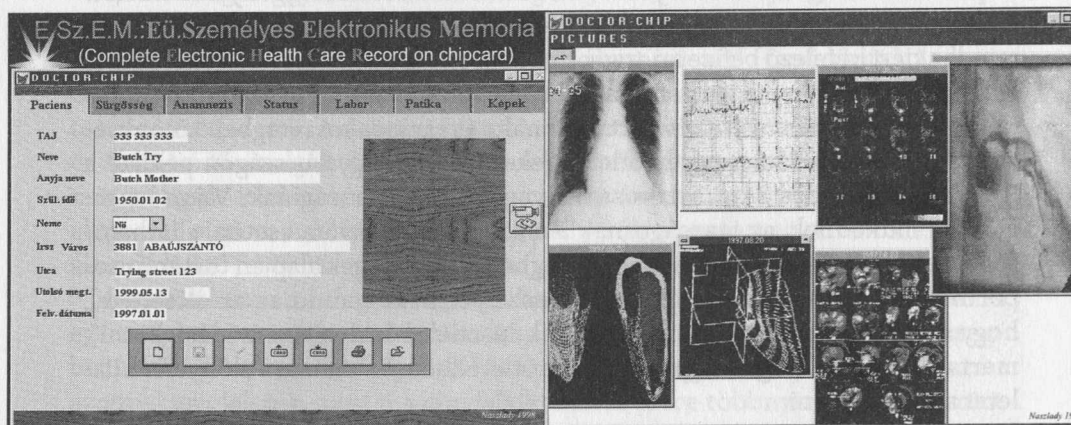
Mindezek figyelembevételével alakult ki az a tudományosan is megvédhető biztosítási alapelv, hogy a kiszámíthatóság legjobb megközelítése, ha a szükségletek meghatározása kockázatelemzés eredményén alapul. Ehhez ismét csak megbízható információrendszerre, teljes körű, egyedekre vonatkozóan hiteles adatokra van szükség. Az adat akkor a legmegbízhatóbb, ha nem jelentéskötelezettségi céllal (adminisztráció), hanem az ellátás éles működése közben rögzítik, és használják is fel, majd ebből gyűjtik egybe személytelenített összegzésre.

A személyiségi jogok védelme ugyanis nem engedi meg a személyhez kötött egészségügyi adatok nyilvános távközlési vonalakon történő továbbítását és központi gyűjtését.

Orvosszakmai, jogi, biztosítási (jogosultság) szempontból egyaránt kifogástalan megoldás az úgynevezett okos-kártya (smart card), amely a biztosítottnál van. Akinek átadja, annak megengedi a betekintést az őt megillető védett részbe.

Az egészségügyi chipkártya bármely biztosító pénztárbeli használhatóságának *üggyviteli* feltételei, a banki üggyintézéshez hasonlóan, gyakorlatilag meg-

Két képernyő az ESzEM-kártya tartalmából



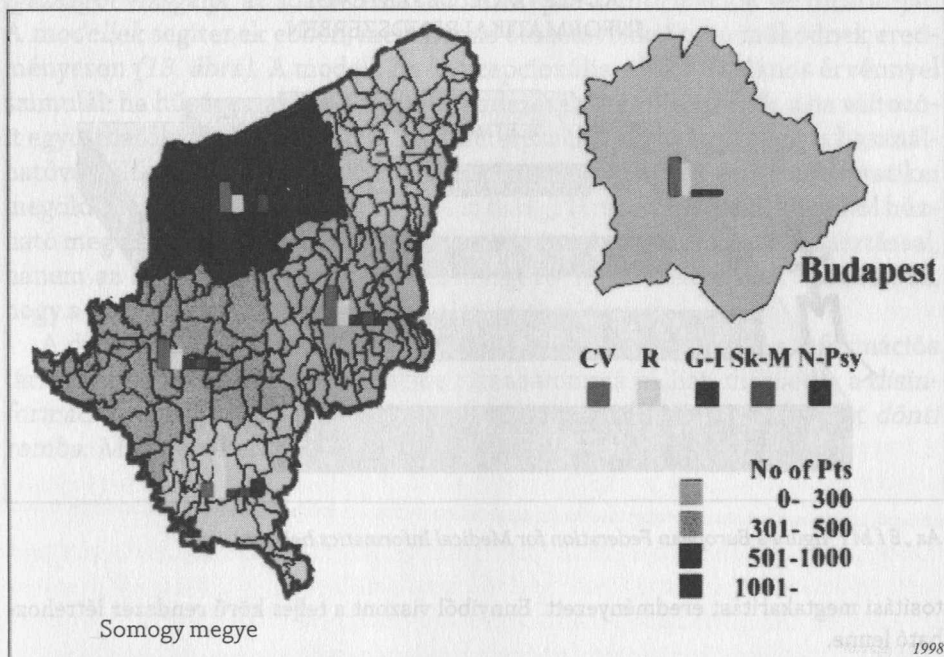
a

b

oldottnak tekinthetők; ám *orvosinformatikai* használhatóságának megteremtése már sokkal bonyolultabb. Ehhez az szükséges, hogy az aktuális ellátást bárhol, bármikor nyújtó szolgáltatnak egységesen értelmezhető egészségügyi, személyes, minél teljesebb dokumentáció álljon rendelkezésére, de csak az arra jogosult személyeknek hozzáférhetően, helyben, azonnal betekintheően, amelyből egyúttal a biztosított jogossága részletei is megállapíthatóak. A távközlési megoldás erre számos technikai-gyakorlati okból elégtelen, valamint személyiségvédelmi okból csak meglehetősen bonyolult feltételek mellett lehet elfogadható, illetve egy izolált távközlési hálózatrendszer létrehozása óriási költségráfordítás igénye miatt indokolhatatlan. Minden közléstani, jogi, etikai, és gazdasági akadályt áthidal a személynél állandóan magánál tartott egészségügyi chipkártya, amely *ESzEM* néven *hazánkban kidolgozott*, és többzetes populáción kipróbált, valamint nemzetközi vonatkozásban is egyedülálló, mivel a teljes egészségügyi (szöveg+görbe+kép) adatkört tartalmazza, méghozzá *több nyelven*, vagyis ezáltal valódi *nemzetközi kórlap* (11.a és 11.b ábra). A kártyát 1997-ben Bermudán, az Orvosinformatikai Világszövetség felkérésére az európai-amerikai egészségügyi szabványegyeztető összejevetelen mutatták be, és összefoglalójukban kiemelték, majd a nemzetközi szak-sajtóban közzétételre kötelezték (Intern. J. of Med. Inform. 1998 Febr.). A 11.a ábra a kártya betegazonosító oldalát mutatja a hét szektorból, a 11.b ábra pedig a különféle képi információk egymás mellé helyezése egy képernyőre (röntgen, ekg, izotóp, ultrahang, MRI, coronarográfia szerepel a képen).

A lakossági bevezetés egyik lehetséges formája, hogy *első ütemben csak a nyugdíjasok* ellátására terjedne ki (természetesen bevonva a gyógyellátást nyújtókat és a gyógyszer-

A betegek panaszainak szervrendszerenkénti és kistérségi megoszlása



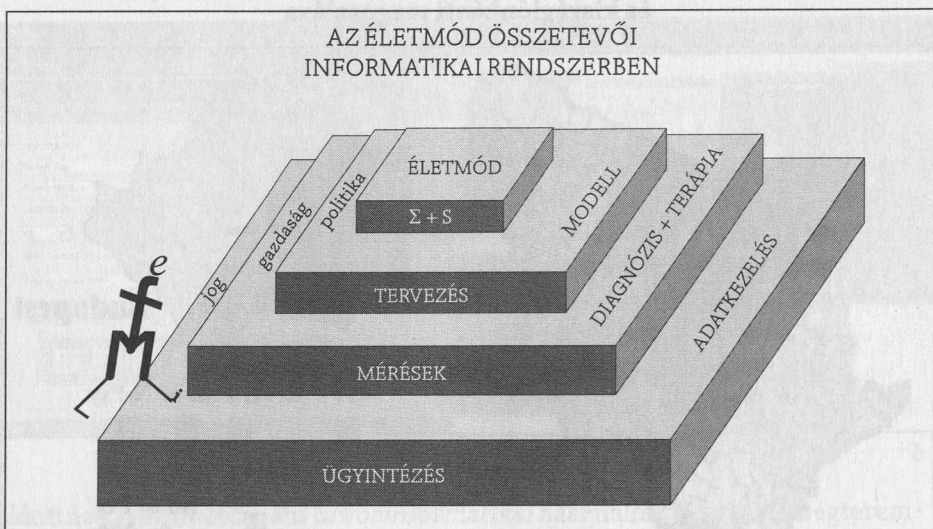
Az egyes gyakorisági oszlopok balról-jobbra sorrendben a következők: szív-érrendszeri (CV), légzőszervi (R), emésztőrendszeri (G-I), csont- és izomrendszeri (Sk-M), idegrendszeri (N-Psy) panaszok, összesen 148-féléből. Az árnyalatok létszámarányosak (No of Pts).

tárakat), lévén ők az időskori gyógyellátásban legjobban érintettek. Sikeres eredmény esetén további csoportok vonhatók be: tanulóiifjúság, fegyveres testületek, közalkalmazottak stb., végül az egész lakosság.

A végrehajtásban az országosan egyenletesen szétterített 150 tüdőbeteg gondozó intézetek hálózata vehetne részt, több évtizedes, közismerten kiemelkedő dokumentációs hozzáértése, fegyelve, és a rendszeres lakosságszűrésben szerzett népességmozgató gyakorlati tapasztalata alapján (lakossági címlista, behívási adminisztráció, helyszíni megjelenés). Az ESzEM-kártya rajtuk keresztül történő kiosztásával elérhető lenne egy CEL-célú megjelenés is, és korszerűsítene e kitűnő hálózatot. A személy munkahelyeit is követi a kártya.

Minthogy az ESzEM-kártyán a kiváltott utolsó 20 gyógyszer is szerepel, a gyógyszerfogyasztás és -ellenőrzés, eleget téve az ártatlanság védelme elvnek, csak a visszaélésre gyanús esetekre korlátozódnék, nem a százmillióstételszámú összes esetre (v. ö. az ún. „OVER” gyógyszer vényellenőrzési program bukása). Ahol a világon hasonló részletességű gyógyszerfogyasztást ellenőrző rendszert bevezettek, mindenütt legalább 10%-os biz-

Az életmód általános és egészségügyi informatikai összetevői



Az „E f M i” figura a European Federation for Medical Informatics helyzete

tosítási megtakarítást eredményezett. Ennyiből viszont a teljes körű rendszer létrehozható lenne.

Az ESzEM-kártya tartalma nemcsak a megosztott ellátásban hasznosulna, hanem egyedi panasz és tünet adatai a *valódi szükségletek és kockázatok felmérését* számítógépes, sokoldalú, például földrajzi területi megoszlást mutató Geographical Information System (GIS) alapján végzett elemzéssel teszi lehetővé (12. ábra).

Így az egészségügyi döntések mind a közösség, mind az egyén javát megalapozottabban szolgálnák. Az élet számára a *jót* a hosszabb túlélés és a tökéletesebb alkalmazkodó képesség jelenti a belső állandóság biztosítására, panasz- és tünetmentesen.

A szolgáltató egészségügyi intézmények, rendelők, kórházak, ellátóképessége (kapacitása) a bennük dolgozó szakemberek és a segédszemélyzet tudásától, létszámától, a rendelkezésre álló tértől (helyiségek), a felszerelések minőségétől és mennyiségétől, továbbá a működés szervezettségétől függ. (például a korábbi adatok mind elérhetők a kártyán). A korábban hibásan túlhangsúlyozott ágyszám az eszközöknek csak egy, méghozzá a legegyszerűbb része, ráadásul az ellátandók legnagyobb hányadának nincs is rá szüksége, mert nem igényelnek fekvőellátást, ápolást. Kétségtelen, hogy a díjtalan ellá-

tásnak megvan az a veszélye, hogy a *betegben erősebb a kezeltetés, mint a gyógyulás vágya*.

A 21. század küszöbén a kialakulóban levő *informatika informatikája az igazságot vizsgálja*, az adatok és a belőlük képzett információk verificatio-ját. A *modellek* segítenek ebben, mert hamis összetevőkkel nem működnek eredményesen (13. ábra). A modell, ha koncepcionális, akkor általános érvénnyel szimulál; ha hűséges, akkor nagyobb rendszerekbe is illeszkedik, s ha változóit együttthatókkal tudjuk ellátni (paraméterezzük), akkor egyedileg is használhatóvá válik. Egyedi és tömeges ellátás egységesítésének ez az informatikai megoldása a jövő egyik nagy ígérete. Az ősrégi társadalmi gond, hogy hol húzható meg az egyén és a közösség érdekei között a határ, nem a szétválasztással, hanem az átfedéssel így megoldható. Szigorú előfeltétele ennek azonban az, hogy a döntések ne disinformációk alapján történjenek.

A disinformáció a tudásalapú társadalomban súlyos gond. Az információs társadalom könnyen disinformációs társadalommá válhat, márpedig a *disinformáció veszélyesebb mint az atombomba, mert szellemi világunkat dönti romba. Még nem késő!...*

A rádió, a televízió és a 21. századi civilizáció

Az emberiség, különösen a civilizáció élén járó társadalmak a 20. század technikai fejlődésétől – a tömegkommunikáció lehetőségeinek kitágulásával – olyan eszközt kaptak ajándékba, amely egyrészt közel hozta a világrészeket egymáshoz, másrészt lehetővé tette, hogy gyakorlatilag minden otthonba helybe jöhessenek a világraszóló művészi alkotások, a tudományos haladás közhasznú gyümölcsei, az ismeretek, és új lehetséges közege keletkezett a kisebb-nagyobb társadalmi csoportok összetartozását erősítő kommunikációnak.

Nem is lehet tagadni, hogy előbb a rádió, azután még inkább a televízió új minőséget vitt az emberek életébe. A falun és tanyán élők is tájékozottá válhattak, a beteg, elhagyatott, gyengülő erejű idős emberek is szórakozáshoz és szellemi táplálékhoz juthattak. A műholdak – kijátszva a földfelszín hajlását – egyenes kép- és hangforgalmat tesznek lehetővé távoli földrészek között, a tanult ember a különböző anyanyelvű kultúrák kincseiből részesülhet. Mivel a televízió csakugyan eljutott a szegény néprétegekhez is, a rádió pedig kicsivé és hordozhatóvá vált, minden adott volt ahhoz, hogy a civilizációs vívmányok és értékek valóban közkinccsé legyenek, az emberek jelentős többsége pedig műveltté váljék. Az én generációm a kezdetektől végigkísérhette a médiumok diadalútját.

Azután valami kisiklott, és ma nehéz megmondani, hogy a diadal vagy a váltság (na, nem gazdasági értelemben) súlya nagyobb a mérleg serpenyőjében.

A médiumok világa kolosszális üzleti tereppé és hatalmi tényezővé vált.

Önmagában egyik sem volna baj.

A tömegkommunikációban rejlő gazdasági kincsesbánya fedezi többek között az új technikai lehetőségek villámgyors hasznosításának költségeit: például nem közvetlenül a nézők fizetik meg a telekommunikációs műholdak fejlesztési, gyártási, pályára juttatási és működtetési költségeit. A tévéadásokba lelket lehelő médiaértelmiség rendelkezésére álló üzleti tőke világraszóló szellemi és művészi színvonalú műsorok tömegének megalkotására, az egész népességre kiható kulturális aranykor megteremtésére adna lehetőséget.

Ennek feltétele alig lenne más, mint az üzleti tisztesség. Nem a szerződések jogi tisztaságára vagy az elszámolások számszaki korrektségére gondolok – ezzel foglalkozzanak jogászok és közgazdászok –, hanem arra a különbségre, ami a fűszeres és a kábítószer-kereskedő üzleti alapállása között fennáll.

Az egyik egészséges társadalmi szükséglet kielégítésével keresi a kenyerét, szerény üzleti hasznáért szolgáltatása színvonalával kell megállnia helyét a versenyben. A másik az ember személyiségének sebezhetőségére épít. „Beetetéssel” tömegeket lehet rávezetni arra, hogy örömmérzést lelki, szellemi, társadalmi erőfeszítés nélkül, kiüresítve is el lehet érni.

Az alkoholon és az izgató vagy bódító hatású kábítószereken kívül ennek más eszközei is lehetnek, amelyek éppúgy kiragadják az embert a sokoldalú, a felelősség és mérlegelés elemét is hordozó, gazdag és méltó emberi közegből, mint a drogok.

Ilyen például az *agresszió*, amely a létfenntartás ösztönének egyik, szabályozott elemeként van jelen az egészséges ember személyiségében. Orvosi tanulmányaim során megtudtam, mennyire esendő az emberi test; egy orvosi pálya szakmai és emberi tapasztalata megtanított rá, mennyire sérülékeny az emberi lélek. A halmozott egyéni sérelem, mindenekelőtt az, ami az emberi méltóságot éri, a társadalom egészségét ássa alá. Az agresszió következményének bagatellizálása, az agresszió megítélésének felszabadítása a felelős személyiség és a közösség egészséges felfogásának kontrollja alól nem ártalmatlan játék, hanem merénylet a személyiség fejlődése, és végső soron az agressziót azután a valóságban elszenvedő társadalom ellen.

Kábítószer-analóg az *érzelmi tartalmától lecsupaszított szexualitás*. Ez a fajfenntartás ösztönének „direkt” eleme, amelyet azonban a természet az állatvilág legkülönbözőbb fejlettségi fokon álló fajaiban is felruházott számos, a vonzalmat árnyaló, a specifikást elősegítő, a biológiailag célszerű aktust díszítő, gazdagító, jutalmazó részlettel. Az emberi kultúrában – kezdve az írástudást sem igénylő népművészettel – a szerelem és a másik nemhez való sokárnyalatú vonzódás hívta életre a legmegindítóbb szépségű irodalmi, zenei és képzőművészeti alkotásokat. Ezt rövidre zárni, érzelmi, erkölcsi és társadalmi tartalmától megfosztani nem emberhez, hanem még a hullókhöz sem méltó, romboló tevékenység.

A szuggesztív szükséges eleme a figyelem méltó célokra való megragadásának. A *szuggesztív képességével való visszaélés*, aminek lehetőségével a mozgó kép különösen rendelkezik, további, a társadalomra veszélyt tartogató, sokszor talán nem is tudatosan kijátszott alkalom. A televízió odaszögezheti a székhöz, immobilizálhatja az egyébként cselekvésre hajlamos embert, különösen a gyereket. A visszaélést nem feltétlenül a műsorszolgáltató társaság, hanem gyakran a gyermekével törődni nem tudó vagy nem akaró szülő követi el. Akár felróható valakinek, akár nem, beszédesen jellemző az a változás, amit néhány évtized leforgása alatt előidézett a televízió százszázalékos elterjedése a népességben, például a budapesti Oktogon és a Nagykorút szilveszteréji hangulatában. A hajdani, évente egyszer előforduló zajos és barátságos népi ünnepély helyett mostanában háztömbönként egy-két hazabaktató emberrel találkozunk. A többieket – magányosan vagy kis csoportokban – odaszögezte

a televízió a képernyő elé. A „beetetés” három-négy évtizeddel ezelőtt szípor-kázó kabaréműsorokkal történt. Ma már a kutya sem fordít gondot a szóra-koztatás színvonalára.

A játék értékes eleme a gyermek lelki fejlődésének, és érdemes sokat meg-őrizni belőle a kiegyensúlyozott felnőtt életvezetéshez. Az ésszerű korlátjai közül kiszabadított *játékszenvedély* azonban további olyan függőség, amely kreatív tevékenységtől von el gyermekeket és felnőttet, „drága” kulturális műso-rok alkotásának kötelezettségétől ment fel tv-társaságokat, miközben termé-szetesen biztosítja a nézettséget.

Vannak a televíziózásnak olyan hátrányos hatásai is, amelyek nem róhatók fel a műsorszolgáltató társaságoknak. Ha a gyermekek szabad idejük nagy részét a képernyő előtt töltik, ez gátolja az olvasott vagy hallott beszéd nyo-mán keletkező belső kép kialakításának képességét, a fantázia kibontakozását. A szülők gyakran panaszkodnak, hogy gyermekük elutasítja a mesemondást: nem színes és nem mozog. A megfilmesítés, a televíziós megrendezés gyakran nem többletet jelent, hanem csalódást okoz a korábban olvasott regényhez képest. Egysíkúvá értelmezi az irodalmi alkotást, amit egyébként a nyitott lel-kű olvasó mindig egyénileg értelmez, és tölt ki a képzeletével. A jó irodalmi alkotás tudatosan hagy nyitva teret az olvasói fantáziának.

Az emberek többnyire családban vagy magányosan néznek rendszeresen televíziót. Ennek tömegesen észlelhető hatása a családok, egyének elszigetelő-dése. A televíziónézés nagy arányban elvonja az embereket a társas összejöve-telektől, az élő színháztól és hangversenytől, gyermeket és felnőttet az aktív játéktól, sporttól, az egymásnak elmondott élménybeszámolóktól. Az utóbbi időben újonnan meggazdagodott családokban divat lett, hogy minden család-tagnak, a kisgyermeknek is, külön televíziót vásárolnak a szobájába, s még a család közössége sem teszi kollektívvá a televíziós élményt.

Aki tömegkábító technikák alkalmazásával száll versenybe a gondolati, mo-rális, művészi értékekre építő, műgonddal készített műsorokkal, nyert ügye van: nézettsége anélkül is biztosított, hogy az elkábított nézőtömeg bármilyen minőségi mércét állítana. A tucatszámra, egy kaptafára készülő „művek” elő-állítására pedig összehasonlíthatatlanul olcsóbb, mint a színvonalas egyedi alko-tásoké, vagy akár egy szakértelemmel megrendezett és felvett színházi közvetí-tése. A kereskedelmileg és hivatalosan is elfogadott mérce ugyanis jelenleg mindkét esetben az egyes műsorszámok nézettsége (hallgatottsága). Ez leg-markánsabban a reklám közvetítésével érvényesül, és a reklámbevételek erőlt-etett növelésének szándékánál érhető tetten.

A „nézettség” (igazából az alacsony színvonalú tömegigény) alapján törté-nő szelekció – diszkrimináció, az emberi értéket hordozó műsorok egyenlőt-len harca az értéktelen, közömbös vagy káros tömegtermékekkel társadalmi méretű önrontó folyamat. Fokozatosan eltűnik a néző választási lehetősége: a fejlett szellemi igényű ember is legfeljebb azt kapja, amit a kifejeletlen személyi-

ségű átlagos kamasz, vagy a könyvet iskolái óta kézbe nem vevő primitív felnőtt szívesen néz. Nemcsak arról a diszkriminációról van szó, amely során a társadalom legkreatívabb, művelt rétegei elesnek az igényeiket kielégítő televíziózástól, hanem arról a még súlyosabb következményről, hogy a még alakuló, tehetséges fiatal emberek elesnek a tartalmas és tanulságos szórakozás és művelődés kínálatától. Két olyan jelentős, de számszerű kisebbségben lévő rétegről van szó, amelyen a nemzet prosperitása, jövője megfordul.

Azok az – egyelőre, sajnos rétegműsornak számító – tudományos, ismeretterjesztő, irodalmi és filmművészeti alkotások, amelyeket elsősorban a sok emberrel kommunikáló értelmiség (tanárok, orvosok, jogászok, mérnökök, a közhivatalnokok java) néz, hatásukban a közvetlen nézőik számára hoz képest óriási erősítéssel mennek keresztül. Ezek által tudja a szellemi munkás egy életen át karbantartani az általános műveltségét (a saját szakterületén kívül, amire közvetlen szakmai forrásai vannak), s ezek azok a műsorok, amelyeket az érdeklődő diák is megtalál, ha tanulmányai közben megérintette a tudás, a szépség, a differenciált emberi érzések, az erkölcs, a közérdek. Innen tudja, hogy ami nemeset az iskola tanított és sugallt, a valóságos életben is érvényes.

A korábbiakban részletezett tömegkábító eszközöket túlnyomórészt alkalmazó műsorszolgáltatás egyben kontraszelektív az egyéni és társadalmi élet követhető példái szempontjából. Amit a médiumokban látunk-hallunk, az nemcsak szórakoztat és tanít, hanem észrevétlenül – jóra vagy rosszra – is nevel. Az életprogramhoz, értékekhez hozzá nem segített ifjak alternatívája, különös tekintettel a bőven kínált negatív mintákra, a csoportos garázdaság és a szenvedélybetegség változatos formái.

Amint a bevezetőben jeleztem, az sem szükségszerű, hogy automatikusan negatív jelenséggént értelmeződjék a médiumoknak a hatalom gyakorlásában kapott szerepe. Az újságírók és a tömegkommunikáció sok feladatkörű közreműködői mind tanult, eredetileg a hivatásukat szerető emberek, rajtuk keresztül a tudás, a kultúra, a direkt politikai és kereskedelmi érdekektől független ethosz is hatásos közéleti tényezővé válhatna.

Igazságtalanok lennénk, ha nem ismernénk el, hogy ilyen szerep létezik, országonként eltérő arányban, a demokrácia érvényesülésének minőségi szintjével összefüggésben. Ahol a közvéleménynek mércéje és súlya van, több az esélye a tehetséges és elhivatott műsorigazgatónak, szerkesztőnek, műsoralkotónak, hogy a pártpolitikán, a jogon és a gazdaságon kívül a kulturális és morális érték is tényező legyen számos döntési folyamatban. Nálunk azonban az a jellemző, hogy a médiumok eszközzé váltak a politikai és gazdasági hatalom megszerzésében és gyakorlásában. Ahol a nép többségében járatlan az önálló véleményalkotásban és állásfoglalásban, és ezzel összefüggésben demokratikus jogainak gyakorlásában, a médiumok nem annyira az állásfoglalást megalapozó információ szolgáltatásában, hanem inkább a közvélemény közvetlen manipulálásában jeleskednek.

Ahogy nem vállalkozhatom – megfelelő képzettség, tapasztalat és érdeklődés híján – a médiumok nemzetközi és hazai gazdasági érdek- és eszközviszonyainak részletes elemzésére, ugyanúgy kompetenciámon kívül esik a politikai hatalom és a médiumok szövevényes és nagyrészt titkolt összefüggéseinek tárgyalása. Többéves közszolgálati televízió-kurátori tapasztalataim nyomán csupán néhány vonással szeretném érzékeltetni, hogy a hatályos magyar médiatörvényben hogyan tükröződik nem egy-egy hatalmon vagy ellenzékben lévő pártnak, hanem nagyjából egységesen a parlamenti pártok politikusainak az a törekvése, hogy – minden sajtószabadságra vonatkozó fogadkozás ellenére – ki ne csússzon a közszolgálati médiumok teljes körű köztulajdonosi felügyelete a politikai hatalom gyakorlóinak a kezéből (ideértve természetesen az aktuálisan ellenzékben lévő képviselőket is). A kialakított rendszer kisebb-nagyobb sikerrel, legalábbis a törvényalkotói szándék szerint, biztosítja az egyensúlyt a pártpolitikai erők befolyása között (az eredményt például a kormányoldal és az ellenzék politikusainak megjelenítésére szánt műsorpercek összehasonlításával mérik), de nem biztosítja (sőt igyekszik elkerülni) a politikai szféra és a „politikailag megbízhatatlan” civil szféra befolyásának egyenrangúságát.

Ennek leghatásosabb eszköze a közszolgálati médiumok tulajdonosi jogkörét gyakorló közalapítványok kurátorainak jogegyenlőtlensége. Vannak a politikai pártok javaslatára a parlamentben megválasztott (tehát politikai indíttatású) kurátorok, akik a kuratórium elnökségét alkotják, és vannak a civil szervezeteket képviselő (szakmai-tartalmi indíttatású) „mezei” kurátorok. Előbbieknek négy évre szól a mandátumuk, utóbbiaknak nem egészen egy évre. Ez természetesen azt jelenti, hogy a civil kurátorok évente megújuló tapasztalatlansággal állnak szemben a politikailag és szakmailag gyakorlottabb elnökségi tagokkal. Mire beletanulnak szerepükbe, újakra kell cserélni őket. Azokban a társadalmi működési szférákban, amelyekben több országos civil szervezet tart igényt a médiumok felügyeletében való részvételre, mint az adott területre jutó kurátorok száma, ugyanaz a testület két egymást követő évben nem jelölhet kurátort; ez további védelem a gyakorlott civil kurátorok térnyerésével szemben. A törvény előírja, hogy az egy működési szférába tartozó szervezetek csak teljes konszenzussal dönthetik el, melyik szervezet képviselőjét delegálják a kuratóriumba; bármely országos civil szervezet bejelentheti érdekeltségét akár csak abból a célból, hogy a konszenzust megbontsa, és tudatos, demokratikus delegálás helyett a sorsolás irányába terelje a kurátor kijelölését.

A törvény kizárólag az elnökségre ruházza nemcsak a részvénytársaság működtetését, hanem a nagy jelentőségű döntési hatáskörök jelentős részét is. Nem írja elő az elnöknek, hogy az új kuratórium „megválasztása” után mennyi időn belül köteles összehívni a kuratórium plénumát. Így előfordult, hogy több mint két hónapig nem alakult meg az új kuratórium, de az elnökség köz-

ben döntéseket hozott, intézkedett, pályázatot írt ki és nyilvánított eredménytelenné. (Kérdés, meddig legitim egy kuratóriumi elnökség kuratórium nélkül.)

A törvény előírja (vagy legalábbis lehetővé teszi azt az értelmezést, s mindmáig ez a gyakorlat), hogy a kuratórium plénuma csak egyetlen, az elnökség által meghatározott jelöltből választhat elnököt a televízió vagy a rádió élére. Ez a rendelkezés méltatlanul beszűkíti a civil szféra szerepét. Az elnököt tehát *a kuratóriumi elnökség választja*, a kuratórium ezt legfeljebb megakadályozhatja, ha előnyben részesíti a rendezetlen jogi viszonyokat az elnökség javaslatával szemben.

Egyszerűen összefoglalva, a jelenleg hatályos médiatörvényben a civil kurátoroknak szánt szerep inkább dekoratív, illetve arra irányul, hogy a politikai háttérű döntések felelősségét legalább részben áthárítsa a civil társadalomra, annak lényegi beleszólása nélkül. Ez a jogszabály egyben egyértelművé teszi, hogy maga a parlament a közszolgálati médiumokat elsősorban a pártpolitika eszközének tekinti, éles fegyver vagy megsemmisítő veszedelem lehetőségét látja bennük.

Értelmezésem szerint a rádió és a televízió, legalábbis nálunk, nem önálló hatalmi ág, nem az alkotó értelmiség szuverén beleszólási lehetősége a politikába, hanem a hatalomért való harc és a hatalomgyakorlás egyik leghatékonyabb eszköze, amelyet a politika hivatásos szereplői kívánságuk szerint rövid pórázon tartanak.

Az, hogy a rádió és televízió betöltse a lehetőségeiben rejlő politikai szerepet, elkerülhetetlen, de azt is mondhatjuk, hogy küldetésének része. A szakma szabályai szerint tehát kiegyensúlyozottan, becsületesen és színvonalasan kell szolgálnia a társadalom demokratikus működését. A közvéleményt egyrészt megbízható információtartalommal kell ellátnia, másrészt fórumot kell teremtenie részére, hiszen korunkban a rádió és a televízió a mindenki által nagyjából egyenlően elérhető kommunikációs közeg. A közvélemény azonban a civil szférának és nem maguknak a politikai szereplőknek a véleménye. Meggyőződésem, hogy a médiumok politikai tevékenysége sem kizárólag a politikusok illetőségi körébe tartozik.

A médiumok függő helyzetben vannak a gazdasági és a politikai hatalomtól, s ez jelentős mértékben behatárolja mozgási lehetőségeiket. A gazdasági prosperitás a tömegizlés kiszolgálása útján biztosítható akadálytalanul, a politikai világ pedig a hatalmi egyensúlyra (illetve annak kibillentésére) koncentrál, és egyéb területen nincsenek megfelelő súllyal képviselt minőségi követeléseai.

Márpedig a 21. századi civilizáció perspektívájából sem a reklám, sem a politikai küzdelem nem lehet a tömegkommunikáció világának döntő szerepköre. Semmiképpen nem vitatva a könyv, a színház, a képzőművészeti alkotás, a műszaki kultúra, az utazások során szerzett személyes tapasztalat és az iskola továbbra is alapvető szerepét, az emberiség 20. században alkotott új érintkezési közegének legméltóbb hivatása a nemzeti kultúra éltetése, és a világ

tudományos és szellemi kultúrkincsének folyamatos közvetítése, a demokratikus, polgári etikai normák művészi színvonalon megjelenített példák útján való közelhozása a hallgatók és nézők millióihoz.

A Magyar Televízió archívuma még tárolja (nem tudom, mennyire széles körben és meddig) a korábbi működése során keletkezett egyedi, magas színvonalú alkotásokat, például a *TV Zenés Színháza* sorozat kiváló darabjait, vagy a hazai kulturális élet megörökítésre méltónak ítélt, a köd fölé emelkedő csúcseit (egy-egy színházi vagy operaházi bemutatót vagy felújítást). Így őrzi a rádió archívuma is a sok kimagasló színvonalú, egyszeri és megismételhetetlen hangverseny felvételét, vagy a Duna Televízió a határainkon kívül élő magyarok kulturális rendezvényein készült felvételeket, riportokat, valamint a magyar történelem és művelődés nevezetes helyszíneiről készült dokumentumfilmeket.

Egyre kevesebb új műsor tartozik ebbe a körbe: nem „költséghatékony” az évek elteltével egyre olcsóbban vásárolható külföldi tömegfilmekhez, a múzeumból elővett régi darabokhoz, a csak részben saját felvételre alapozott hírműsorokhoz, aktuális beszélgetésekhez képest. Kérdés, eléggé költséghatékonnak számít-e a gazdag archívum ápolása. Szomorú, hogy így vetődik fel a kérdés, hiszen a nemzeti kultúrkincs egy részének megőrzéséről van szó.

Az, hogy a tömegkommunikáció modern világa építőeleme lesz-e a civilizáció 21. századi fejlődésének, vagy a társadalom kénytelen lesz védekező állásokat kiépíteni a médiumok mindennapi tömeges káros hatásával és politikai túlszereplésével szemben, elsősorban három feltételen múlik:

1. kitermel-e a társadalom (hagy-e érvényesülni) elegendő számú tehetséges, a politikai és gazdasági hatalomtól szellemileg független alkotó személyiséget a médiumok működtetésére;
2. felhagy-e a politikai és a gazdasági szféra a civil szervezetekkel és az alkotó értelmiséggel szembeni bizalmatlanságával;
3. a mindenkori kormányzat – politikai alapállásától függetlenül – teremti-e a kultúra sokoldalú éltetésére alkalmas jogi és gazdasági feltételeket.

Úgy gondolom, hogy nem teljesen alaptalan az optimizmus a modern tömegkommunikáció civilizációépítő szerepének jövőbeli felülkerekedésével kapcsolatban. A társadalom immunrendszere megmozdult. Már elkezdtek iskolában tanítani a médiumok által sugárzott műsorok kritikus fogadását és értelmezését. Az értékteremtés nélküli nyereszkesedés többnyire nem nyugdíjas foglalkozás, legalábbis állandó terepen. A tömegkommunikáció világában működő kulcsszemélyiségeknek is fel kell ismerniük, hogy saját terepük kiaknázásának távlati lehetősége a „tudás évszázadában” nem az átmenetileg kifizetődő népbútítás, hanem a társadalmi fejlődés energiahordozójának megfelelő környezet kialakítása.

A társadalom részéről természetesen nem a védekezés (végső esetben a készülék kikapcsolása) az elsőrendű tennivaló, hanem a cselekvő előrelépés.

A televíziózás és rádiózás fél-egy évszázada bebizonyította, hogy működése során képes szuverén tehetségek kinevelésére és kiválasztására. Tanult, rátermett, karizmatikus személyiségek képesek valódi értékekkel, bármilyen műfajú alkotással, friss és egyenes szóval megragadni és el nem eresztani az emberek tömegét. Ők képesek a maguk szakterületét sodró lendülettel közkinccsé sugározni. A médiumok vezetői részéről a szakmai becsület *sine qua non*-ja e személyiségek tehetségének felfedezése, kibontakozásuk katalizálása, karrierjük biztosítása. Az azonban minden társadalmi tevékenység szakmai és civil körének önös érdeke és lehetősége, hogy kínálat legyen belőlük. Ahhoz, hogy erre a szerepre legyen ambiciózus vállalkozó, a társadalmi kontaktus megteremtésére képes karizmatikus személyiségek megbecsülésére, elismerésük kifejezésére is szükség van.

A médiumok közkinccsként való felhasználásával kapcsolatban a hatalmi tényezők közül a parlamenti demokrácia politikusainak, az államférfiaknak van elsődleges felelőssége, hiszen a választások során az ő kezükbe teszi le a nép szuverenitásának, identitásának, prosperitásának ügyét. A gazdasági hatalom birtokosainak is van felelőssége, hiszen a gazdasági prosperitás nem független az ország társadalmi egészségétől, de felelősségük közvetett módon vetődik fel, és kulturális pezdítő szerepük érvényesülését elsősorban saját szférájuk eszközei útján várhatjuk el.

A választások útján a társadalomért felelősséggel felruházott politikusoknak és az ország kulturális életét mozgásban tartó értelmiségnek (utóbbinak például a civil szervezetek útján) elsősorban a köztulajdonban álló és közszolgálatra hivatott rádió- és televíziótársaságokra lehet befolyása. A befolyásnak természetesen közvetett módon kell érvényesülnie, mert felelős szakértelem és alkotói szabadság nélkül ezek nem tölthetik be hivatásukat. A társadalmi igényeket azonban meg kell fogalmazni, és a közpénz felhasználásával keletkezett eredményt számon kell kérni.

Külön fel kell hívni a *mecénások* figyelmét: csak emberi, közösségi értéket ígérő, felmutató produkciókat támogassanak. Ez parancsoló követelmény a közpénzből történő mecénatúrának, de a remélhetőleg országunkban is idővel megszorodó egyéni támogatóknak is csak ez hozhatja meg tevékenységük jótékonyágának elismerését.

Mi mindent kívánjunk meg a közösség szolgálatára rendelt rádiótól, televíziótól ahhoz, hogy az civilizációépítő feladatát betölthesse?

Mindenekelőtt magas szakmai, technikai, művészi *színvonalat*. Ez biztosít tekintélyt, a reklámok szavahihetőségén túlmutató hitelességet, és az értelem-érzelem bonyolultabb világában hatásos üzenetek befogadására megragadja az értelmes embert. A színvonalas alkotás már önmagában is hordoz magában moralitást. A színvonalhoz hozzátartozik a figyelem lekötésének képessége, a változatos előadásmód, az arányérzék. Bűn, mert elriasztó hatása, ha az érté-

kes tartalmat unalmasan vagy szájbarágoan prezentálják, ennél még a kitöltetlen műsoridő is jobb!

A közszolgálati médiumokban elhangzottak, bemutatottak színvonalukkal megbízható *mérceként* szolgáljanak.

Korábban a nyomtatott sajtó, és még inkább a könyv volt a *nyelvhelyesség és a szép magyar beszédstílus* mintaadója. Mára ez a szerepe megkopott, jelentős részben a számítógépes szövegszerkesztés, szedés és tördelés elterjedése helyezte át a figyelemráfordítás súlypontját a szerkesztőről a számítástechnikusra. Ma a televízió adja aprajának-nagyjának az akaratlanul is követett beszédmintát. Alig lehet például gyerekeket leszoktatni arról, hogy mindennapi beszédjükben ne a rajzfilmek eltorzított hadaró madárhangját kövessék. Nem biztos, hogy jó, de fiatal nemzedékünk legalább annyira a rádiótól és a televíziótól tanulja az anyanyelvét, mint a szüleitől. A rádióban és a televízióban csak szépen és helyesen (lenne) szabad megszólalni.

Rádiónk és televíziónk mérce legyen a *hírszolgálat* frissessége, objektivitása, a hírek fontosság szerinti válogatása szempontjából minden más hírforrás számára. Ne csak a katasztrófa és a botrány számítson hírnek. Különösen fontosnak tartom a jelentős tudományos és művészeti események általános hírértékének elismerését. Elterjedt az a szokás, hogy ezeket a híreket „rétegműsorok” karanténjába zárják, nehogy véletlenül azokat is megérintsék, akiknek ezek a területek még nem keltették fel az aktív érdeklődését. Ha a médium a társadalomban betölti a mérce szerepét, sok ember a hírekből is rájöhet arra, hogy a körülötte zajló kulturális élet éppolyan jelentős, mint a gazdaság vagy a más földrészen dúló háború.

Szolgáljon mércéül a közszolgálati médium a tudományos igazság megalapozottsága, az etikus közszellem, a világkép sokoldalúsága, a művészi értékkel szemben támasztott igény tekintetében: legyen a televízió iránytű a megbízható értékeket kereső, tájékozódni kívánó ember számára.

Legyen a közszolgálati csatornáknak *markáns arcú*, amit mindenekelőtt a saját előállítású műsoraival tud megteremteni.

Fontos, hogy a *műsorrend* alkalmazkodjék a polgári családi életformához. Elfogadhatatlan, hogy éppen azok a műsorok, amelyek kulturális értéküknél fogva elütnek a kereskedelmi csatornák tömegszórakoztató kínálatától, akár éjszakai, akár iskolai vagy munkaidőbe szoruljanak.

A pozitív igényeknek ebben a felsorolásában utolsónak hagytam, mert alapvető feltétel: a közszolgálati csatornáknak kötelessége azoknak a *nem anyagi értékeknek a megjelenítése*, amelyek piaci alapon nem kifizetődőek. Különös figyelmet érdemelnek a közszolgálatnak azok az elemei, amelyek nem esnek egybe a tömegigénnyel, a többségi kereslettel, sőt gyakran homlokegyenest ellentétesek vele.

A tömegigény és a társadalmi, nemzeti érdek közötti ellentétnek két fő forrását látom. Az egyik nemzetközi: a fogyasztói attitűd világméretű elterjeszté-

sére szervezett tudatos tömegmanipuláció. A világ egyik legkifizetődőbb ügyletága lett a tömegével készülő, sematikus, az éretlen emberi személyiségek primitív voltára és kifícamodott/kifícamított ösztönéletére, akár aljas indulatokra alapozott filmek, tévésorozatok, zene előállítására és – az üzleti fölényrel visszaélve – mindent elsőpró terjesztése. Régiókra jellemző a másik: az elmúlt fél évszázadban a diktatúra szétzúzta a társadalom hagyományos szervezettségét, felfüggesztette kulturális és vallási hagyományokra épülő, évezredek értékrendjét, s ezzel tömegesen állította elő az éretlen személyiségeket. Nem véletlenül, hanem ideológiai megalapozottsággal, szuverén polgár helyett igénytelen, befolyásolható és kiszolgáltatott proletárt nevelt milliós munkásrétegekből.

A pozitív igények mellett a társadalom legalább egy tiltást is fogalmazzon meg: *semmiképpen sem szabad ártani*, különösen nem közpénzen. Ez olyan tilalom, amelynek megszegését szankcionálni lehet és kell – fegyelmileg, munkajogilag, akár büntetőjogilag is.

A közszolgálat speciális érték és nem a médiumok piaci tevékenységének mellékterméke. A közösséget szolgáló tömegkommunikációs tevékenység jellegzetes elemei, különösen az elvárható magas színvonalon művelve, költségek és nem önfinanszírozóak. A közönségnek meg kell fizetnie (előfizetési díjból, költségvetésből) azt a számára egzisztenciális jelentőségű szolgáltatást, amire más nem hajlandó, és nem szabad veszélyeztetnie azzal, hogy saját rádió- és televíziócsatornáit – közszolgálati kötelezettségük „koloncával” (gazdaságilag fedezetlen kötelezettségekkel) – a reklámpiacon folyó versenyben szerzett részesedésétől hozza függőségbe. Hangsúlyozom: *értékén* kell megfizetnie. Ha éppen annyi pénz hiányzik a közrádió és köztelevízió működtetéséhez, ami a kiemelkedő színvonalat és a sajátos arculatot tudná biztosítani, a többi rászánt költség is kidobott pénz.

A jól teljesített közszolgálat és a vele bizonyos távon megszerzett közbizalom egyben a médiapiac versenyében hasznosítható tőkévé is válhat. A közszolgálati médium specifikus kínálatával és standard minőségével kemény versenytársává válhat a csupán pénzügyi érdekeltiséggel működő kereskedelmi csatornáknak a közfigyelemért vívott, a jelenleginél nemesebb küzdelemben. Előbb-utóbb megérheti az utóbbiaknak is bizonyos valódi közösségi értékeket is érvényesíteni a tevékenységükben. Egyelőre elszórtan, de léteznek példák a nem reklámból, hanem műsoruk színvonalából élő közszolgálati rádió- és tévétársaságokra.

A tömegkommunikáció pozitív civilizációs szerepének morális aranytartaléka a médiaértelmiség tisztességes önkorlátozása a gyakorlatban kínálgató nyereszkeskedési lehetőségekkel szemben. Meggyőződésem, hogy aki ezt a hivatást választja, tiszta szívvel értékeset akar alkotni, szereti a nézőket-hallgatókat (azaz az embereket), a javukat akarja szolgálni, és ezen az úton szeretne boldogulni, jó hírnevet szerezni, nyomot hagyni maga után. Kedves, tanult tár-

saim, ne hagyjátok magatokban deformálódni az értelmiségi ideált, akármekkora legyen is a tisztességtelen haszonszerzés lehetősége!

A rádió, és különösen a televízió, napjainkra a társadalom szinte kizárólagosságot élvező információs és manipulációs közege lett. A könyv- és folyóirat-kiadás gazdasági karanténba került, a művelődési otthonok szerepe marginalizálódott, a közmegejtélésben a tanulásnak kicsi a presztízse, és féltő, hogy az utóbbi évek beavatkozásai folyamatos színvonalcsökkenést idéztek/idéznek elő a közoktatásban. A televízióra és rádióra jelenlegi privilegizált helyzetében különös súllyal hárul a nemzeti kultúra éltetésének és az egyetemes kultúra közvetítésének felelőssége. A társadalmi szervezeteknek, képviselőinek a dolga (ha már a nézők többsége nem elég tudatos), hogy ezt a felelősséget, a közszolgálatot elvárják és számon kérik a médiumokon. Optimista alaptermészetem azt vetíti előre, hogy a magyar társadalom kulturális, szociális és morális regenerációja közelebb fogja hozni egymáshoz a nemzeti érdeket és a tömegigényt. Ez egyúttal az ország prosperitásának előfeltétele, különösen a 21. században, amikor az állampolgároknak felhalmozódott szellemi erő fogja meghatározni az egyes országok boldogulási sorrendjét.

„Látom az ország megújulását, a magyar kultúra megőrzését és a kultúra gondolkodásának, értékeinek, szokásainak, értékei és normái összességét, amelyeket megtanultunk, megértettünk egymással és átöröklünk egyik generációról a másikra. A kultúra az országban az elegáns és a társadalom által kívánatosnak tartott magatartási normatívákat.”

„Wilberp szerint” a kultúra 1. a home sapiens azon képességeinek összessége, amelyek miatt faj jellemzők és amelyek alapvetőek az alkalmazkodásban; 2. a társadalom életének hirtelen összegyűjtött produktumai és 3. a gondolkodás, cselekvés és érzések megkülönböztető mintázatai, amelyek a társadalom vagy egy társadalmi csoport tagjai jellemzői.”

„A kultúra szociálpszichológiai meghatározása elsősorban arra koncentrál, hogy mit jelent a kultúra az emberi életben és az emberi lény számára. Hofstede szerint: minden ember másban hordozza azt a gondolkodási, érzelmi és cselekvési-motiváló mintázatot, amelyet egész során megtanult. Ezek jelentős hatását a korai gyermekkorban tapasztaljuk el, mivel ebben az életkorban vagyunk legérzékenyebbek a tanításra és hazugságra. Hofstede az ebbe „kollektív programjairól” beszél.”

„Singer szerint” a kultúrát úgy határozhatjuk meg, mint tanult csoport által meghatározott észlelési mintát, amely magában foglalja a verbális és nem ver-

1. Merriam-Webster, J. K., 2000. Párizs, 2003; Párizs, 2003.

2. Gerns, 1973.

3. Gerns, 1973.

4. Wilberp, S. T., 1973.

5. Hofstede, G., 1984.

6. Singer, M. R., 1987.

A kultúra és az életminőség kapcsolata

A kultúrától az életminőségig

A kultúrának egyaránt vannak szociológiai, antropológiai és pszichológiai meghatározásai.¹

Geertz antropológiai meghatározása szerint² a kultúra szimbólumokban megjelenő értelmezések, szimbolikus formában átöröklődő fogalmak történelmileg kialakult rendszere, amelyek segítségével az emberek kommunikálnak, ismereteket szereznek, és az életet látják.

Linton szociológiai megközelítésű, lényegre törő megfogalmazásban³ a kultúra gondolkodásmódok, értékek, vélekedések, értékek és normák összessége, amelyeket megtanulunk, megosztunk egymással, és átörökítünk egyik generációról a másikra. A kultúra ezáltal megszabja az elfogadott és a társadalom által kívánatosnak tartott magatartási normatívákat.

Winthrop szerint⁴ a kultúra 1. a homo sapiens azon képességeinek összessége, amelyek mint fajt jellemzik és amelyek alapvetőek az alkalmazkodáshoz, 2. a társadalom életének tanult, összegyűjtött produktumai és 3. a gondolkodás, cselekvés és értékek megkülönböztető mintázatai, amelyek a társadalom vagy egy társadalmi csoport tagjait jellemzik.

A kultúra szociálpszichológiai meghatározása elsősorban arra koncentrál, hogy mit jelent a kultúra az emberi psziché, az emberi elme számára. Hofstede szerint⁵ minden ember magában hordja azt a gondolkozási, érzelmi és cselekvést motiváló mintázatot, amelyet élete során megtanult. Ennek jelentős hányadát a korai gyermekkorban sajátítjuk el, mivel ebben az életkorban vagyunk legérzékenyebbek a tanulásra és hasonulásra. Hofstede az elme „kollektív programjairól” beszél.

Singer szerint⁶ a kultúrát úgy határozhatjuk meg, mint tanult, csoport által meghatározott észlelési mintát, amely magában foglalja a verbális és nem ver-

1 Martin, J. N. – Nakayama, T. K., 2000; Pikó B., 2002a; Pikó B., 2002b.

2 Geertz, L., 1973.

3 Linton, R., 1936.

4 Winthrop, R. H., 1991.

5 Hofstede, G., 1984.

6 Singer, M. R., 1987.

bális nyelvi beállítottságot, az értékeket, a hiedelemvilágot, a tévesnek minősített hiedelmeket és a magatartást.

A szociológiai, antropológiai és szociálpszichológiai megközelítés szerint egyaránt azok a közös gondolkozási mintázatok befolyásolják alapvetően magatartásunkat, ahogyan a környező világot észleljük. A kultúra életminőségre gyakorolt legfontosabb következménye, hogy megszabja az elfogadott és a társadalom által kívánatosnak tartott magatartási normatívákat. Míg az egyik kultúrában egy bizonyos magatartásforma mindennapos, egy másikban szigorúan tiltott. Míg egyik kultúrában a nyugodt, beletörődő attitűd az elfogadott, egy másikban a túlhajszolt, kimerítő életmód jelenti a sikeres és kívánatos modellt.

Az életminőség mint kihívás a 20. századi kultúrában

Az életminőség többdimenziójú fogalom, ami magában foglalja az egészségi állapot testi-lelki és szociális összetevőit. Az ún. egészséggel összefüggő életminőség (*health-related quality of life*) a modern egészségügy sajátosságai következtében nyert létjogosultságot, és fokozatosan a klinikai vizsgálatok egyik nélkülözhetetlen mutatójává vált.

Az egészséghez, betegséghez, halálhoz való viszony minden kultúra alapvető jellemzője. Az utolsó két évszázadban az orvoslás szemléletének célja az volt, hogy a szubjektivitást minél inkább kizárja az orvosi gondolkodásból. Ennek a szemléletnek az alapja a kórbonctani bizonyítékok megjelenése volt, ami lehetővé tette a betegségek tanulmányozását az élő ember jelenléte nélkül is. A boncteremben vizsgálható, megfigyelhető emberi test a modern orvostudomány, orvosi gondolkozás központi tárgya.⁷ Az utóbbi évtizedekben a képalakító eljárások széles köre vált az orvoslás alapvető eszközévé. Mindezeknek az eljárásoknak a lényege a teljesen objektíválható egészségi állapot ideálja, hiedelme. Ez az ún. biomedikális modell széles körben jellemzi nem csupán az orvosok, egészségügyben dolgozók gondolkozását, hanem az emberek többségét is. Ez a modell valóságos dogmává merevült, aminek jelentős szerepe van abban, hogy az orvoslás minden eredménye ellenére az egészségüggyel való elégedetlenség soha nem volt olyan kifejezett világszerte, mint napjainkban.

Elsősorban a bioetika, a magatartástudományok szemléletének köszönhetően a 20. század második felétől a személy, a beteg percepciója, autonómiájának elismerése kezd polgárjogot nyerni az egészség-kultúrával kapcsolatban, ami a biopszichoszociális modell lényege. Ezt a szemléletet tükrözi az „életminőség” fogalma a medicinában, amelynek egyik első említése a tudományos irodalomban 1966-ban jelent meg az *Annals of Internal Medicine* szerkesztő-

7 Foucault, M., 1973.

ségi közleményében.⁸ Az azóta eltelt évtizedekben igen kemény küzdelem folyik annak elfogadtatásáért, hogy a páciens nem csupán javításra és tanulmányozásra szoruló szerkezet, testi valóság, hanem értékekkel rendelkező és döntésekre képes személy. A szemléletváltás azt jelenti, hogy az orvoslás tárgya nem az emberi test, hanem az emberi élet, az emberi egészség. Ez a hozzáállás különösképpen nélkülözhetetlen az időskori egészség megértéséhez. A modern társadalmakban a népesség egyre nagyobb hányada él meg magas életkort, amikor bizonyos fokú egészségromlás természetes, ugyanakkor az életminőség, a szubjektív egészségi állapot különösen fontos, és a hagyományos módszerekkel nem követhető.

Az életminőség fogalma

Az egészségi állapot populációs szinten jól jellemezhető a halálozással és megbetegedéssel kapcsolatos statisztikai mutatókkal. A születéskor várható élettartam, a halálozási arányszám, az okspecifikus halálozási adatok tükrében egyfajta vázlatos képet kaphatunk egy populáció egészségügyi helyzetéről, azonban az életminőségről mindezek nem nyújtanak megfelelő információt. Az egészséggel kapcsolatos életminőséghez ugyanis az élettartamon kívül hozzátartozik az egészségbeli károsodások hatása is a funkcionális státusra. Az utóbbi néhány évtizedben az élettartam-mutatókban jelentős javulás állt be, nem mindegy azonban, hogy ez a megnövekedett élethossz rokkantságmentes vagy fájdalomakkal teli éveket hoz.

Nem véletlen, hogy az életminőség fogalma a mai orvoslás egyik leggyakrabban emlegetett szakkifejezésévé vált. Ahhoz, hogy az életminőség fogalmának jelentőségét megértsük, először azt szükséges végiggondolnunk, hogy mennyiben különbözik az utolsó évtizedek orvoslása a korábbiaktól. Miért volt eredményes az orvoslás korábban az életminőség emlegetése nélkül, és mivel magyarázható, hogy ma a klinikusok, kutatók és egészségpolitikusok egyaránt fontosnak tartják ezt a fogalmat?

Nyilvánvaló, hogy éppen a rendkívüli technikai, tudományos fejlődés eredményeképp a mai orvoslás feladatai alapvetően megváltoztak.⁹ A 20. század első felében a fertőző megbetegedések vezettek a halálozási statisztikákban. A 20. század második felére a várható élettartam jelentősen megnőtt, és a szív-érrendszeri betegségek, daganatos kórok, a tápcsatorna és a légzőrendszer krónikus nem fertőző megbetegedései és a balesetek váltak a leggyakoribb halállokká. Ennek megfelelően korábban a legnagyobb hangsúly az akut ellátáson volt, akut életmentés volt az orvoslás legfontosabb kihívása. Ma ezzel

8 Elkington, J. R., 1966.

9 Pikó B. – Stempsey, W. E., 2002.

szemben a leggyakoribb feladat a krónikus betegek körülményekhez képest optimális „egész”-ségének, azaz egyensúlyának megőrzése.¹⁰ Az akut ellátás, a sürgősségi esetek kezelése ma is igen fontos, heroikus feladat, azonban az orvoslás mindennapjai elsősorban már nem erről szólnak. Az ennek a változásnak megfelelő szemléletváltás, a hangsúlyok áthelyezése ma még sokszor nem kap elég szerepet az orvosképzésben.¹¹ Az életminőség fogalmának megjelenése, az ezzel kapcsolatos publikációk számának exponenciális emelkedése ezzel a változással függ össze.

Az életminőség-vizsgálatok alapja az a kérdés, hogyan mérhető az egészség? Az orvoslás hihetetlen eredményeket ért el a tünetek, a diagnosztikai kritériumok meghatározásában, ugyanakkor különös módon az egészség kritériumrendszerének kidolgozásában igencsak elmaradt az igényektől. Mielőtt ezt az igen nehéz kérdést tárgyaljuk, nézzük végig az életminőség-vizsgálatokkal kapcsolatos leggyakoribb ellenvetéseket.

Ezek közül a leggyakoribb ellenvetés, hogy az egészség meghatározása rendkívül szubjektív, van olyan ember, aki fogyatékosága ellenére is teljes értékűnek érzi magát, míg mások minden kimutatható objektív kritérium hiányában sem mondják magukat egészségesnek. Ez az ellentmondás éppen az alapvető szemléleti torzulásra mutat rá, hiszen az egészség legfontosabb kritériuma a szubjektív egyensúlyérzés, nem pedig az ún. „objektív” leletek eredményei.¹²

A másik ellenvetés, hogy az egészség fogalma túl összetett, olyan sok tényezőt foglal magában, amit nem lehet egyetlen mutatóval mérni. Ez valóban így van, az egészségnek, s ennek következtében az életminőségnek is természetesen igen sok dimenziója van. Azonban az ember képes arra, hogy „közérzetét” egyetlen értékkel meghatározza.¹³ Ezért van szükség szemléletváltozásra az egészség meghatározásával kapcsolatban, hiszen a szubjektív egészség az életminőség szempontjából fontosabb mutató, mint az objektív leletek.¹⁴

A harmadik ellenvetés, hogy az utóbbi évtizedekben üzletté vált az életminőség-skálák gyártása, hiszen a legkülönbözőbb gyógyszerhatás-vizsgálatoknál megkövetelik az életminőség mérését. Így aztán az életminőség-skálák „piaca” szinte áttekinthetetlenül vált. Ez valóban így van, aminek legfőbb oka, hogy az életminőség fogalmának meghatározása is vita tárgya. Ehhez alapvető az egészség fogalmának tisztázása.

10 Stuijbergen, A. K. – Seraphine, A. – Robert, G., 2000.

11 Kopp M. – Pikó B., 2001; Pikó B. E. – Kopp, M. S., 2002.

12 Diener, E. – Suh, E. M. – Lucas, R. E. – Smith, H. L., 1999.

13 Uo.

14 Sullivan, M., 2003.

Az egészség meghatározása és az egészségi állapot dimenzionalitása

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1946-os meghatározása szerint az egészség a teljes testi, lelki és társadalmi jóllét és nem egyszerűen a betegségek vagy fogyatékoságok hiánya. Ez a megfogalmazás egyértelművé teszi, hogy az egészségnek több dimenziója van, ezek a testi egészség, a lelki egészség és a társas, szociális, társadalmi egészség.¹⁵ Mindez tükrözi az Engel által javasolt biopszichoszociális szemléletet is, hiszen az életminőség-mutatók követik az egészségi állapot három fő dimenzióját: a biológiai (fiziológiai, testi) struktúrát, a pszichés/mentális állapotot és a szociális/társas funkcionálást.¹⁶ Ezek alapján az egészség definíciója is értelmezhetővé válik a három dimenzió szerint:

Testi egészség: a betegségtől mentes testi állapotot jelenti, egészséges kardiovaszkuláris, gasztroenterológiai, izom- és csontrendszeri és más szervrendszeri működéssel, ellenálló immunrendszerrel, éles érzékszervekkel és gyors reagálóképességgel a balesetek elkerülésére. Idetartozik az egészségvédő életvezetés, ami a fizikális egészség megőrzéséhez alapvető: a rendszeres testmozgás, az egészséges táplálkozás, a megfelelő alvás, valamint az önkárosító magatartásformák, a dohányzás, kóros alkoholfogyasztás és más drogok elkerülése.

Pszichológiai egészség: általános jóllét, önmagunk elfogadása, intelligencia, jó memóriaműködés, világos gondolkozási képesség. A lelki egészség feltételei az eredményes megbirkózási készségek, érzelmi stabilitás, kreativitás, nyitottság, a személyiség és az azonosságtudat életkornak megfelelő érettsége.

A társas, társadalmi egészség: jó személyközi, interperszonális kommunikációs készségek, a bizalom képessége, tartalmas emberi kapcsolatok barátokkal és a családdal, az intimitás képessége, nehéz élethelyzetekben erős szociális háló. Szorosan összefügg a kulturális-társadalmi tényezőkkel, mint a társadalmi-gazdasági helyzet, végzettség, az etnikai, vallási hovatartozás, kulturális, nemi és hivatásbeli azonosságtudat.

Az egészségi állapottal összefüggő életminőség mérése

Az egészséggel összefüggő életminőség mérése objektív és szubjektív kritériumokat egyaránt magában foglal.

A *fizikális dimenzió* olyan funkcionális paramétereket foglal össze, mint például a mozgásos aktivitással kapcsolatos mindennapi tevékenységek, az önellátás megléte, aktivitásbeli korlátozások, betegségspecifikus tünetek vagy a fájdalom gyakorisága. A szervezet funkcionális kapacitásának vizsgálata az

15 Pikó B., 1996; 1999.

16 Bowling, A., 1996.

életminőség-vizsgálatok egyik sarkalatos pontja, hiszen a krónikus betegségek, balesetek jelentős része funkcionális kieséssel jár.

A *mentális dimenzió* megismerése már nehezebb, hiszen nagyrészt belső érzelmi-hangulati állapotot tükröz, amely a viselkedés szintjén nem mindig egyértelmű. A stressz, a szorongás, az érzelmi labilitás, a magatartáskontroll vagy a depresszió mérése a klinikai vizsgálatok alapvető részévé vált, hiszen akár a hosszan tartó betegség, akár a kezelési protokoll jelentősen befolyásolhatja az életminőség e dimenzióját.

A *szociális dimenzió* még nehezebben mérhető objektív módszerekkel, mindazonáltal a szociális komponens fontos információval egészítheti ki az életminőség-vizsgálatokat. Leggyakoribb indikátorának a társas integráció szintjét tekinthetjük, aminek változása jól megfigyelhető például egy baleset következtében fogyatékosná vált ember kapcsolati struktúrájában bekövetkező változásokban, leggyakrabban a szociális izoláció kialakulásában.

Az életminőség vizsgálatának alapvetően két fő típusa van:

- A specifikus, betegségekkel kapcsolatos életminőség-skálák.
- Az egészségi állapottal összefüggő általános skálák, ezeket nevezik Health Related Quality of Life (HRQL) skáláknak.¹⁷ Itt most csak ez utóbbi módszereket tárgyaljuk.

Az egészséggel összefüggő életminőség alábbi két meghatározása a leginkább elfogadott:

Az egészséggel összefüggő életminőség azt vizsgálja, hogy a személy hogyan értékeli és mennyire elégedett jelenlegi funkcióival (tevékenységeivel és életvezetésével), ahhoz viszonyítva, hogy mit tart lehetségesnek vagy ideálisnak.

A másik általános megfogalmazás:

Az egészséggel összefüggő életminőség azon fizikai és pszichológiai jellemzők összessége, amelyek meghatározzák, hogy a személy mennyire érzi képesnek magát és talál örömet tevékenységeiben és életvezetésében.

Skálák		
Egészségkárosodás	Funkcióvesztés	Hátrányos helyzet
Egészségcsökkenés	Fogyatékoság	
Alskálák		
Fájdalom	Fürdés	Fizikális függőség
Fáradtság	Öltözködés	Mobilitás
Aggodalom	Lépcsőn járás	Szociális integráció
Depresszió	Munkaképesség	Tájékozódás
Inkontinencia	Társas kapcsolatok	Gazdasági függés

17 Novák M. – Stauder A. – Mucsi I., 2003.

Az egészségi állapottal összefüggő életminőség-vizsgálatokra a meghatározásoknak megfelelően jellemző, hogy többdimenziósak, azaz a fizikális, a mentális és a szociális dimenzióinak megismerésére egyaránt kiterjednek. Mindegyik dimenzióban még további alskálák is képezhetők.

Az egészséggel összefüggő életminőség WHO osztályozása szerinti dimenziók:

Az egészséggel kapcsolatos életminőséget számos, és sokszor nem logikusan felépített dimenzió mentén vizsgálják, ezért érdemes végiggondolni, hogy melyek azok az alapvető dimenziók, amelyre a többi is visszavezethető. Máig az egyik leglogikusabb felosztás az, amelyet Rosser 1988-ban dolgozott ki. A módszert Angliában számos egészségügyi intézetben vezették be általánosan, minden kezelt betegnél felvételkor és elbocsátáskor vizsgálták ennek a három faktornak a változásait. Eszerint az egészséggel kapcsolatos életminőség három alapidimenziója:

- a munka- és alkotóképesség,
- fájdalom,
- mentális állapot, érzelmi distressz, érzelmi negativitás.

Az egészséggel összefüggő életminőségnek valamennyi vizsgálat szerint igen fontos összetevője a mentális, hangulati, érzelmi állapot. Saját vizsgálataink szerint fiatal, 25 évnél fiatalabb nők között az alacsony életminőség legfontosabb meghatározója, előrejelzője a depressziós tünetegyüttes, érzelmi negativitás, ami azonban az esetek túlnyomó többségében nem jelent diagnosztizálható depressziós megbetegedést.¹⁸

Ugyanakkor vizsgálatok sora bizonyítja, hogy a depressziós tünetegyüttes, tehát a szubklinikai depresszió is jelentős rizikófaktor, elsősorban a kardiovaszkuláris morbiditás, de az általános morbiditás és mortalitás független előrejelzője.¹⁹ Ezekre az összefüggésekre számos vizsgálat utal, hiszen a depresszió, amely élettani szempontból a krónikus stresszállapotnak felel meg, súlyos magatartási és neuroendokrin szabályozási zavarokkal jár.²⁰

Vannak olyan – elsősorban szociológiai – törekvések is, amelyek az életminőség fogalmába bevonnák az életminőséget meghatározó társadalmi tényezőket is, ezek szerint az életminőség meghatározásába beletartoznának az egészség mellett a társadalmi, gazdasági, kulturális, környezeti tényezők is, és ezek együttese, valamint az egészségi állapot határoznák meg a személy életminőségét.²¹ A releváns életminőség-skálák azonban abból indulnak ki, hogy *az egészségi állapot minősítésében mindezen tényezők percepciója az alap-*

18 Kopp M., 1999.

19 Glassman, A. H. – Shapiro, P. A., 1998; Horrobin, D. F. Bennett, C. N., 1999; Musselman, D. L. – Evbans, D. L. – Nemeroff, Ch. B., 1998.

20 Gold, P. W. – Chrousos, G. P., 1998; Kopp M. – Prékopa A. – Skrabski Á., 1978; Kapp M. – Réthelyi J., 2004.

21 Campbell, A. – Converse, P. E., – Rogers, W. L., 1976.

vető, tehát a környezeti tényezőket nem az életminőség mérése során kell vizsgálni, hanem mint az életminőséget meghatározó jelentős környezeti faktorokat. Az egészséggel kapcsolatos életminőség alapvető jellemzője tehát, hogy a személy perspektíváját tekinti elsődlegesnek, így lényegénél fogva szubjektív, mivel a személy perepcióját vizsgálja.

Ma, amikor a technikai fejlődés eredményeként számos objektív vizsgálati módszert ismerünk, meglehetősen gyanakvás veszi körül a szubjektív véleményeket, pedig arról, hogy hogyan érzi, mennyire érzi egészségesnek magát, a legtöbbet maga a vizsgált személy tud.²² Az utóbbi években ugyanakkor számos követéses vizsgálat mutatta ki, hogy az úgynevezett *self-rated health*, az egészségi állapot önértékelése a halálozás legmegbízhatóbb előrejelzője.²³ Idler és Benyamini 27 hosszú távú követéses vizsgálat eredményeinek áttekintése alapján megállapították, hogy az egészség szubjektív értékelése valamennyi szűrési módszernél hatékonyabban jelezte előre a halálozás valószínűségét, a férfiak között ez az összefüggés szorosabb, mint a nők esetében.²⁴ Saját vizsgálataink szerint Magyarországon a 45-64 éves férfiak megyék közötti halálozási különbségeinek 67%-át magyarázza az egészségi állapot önbecslésének különbsége, érdekes módon a nők esetében ez a mutató a halálozási különbségek kevésbé megbízható előrejelzője.²⁵ Tehát nincs az az „objektív” vizsgálati módszer, ami többet árulna el a személy egészséggel összefüggő életminőségéről, mint az az információ, összkép, amit a „közérzet”, „jóllét” mutatójaként saját magunkról meg tudunk állapítani. Ebben az összképben természetesen a pszichés, mentális tényezőknek is jelentős szerepe van.

Az *Outcome Committee of American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation* átfogó tanulmányt készített az életminőség-vizsgálatokról.²⁶ A tanulmány megállapításai szerint:

- A központok 62%-a használ életminőség-mérést.
- Csak 14% használ publikált módszereket.
- A 18 említett mérési módszer közül csak három esetben vannak bizonyítékok arra, hogy az eszköz – kérdőív – reszponzív, tehát változik a kezelés, rehabilitáció hatására (Beck Depresszió kérdőív, STAI és a Profile of Mood States).

Az életminőség-tényezők esetében alapvető kritérium, hogy reszponzívak legyenek, tehát az, hogy segítségükkel a megelőzési, kezelési, rehabilitációs hatékonyság követhető legyen. Ennek a feltételnek igen sok skála nem felel

22 Diener, E. – Suh, E. M. – Lucas, R. E. – Smith, H. L., 1999.

23 Bjorner, J. B. et al., 1996.

24 Idler, E. L., – Benyamini, Y., 1997.

25 Kopp M. et al., megjelenés alatt.

26 AACVPR, 1995.

meg, viszonylag rövid idő alatt nem várható a tételek értékeinek változása. Ez az a szempont, amit igen gyakran nem vesznek figyelembe.

A másik kritérium, aminek orvosi jelentősége nyilvánvaló, hogy az életminőség alapvető dimenziói álljanak kimutatható összefüggésben a morbiditási és mortalitási kockázattal, ennek a kritériumnak bizonyítottan megfelel az egészségi állapot (munkaképesség) önbecslése, a mentális, pszichológiai faktorok közül a depresszió mérésére megbízhatóan alkalmazható skálák.²⁷

Az életminőség a modern kultúra tükrében

A testi-lelki egészség feltétele, hogy pszichológiai céljaink megvalósítása, életvezetésünk során a testi, fiziológiai egyensúly is fennmaradjon, a kétféle szabályozás harmonikusan épüljön egymásra. Ez a kettős, egymásra épülő szabályozás a modern kultúrában sokszor csak igen nehezen biztosítható. Az emberiség életfeltételei az utolsó kétszáz évben alapvetően megváltoztak, és a változások során az emberi alkalmazkodóképesség, az emberi agy információfeldolgozási korlátait egyáltalán nem vették figyelembe. A cél a technikai fejlődés, az anyagi javak felhalmozása, és nem az emberi „jóllét”, az „egészség” megvalósítása.

A modern, civilizált életforma folyamatosan termeli azokat a helyzeteket, amelyekben a pszichológiai és fiziológiai egyensúly csak igen nehezen tartható fenn.²⁸ Ezért is nevezik a pszichés eredetű és az életmóddal, magatartásunkkal fokozottabban összefüggő kórképeket *civilizációs megbetegedéseknek*. Mivel életmódunk magatartási megnyilvánulásai alapvetően függenek az adott kultúra norma- és értékrendjétől, az életminőség kulcsa a modern társadalomban az egyén és a környezete közötti viszonyrendszerben rejlik. Éppen ezért vált az életminőség legfontosabb kulturális alapjává az adaptáció, a megbirkózás nemcsak az egyén, hanem a társadalmak szempontjából is.

A megbirkózás, adaptáció és kultúra szorosan összefonódnak, hiszen a kultúra lényegesen hozzájárulhat a populációsztintű egészséghez, de számos káros hatással meg is akadályozhatja a sikeres adaptációt. Az ember ugyanis egyszerre biológiai lény és a kultúra, a civilizáció terméke. E kettős meghatározás olykor ellentétbe is kerülhet egymással. A „stresszbetegség” vagy „civilizációs betegség” elnevezés éppen a nem kellően sikeres adaptációt jellemzi akár egyéni, akár társadalmi-kulturális szinten. A kultúra ugyanis közvetíthet olyan társadalmi normákat, viselkedési előírásokat, amelyek az egészségre káros következményekkel járhatnak. Ezeket a hatásokat *nocebo effektusnak* nevezzük.

27 Hemingway, H. – Marmot, M., 1999; Idler, E. L. – Benyamini, Y., 1997.

28 Piko B., 2003a.

Az egészség-magatartási, illetve orvoshoz fordulási szokások például jelentős nemi különbségeket mutatnak, amelyek részben kulturális mintázatot követnek. A nemek eltérő társadalmi szerepeinek megfelelő viselkedésmód megmutatkozik abban, hogy a maszkulinitással sokkal kevésbé egyeztethető össze a betegszerep, s emiatt a férfiak később fordulnak orvoshoz. Ugyanígy kevésbé törődnek a megelőzéssel és az egészséges életmód feltételeinek megteremtésével. A nőkre vonatkozó kulturális normák jóval megengedőbbek, s ennél fogva a női kulturális identitás jobban összeegyeztethető a betegszereppel, s a vele járó elesettséggel, gyengeséggel. A posztmodern társadalomban ugyanakkor megfigyelhető a női és férfi társadalmi szerepek közeledése, ami a férfiak számára az expresszivitás felé történő elmozdulást eredményezte, ugyanakkor a női emancipációval a nők egészség-magatartása kedvezőtlenebbé vált, gondoljunk csak a női dohányzás elterjedtségére.

A modern társadalom sokrétűen befolyásolja az egyének adaptációs képességét, s ennél fogva az életminőséget is. A modernizáció számos következménye, mint például a felgyorsult életritmus, a hagyományos közösségek, értékrendszer és világkép felbomlása, adaptációs képességünket rendkívüli mértékben igénybe veszik.²⁹ A krónikus stressz életünk központi jelensége lett, amelynek oka, hogy jelentősen megszorodtak és tartóssá váltak egyes stressz-keltő ágensek, különösen a pszichikai és a társas konfliktusok. A felgyorsult életvitel ugyanis egyre több kihívással jár, amely alkalmazkodást igényel. Ez még önmagában nem is lenne probléma, ha rendelkezésre állnának megfelelő védőfaktorok, mint például a közösségek, a bizalmas társas támogatás stresszt semlegesíteni képes hatása. Fukuyama éppen arra hívja fel a figyelmet, hogy a gazdasági fejlődés szorosan összefügg a társadalmi tőkének is nevezhető bizalommal, amely megalapozza nemcsak a gazdasági társulások hatékonyságát, hanem a minőségi életet is.³⁰ Az egyén és a környezete közötti egyensúly hiányában a dohányzás, a drog és a kóros alkoholfogyasztás, az evésbe-ivásba, gyógyszerfogyasztásba menekülés jelzik az adaptáció zavarait, hiszen e módszerek a konfliktusmegoldás (coping) inadaptív formái. Nem véletlenül értek el e káros szenvedélyek a modern társadalomban riasztó méreteket, hosszú távon ezek a magatartásformák az életminőséget és az egészséget súlyosan veszélyeztetik.

A sikeres adaptáció eredményeként viselkedésünk kompetens, képesek vagyunk környezetünk legkülönfélébb kihívásaihoz megfelelően alkalmazkodni. *Kompetenciának nevezzük a sikeres, eredményes, célirányos viselkedést, annak élményét és igényét, a saját helyzetünk feletti kontroll képességét – ez a legáltalánosabban megfogalmazott optimalizálási alapelv, amelyre az ember magatartási döntéseiben törekszik.*³¹ A személyiségfejlődés során alakul ki az az

29 Pikó B. F., 2002c; Piko B., 2003a.

30 Fukuyama, F., 1997.

31 Bandura, A., 1977; Kopp M. – Prékopa A. – Skrabski Á., 1978.

értékrendszer, amely szerint egyes élethelyzetekben önmagunkat, illetve környezetünket minősítjük. A magatartásszabályozás egyéni mintái, a szocializáció során alakulnak a jelentős személyek, alapvetően a szülők helyeslésének-helytelenítésének erőterében. A kialakuló, megszilárduló magatartásmintákat elsősorban az határozza meg, hogy a büntetés-jutalom milyen módon, milyen szempontok szerint, illetve fogalompárokban jelenik meg a személy számára.

Így például a demokratikus légkörű család az önálló kezdeményezést jutalmazza, az önállótlanyságot bünteti, ezzel szemben a tekintélyelvű környezet a gyermeket azért jutalmazza, ha akarátát mindenáron alárendeli a szülők utasításának, és éppen az önálló kezdeményezést bünteti. Az első esetben az önállóságot, a második esetben a feltétlen engedelmességet tekintheti a legfontosabb értéknek az ilyen környezetben nevelkedő gyermek. A gyermek legtöbbet a szociális tanulás során, az általa szeretett személlyel való azonosulással, utánzással tanul. Ebben a folyamatban van alapvető jelentősége a kora gyerekkori hatásoknak, majd később a tágabb környezetnek.

Minden egyes élethelyzetben énidéálunkhoz viszonyítjuk, hogy meg tudunk-e felelni a sajátmagunkkal szemben támasztott elvárásoknak. Ha valaki irreálisan sokat követel önmagától, és azt minden részletében tökéletesen akarja megoldani – teljesíthetetlen feladatok elé kerülhet, állandóan negatívan minősíti saját magát. Ha az ember környezetétől valamilyen ideális magatartást vár el, a valóság ritkán felel meg az elvárásoknak. Ilyen önmagunkkal vagy környezetünkkel szemben támasztott elvárás, attitűd például a fokozott teljesítményigény, perfekcionizmus, tökéletességigény. Nem az a baj, ha valaki túl magas teljesítményt vár el saját magától, hanem az, ha képtelen az önmagával szemben támasztott elvárások teljesítésére és emiatt frusztrálódik.

A korábbi évszázadok során a fizikai életben maradás, életfenntartás, családfenntartás voltak az alapvető optimalizálási elvek, amelyek az emberiiség tömegeinek magatartását meghatározták. A 20. század technikai fejlődése következtében a civilizált országokban ez már nem szükségszerű. Ugyanakkor megszűnt az értékek átadásának korábbi kötött rendje, közösségi formái. A falu, a kisváros közösségében a család, a nagycsalád, a kortársak visszajelzései alapján alakult ki a fiatal énképe, a nagycsaládban találta meg a követendő példákat énidéálja alakításához, az ún. szociokulturális azonosuláshoz. Ma ezek helyett a tömegkommunikáció által generált, sokszor a valóságtól elrugaszkodott világkép formálja értékrendszerét, amelynek középpontjában a fogyasztás mindenekfeletti hajszolása áll. A modern fogyasztói kultúrában az ember a fogyasztás illúziójának bűvöletében él, amely azt sugallja, mintha az életminőséget a fogyasztás útján lehetne megszerezni. A tartalmas élet helyett a szerzés ideig-óráig tartó öröme elleplezi az élet valódi célját és értelmét.³² Ugyanakkor a szorongásos, depressziós tünetek terjedése jelzi,

32 Hankiss E., 1997; Pikó B., 2003a.

hogy az adaptációs zavarok mindennapossá váltak, s a fogyasztás hajszolása erre semmiképpen nem jelent valódi megoldást.

A kulturális többszínűség hatása az életminőségre

A modern társadalomban alapvető kihívás a kulturális sokszínűség, és ennek összeegyeztethetősége az életminőséggel.

Az eltérő értékrendszerrel rendelkező emberek, különböző kultúrákhoz tartozó csoportok közötti konfliktusok oka gyakran az, hogy ugyanazokat a fogalmakat másképpen értik, ezért nehezen értik meg egymást.³³ A *kultúraközi kommunikáció* ezeknek a különbségeknek a megértésével, értelmezésével és egymáshoz közelítésével foglalkozik.³⁴ Ennek példája, hogy a cigány családok számára rendkívül fontos, hogy betegeikkel, a haldoklókkal együtt lehessenek. A mai kórházi, higiénés viszonyok, a sokszor bürokratikus látogatási szabályok ezt akadályozzák, ami gyakran válik konfliktusok forrásává. Ugyanakkor ez az igény emberileg teljesen érthető és helyes, a mai gyakorlat vált embertelenné, bár az utóbbi években jelentős lépések történtek. Ilyen a gyermekosztályokon a szülő bent alvásának biztosítása, az apás szülés, a végstádiumú, haldokló betegekkal foglalkozó hospice mozgalom elterjedése.

Ha valaki számára az alapvető érték az önérvényesítés, bármilyen magasztos ideológiát is csupán saját céljai megvalósítása érdekében fog felhasználni. Nem is feltételezi, hogy mások másfajta értékrendet, az emberiség túlélése szempontjából alapvető értékeket őszintén képviselhetnek. Durkheim *homo duplex* modellje szerint az ember önző, ösztöneitől vezérelt oldala mellett létezik az értékeket befogadó és megvalósító oldala. Ez teszi lehetővé a társadalom, a kultúra kialakulását és működését, a kollektív tudat képződését, az értékconszenzust. Ennek szétesése, a gyökértelenség vezet az ún. anómiás, „ember embernek farkasa” állapothoz, amely a modern társadalom egyik leg súlyosabb válságjelensége. Az ellenséges beállítódás az életminőséget súlyosan deformálja, megghiúsítja az egyén és közösség közötti harmonikus viszonyt. Hosszú távon megbetegít, hiszen például kimutatták, hogy az ellenségesség a szívkoszorúér-megbetegedés egyik legfontosabb rizikófaktor.³⁵

A kultúra átadásában a család után az iskolának van a legfontosabb szerepe.³⁶ Az iskola legtöbb esetben újratermeli a kulturális különbségeket, hiszen a különböző kulturális háttérből érkező gyerekek közül a leszakadók eleve nehezebb helyzetből indulnak. Mind az Egyesült Államokban, mind

33 Adler, P. S., 1975; Hall, E. T. – Hall, M., 1990.

34 Martin, J. N. – Nakayama, T. K., 2000; Samovar és Porter, 1994; Skrabski F. 2003.

35 Brummett, B. H. – Williams Jr. R. B., 1998.

36 Collier, M. J., 1998.

Ausztráliában bizonyították, hogy megfelelő programok segítségével, kiscsoportos külön készségfejlesztéssel az iskola jelentősen csökkentheti ezeket a kulturális különbségeket. Az angol iskolarendszer igen nagy figyelmet fordít az együttműködési készség fejlesztésére, ebben a színjátszásnak, drámapedagógiának, önképzőköröknek és a csoportos sportnak van alapvető szerepe. Itt megtanulják, hogy a verseny természetes a csoporton belül is a jobb teljesítmény érdekében, de a rivalizálás mindenkinek árt, elsősorban a csoport légkörének. A sport, a testmozgás, a művészeti nevelés azért is alapvető, mert ezeken a területeken sikerélményhez juthatnak azok a gyerekek is, akik a ma egyedüli értékmérőnek számító tanulmányi teljesítményben nem jeleskednek. A japán kultúra egyik alappillére a csoportlét megtapasztalása, s ennek igen fontos szerepe van a japánok kiemelkedő egészségügyi helyzetében, hosszú élettartamában.³⁷

A sikerélmény, önértékelés, valamint az egyéni és csoportidentitás összeegyeztethetősége a személyiség érettségéhez alapvető azonosságtudat kialakulásának feltétele. Legáltalánosabb elv, hogy a tanult tehetetlenség (*learned helplessness*), „segítség nélküliség” helyett a tanult leleményesség, sikeresség, tanult erőforrás-gazdagság (*learned resourcefulness, learned optimism*) élményét kell elsajátítani már gyermekkorban, aminek alapfeltétele a bizalom és az együttműködés élménye és képessége. Ezek a megbirkózási képességek a pozitív életminőség alapfeltételei, egyben jelentős egészségvédő tényezők. Az új svéd népegészségügyi program az együttműködés, a bizalom, a kölcsönösség, az önkéntes szerveződés, azaz az ún. társadalmi tőke erősítését tűzte ki alapvető célként, hiszen a modern társadalomban ez mind az életminőség, mind az egészség javításának alapvető feltétele.³⁸ A sokoldalú, valóban együttműködő csoportok rendkívüli teljesítményekre képesek, mint pl. a Linux szoftverfejlesztő ingyenes társulás példája mutatja. Ugyanígy világraszóló hatású a taizéi ökumenikus mozgalom vagy a Máltai Szeretetszolgálat tevékenysége.

A kultúra és az életminőség spirituális dimenziója

Az értékconszenzuson alapuló közösségek kiemelten fontos típusát alkotják a vallási közösségek.

A hit, a vallás és az orvoslás évezredekken át igen szorosan összekapcsolódott. Részben ennek ellenhatásaként a mai orvoslásban a „világi dogma, világi hitvallás”, a „secular credo” vált szinte kötelezővé, ami nem veszi figyelembe

37 Marmot, M. G. – Davey-Smith, G., 1989.

38 Skrabski Á. – Kopp M. S. – Kawachi I., 2003; 2004.

a spiritualitást, mint a kultúra egyik alapvető jellemzőjének szerepét az emberi „egész”-ség megőrzésében. Az utóbbi időben azonban egyre több figyelem fordul ismét ennek a hivatalos orvoslás által negligált kérdéskörnek a tudományos vizsgálatára, különösen, mivel számos vizsgálat bizonyítja, hogy a vallási közösséghez tartozás igen jelentős egészségi védőfaktor.³⁹ Különösen jelentősek azok a prospektív vizsgálatok, amelyek több mint húszezer amerikai nyolcéves követe alapján megállapították, hogy a vallásgyakorlás várható élettartamra gyakorolt hatása erősebb, mint a nemi vagy a fehér-fekete különbség.⁴⁰ A vizsgálatok eredményei alapján a *National Institute of Health* szakértői munkacsoportja megállapította, hogy a rendszeres vallásgyakorlás bizonyított független egészségi védőfaktor. A WHO életminőség-meghatározása a spiritualitás dimenzióját is magában foglalja.⁴¹ A *World Psychiatric Association* honlapján rendkívül izgalmas és nyitott vita indult el „Kultúra, spiritualitás és pszichiátria” kérdéskörben.⁴² A vitában, amelyhez a mai vezető pszichiáterek közül többen szóltak hozzá, igen fontos szempontként jelent meg, hogy az ember redukcionista, mechanikus szemlélete fokozza az orvostudomány, különösen a pszichiátria sérülékenységét a gyógyszeripar és más üzleti érdekek befolyásolásával szemben.

Igen fontos, hogy a spiritualitás, a hit, a vallás szerepe ne egyszerűen mint egyfajta „gyógymód” térjen vissza az orvosi gondolkodásba, hanem az a szemlélet kapjon újra polgárjogot, hogy az ember nem csupán mechanikus tárgy, biológiai objektum, hanem a személyt kulturális és spirituális teljességében kell látnunk.⁴³

A legújabb tanulmányok kiemelik, hogy egyfajta „kulturális iatrogenézis” jellemzi a modern társadalmakat; az orvoslás és a pszichológia gyakran nem veszi tudomásul azokat a kulturális erőforrásokat, amelyek alapvetőek az egyén és a közösség megbirkózási készségeinek erősítésében, a leszakadó rétegekkel kapcsolatban olyan sokat emlegetett *empowerment* erősítésében.⁴⁴ A globális fogyasztói kultúrával szemben a vallás, a spiritualitás, a közösségiség az egyéni léten túlmutató pozitív célok lehetőségeit kínálják. A vallásokban megfogalmazott erkölcsi elvek alátámasztják a pozitív életminőség alapját képező önazonosságot, a nem anyagi érdekekkel összefüggő önértékelést, az értelmes társadalmi szerepeket és a segítő kapcsolatokat értékelését.⁴⁵ Robert Putnam szerint a mai amerikai társadalomban a vallási csoportok jelentik az ún. társadalmi tőke legfontosabb alapját.⁴⁶

39 Oman, D. – Thoresen, C. E., 2003; Chatters, L. M., 2000; Kark, J. D. et al., 1996; Fabrega, H., 2002.

40 McCullough, M. E. et al., 2000.

41 Kuyken, W. – Orley, J., 1995.

42 Fabrega, H., 2002.

43 Kopp M. – Pikó B., 2001.

44 Oman, D. – Thoresen, C. E., 2003.

45 Maton, K. I. – Wells, E. A., 1995.

46 Putnam, R. D., 1993.

Viktor Frankl (1946–1970 között a Bécsi Neuropszichiátriai Klinika vezetője volt) a „harmadik bécsi iskolának” nevezett egzisztenciaanalízis és logoterápiás módszer megalapozója fejt ki, hogy alapvető emberi szükséglet, amelyben az emberi lélek leginkább magára ismer, az élet értelmének keresése és a lelkiismeretben megnyilvánuló erkölcsi döntés. A pszichoanalízis és a biológiai determinizmus híveivel szemben azt bizonyítja, hogy az erkölcsi döntésekben nyilvánul meg elsősorban a lélek szabadsága, önálló létezése. Frankl a második világháború idején három évig volt különböző koncentrációs táborokban, az általa kidolgozott emberkép és elmélet ottani élményei alapján nyerte megerősítését. Míg Freud és Maslow szükségletelmélete szerint az alapvető szükségletek, például az éhség elmosza az egyéni különbségeket, és ilyen helyzetekben a kielégítetlen ösztön uniform megnyilvánulásai általánossá válnak, Frankl saját tapasztalatai alapján az állítja, hogy ennek éppen az ellenkezője igaz. „A koncentrációs táborokban éppen hogy különbözőek lettek az emberek. A disznók itt lelepleződtek. De a szentek is. Épp az éhség leplezte le őket”.⁴⁷ A lélek szabadsága, erkölcsi önállósága éppen a szélső léthelyzetekben, krízisekben, súlyos betegségben, haldoklásban mutatkozik meg leginkább.

Az orvostudományban, különösképpen a pszichiátriában, ma világszerte előítéletek tapasztalhatóak a vallással, spiritualitással kapcsolatban.⁴⁸ Éppen ezért nagyon fontos, hogy *objektív kutatási módszerekkel* elemezzük a vallásgyakorlást, a spiritualitás összefüggéseit az életminőséggel.

A magyar népesség körében 1988-ban 21 ezer embert, 1995-ben 12 600 embert és 2002 első fél évében ismét 12 600 embert kérdeztünk ki otthoni interjú formájában. A három Hungarostudy felmérés a magyar 18 évnél idősebb népességet életkor, nem és terület szerint képviselte.⁴⁹ A 18 évesnél idősebb magyar népesség 30%-a mondta azt a Hungarostudy 2002. évi felmérése során, hogy egyházában gyakorolja vallását, 45% a maga módján, vagy nem gyakorolja vallását, és csupán 25% válaszolta azt, hogy nem hívő.

Mind a vallásgyakorlás, mind a vallás fontossága mindennapi életvitelünkben a társadalmi, demográfiai jellemzők közül legszorosabban az életkorral függ össze, ezt követi a nemi különbség. Érdekes módon, ha a jövedelmet is bevesszük az elemzésbe, az iskolázottság már nem függ össze sem a vallásgyakorlással, sem a vallás egyéni fontosságával. A magasabb jövedelműek tehát szignifikánsan kevésbé vallásosak, ez inkább igaz a vallás fontosságára, mint a vallásgyakorlás módjára.

Ha az adatokat korrigáljuk az életkor, nem és jövedelem szerint, az egyházukban vallásukat gyakorlók életminősége igen szignifikánsan jobb, testileg, lelkileg és az életmód tekintetében lényegesen egészségesebbek, mint akik

47 Frankl V., 1996.

48 Neelman, J. – Persaud, R., 1995.

49 Kopp M. S. – Skrabski Á. – Szedmák S., 2000; Skrabski S. – Kopp M. S. – Kawachi I., 2003.

nem tartoznak egyházi közösséghez. Igen fontos jellemző, hogy azok, *akik számára a vallás fontos mindennapi életvezetésükben, szignifikánsan toleránsabbak, együttműködőbbek és kevésbé ellenségesek, mint akiknek a vallás nem fontos.* Ennek alapján a vallásgyakorlás nemcsak az egészségi állapottal kapcsolatos kiemelt védőfaktor, hanem az életminőség fontos összetevője is.⁵⁰

A vallásgyakorlásnak kitüntetett szerepe lehet az egészségkárosító magatartásformák, s így hosszú távon a vezető halálokokat jelentő megbetegedések megelőzésében is. 2000-ben a 11-20 éves szegedi általános és középiskolások 1242 főből álló mintáján vizsgáltuk a kockázati magatartás rizikó- és protektív faktorait, többek között a vallásosság, a vallásgyakorlás szerepét. A vallásosság mutatói nemek szerint különböztek. A fiúk 65,2%-a jellemezte magát vallásosnak (ami nagyrészt nem jelent aktív vallásgyakorlást, hanem például csupán annyit, hogy megkeresztelték), 24,9%-a szokott imádkozni és 51,1%-a eljár vallásos összejövetelekre (ebből 14,1% rendszeresen). A lányok 70,8%-a jellemezte magát vallásosként, 44% szokott imádkozni, és 63,2% jár összejövetelekre (ebből 18,4% rendszeresen). A vallásos mutatók a dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás alacsonyabb előfordulásával jártak együtt. Érdekes megemlíteni, hogy nemcsak az aktív vallásgyakorlás mutatói, hanem a vallásos önjellemzés is a drogfogyasztás ritkább előfordulásával függött össze.⁵¹

Az egészséggel összefüggő életminőség néhány jellemzője a magyar népesség körében

Andorka Rudolf már az 1980-as évek közepétől az úgynevezett anómiás lelkiállapot terjedésével magyarázta a magyar egészségi és demográfiai mutatók rosszabbodását. Az emberi magatartás torzulásai a modern társadalomban szociológiai értelemben a Durkheim által leírt anómiás, gyökértelen lelkiállapot általánossá válásából erednek. Mindez a közös erkölcsi elvek elvesztését, a társadalmi-kulturális azonosságtudat visszafejlődését jelenti, a kettő szorosan összetartozik. Hiszen a közös értékek elfogadása, összecsiszolódása minden kultúra egyik legfontosabb jellemzője. Ugyanakkor az ép személyiség legalapvetőbb jellemzője az élet során folyamatosan fejlődő azonosságtudat, amely kijelöli helyünket a világban, önértékelésünk alapjait, céljainkat és beállítódásunkat. Ha ez nem alakul ki, külső célok, az anyagi javak minden áron való megszerzése válhat az önértékelés alapjává.⁵² A mai magyar társadalom lelkiállapotának ez az egyik legsúlyosabb kórtünete.⁵³

50 Kopp M. S. – Skrabski Á., 2003.

51 Pikó B., 2003b.

52 Buda B., 1999.

53 Kopp M. S., 2000.

Az egészséggel összefüggő életminőség három dimenzióját országos reprezentatív felmérések segítségével vizsgáltuk a 16 évnél idősebb magyar népesség körében, 12 640 személy otthoni interjú formájában történt kikérdezésével.⁵⁴ A munka- és alkotóképesség csökkenését hétfokozatú, a fájdalom munkaképességet korlátozó hatását háromfokozatú skálán vizsgáltuk. Mivel az érzelmi negativitás vizsgálatára több jól validált skála áll rendelkezésre, és ezek közül számos vizsgálat szerint a Beck Depresszió Skála magas értékei állnak legszorosabb kapcsolatban a fizikális veszélyeztetettséggel, ezt a skálát, illetve ennek rövidített változatát alkalmaztuk az érzelmi negativitás vizsgálatára a következő határértékekkel:

Depresszió pontszám:

- 0–9 pont nem depressziós (0)
- 10–18 pont enyhe depressziós tünetegyüttes (1)
- 19–25 pont közepesen súlyos depressziós tünetegyüttes (2)
- (A klinikai validálás alapján a klinikai depresszió határértéke a 19 pont)
- 26 pont vagy több súlyos depressziós tünetegyüttes (3)

A három dimenzió pontértékeinek standardizálásával egyetlen életminőség-mutatót számítottunk minden megkérdezett esetében. Az életkor és az iskolázottság az egészségi állapot legfontosabb demográfiai meghatározói, ezért a három dimenzió és az életminőség-mutató értékeit az életkorral és az iskolázottsággal korrigáltuk. A depresszióskálák emelkedése alacsonyabb életkorban kezdődik, mint a másik két mutató változása, tehát míg magasabb életkorban természetesen van bizonyos romló tendencia az életminőség-dimenziók tekintetében, ez a romlás az alacsonyabb iskolázottsági csoportokban lényegesen korábban megkezdődik, a csak általános iskolát végzettek között már 40 év felett.

2002 első fél évében az általunk szervezett „Hungarostudy 2002” felmérés keretében 12 600 véletlenszerűen kiválasztott embert kerestek fel otthonukban védőnők azért, hogy az egészségi állapot lelki, társadalmi, életmód és motivációs hátterét vizsgáljuk. A felmérésben az Egészségügyi Világszervezet „Pozitív életminőség – Jólét kérdőívét” is felvettük, amely öt kérdésből állt arra vonatkozóan, hogy megkérdezett az elmúlt két hétben milyen mértékben érezte magát:

1. vidámnak és jókedvűnek,
2. nyugodtnak és ellazultnak,
3. aktívnak és élénknek,
4. ébredéskor frissnek és kipihentnek,
5. a napjai tele voltak-e számára érdekes dolgokkal.

54 Kopp M. S. – Skrabski Á. – Szedmák S., 1995; 1998; 2000.

Az öt kérdésre adott, négyfokozatú skála szerint, a válaszok alapján a 18 évnél idősebb népesség 22%-át jellemzi teljes jóllét, pozitív életminőség, minden második ember lelkileg egészségesnek mondta magát, további 23%-ot jellemez csökkent lelki jóllét, és csupán 5% minősítette úgy, hogy a fenti jellemzők egyike sem igaz saját lelkiállapotára vonatkoztatva.

Irodalom

- AACVPR Outcomes Committee (1995): Outcome measurement in cardiac and pulmonary rehabilitation. *J. Cardiopulmonary Rehab.*, 15: 394-405.
- Adler, P. S. (1975): The transition experience: An alternative view of culture shock. *J. Hum Psychol.*, 15: 13-23.
- Andorka R. (1996): *Merre tart a magyar társadalom?* Lakitelek, Antalógia Kiadó.
- Astrow, A. B. – Puchalski, Ch. M. – Sulmasy, D. P., (2001): Religion, spirituality and health care: social, ethical and practical considerations, *Am. J. Med.*, 110: 283-287.
- Bandura, A. (1997): *Self-efficacy: The exercise of control.* New York, Freeman.
- Bjorner, J. B. – Kristensen, T. S. – Orth-Gomer, K. – Tibblin, G. – Sullivan, M. – Westerholm (1996): *Self-rated Health – A useful concept in research, prevention and clinical medicine.* Swedish Council for Planning and Coordination Research.
- Bowling, A. (1996): The effects of illness on quality of life: findings from a survey of households in Great Britain. *J. Epidemiol. Comm. Health.*, 50: 149-155.
- Brummett BH, Williams Jr RB (1998) Hostility and risk for disease. *Curr Op Psychiatry* 11: 607-613.
- Buda B. (1999): Identitás és kommunikáció a posztkommunista világban. *Mentálhig. Pszichoszom.*, 1: 56-61.
- Campbell, A. – Converse, P. E. – Rogers, W. L. (1976): *The quality of American life.* New York, Russell Sage Foundation.
- Chatters, L. M. (2000): Religion and health: Public health research and practice. *Ann. Rev. Publ. Health*, 21: 335-367.
- Collier, M. J. (1998): Intercultural friendships as interpersonal alliances In: Martin, J. N.; Nakayama, T. K. (Eds.): *Readings in cultural contexts* (pp. 370-379). Mountain View, CA., Mayfield.
- Diener, E. – Suh, E. M. – Lucas, R. E. – Smith, H. L. (1999): Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychol. Bull.*, 125: 276-302.
- Elkington, J. R. (1966): Medicine and the quality of life. *Ann. Int. Med.*, 64: 711-714.
- Fabriga, H. (2002): *Culture, spirituality and psychiatry.* WPA on line <http://www.wpanet.org/sectorial/forums.html>
- Foucault, M. (1973): *The birth of clinic.* New York, Pantheon.
- Frankl V. (1996): *Az ember az értelemre irányuló kérdéssel szemben.* Budapest, Kötet Kiadó.
- Fukuyama, F. (1997): *Bizalom. A társadalmi erények és a jólét megteremtése.* Budapest, Európa.
- Geertz, L. (1973): *The interpretation of culture.* New York, Basic Books.
- Glassman, A. H. – Shapiro, P. A. (1998): Depression and the Course of Coronary Artery Disease. *Am. J. Psychiatry*, 155: 4-11.
- Gold, P. W. – Chrousos, G. P. (1998): The endocrinology of melancholic and atypical depression: relation to neurocircuitry and somatic consequences (pp. 22-34). *Proceedings of the Association of American Physicians*, 111/1.
- Hall, E. – Hall, M. (1990): *Understanding cultural differences.* Yarmouth, ME.: Intercultural Press.
- Hankiss E. (1997): *Az emberi kaland – Egy civilizációelmélet vázlata.* Budapest, Helikon.

- Hemingway, H. – Marmot, M. (1999): Evidence based Cardiology: Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies. *BMJ*, 318: 1460–1467.
- Hofstede, G. (1984): *Culture's consequences*. Beverly Hills, Sage.
- Horrobin, D. F. – Bennett, C. N. (1999): Depression and bipolar disorder: relationships to impaired fatty acid and phospholipid metabolism and to diabetes, cardiovascular disease, immunological abnormalities, cancer, ageing and osteoporosis. *Prostaglandins, Leukotrienes and Essential Fatty Acids*, 60: 217–234.
- Idler, E.L. – Benyamini, Y. (1997): Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *J. Health Soc. Behav.*, 38: 21–37.
- Kark, J. D. – Shemi, G. – Friedlander, Y. – Martin, O. – Manor, O. – Blondheim, S.H. (1996): Does religious observance promote health? Mortality in secular vs religious kibbutzim in Israel. *Am. J. Public Health*, 86(3): 341–346.
- Kopp M. – Prékopa A. – Skrabski Á. (1978): A dysthymiás és histeriás neurózis, valamint a psychopathias magatartás Eysenck-Gray-féle elméletének játékelméleti modellje. *Ideggyógyászati Szemle*, 31: 154–165.
- Kopp M. S. – Skrabski Á. – Szedmák S. (1995): Socio-economic factors, severity of depressive symptomatology, and sickness absence rate in the Hungarian population. *J. Psychosom. Res.*, 39: 1019–1029.
- Kopp M. S. – Skrabski Á. – Szedmák S. (1998): Depressive symptomatology and vital exhaustion are differentially related to behavioural risk factors for coronary artery disease. *Psychosom. Med.*, 60: 752–758.
- Kopp M. (1999): Egészségmegőrzés – mit jelent ma Magyarországon a fiatal nők „egész” sége? *Mentálhig. Pszichoszom.*, 10: 5–15.
- Kopp M. S. (interjú) (2000): Stress: The invisible Hand in Eastern Europe's Death Rates. *Science*, 288 (9 June) 1732–1733.
- Kopp M. S. – Skrabski Á. – Szedmák S. (2000): Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society. *Soc. Sci. Med.*, 51: 1350–1361.
- Kopp M. – Pikó B. (2001): A magatartás-tudományok szerepe a nemzetközi és a hazai orvostudományban: Helyzetkép és lehetőségek. *Orvosi Hetilap*, 142: 2715–2721.
- Kopp M. – Skrabski Á. (2003): Vallásosság és lelki egészség. *Távlatok*, 59(1): 8–17.
- Kopp M. – Réthelyi J. (2004): Where psychology meets physiology: chronic stress and premature mortality – the Central-Eastern European health paradox. *Brain Res. Bull.*, 62: 351–367.
- Kopp M. S. – Skrabski Á. – Réthelyi J. – Kawachi I. – Adler N. (megjelenés alatt): Self-rated health, subjective social status and middle-aged mortality in a changing society. *Beh. Med.*
- Kuyken, W. – Orley, J. (Eds.) (1995): The WHO quality of life assesment. *Soc. Sci. Med.*, 41: 1403–1409.
- Linton, R. (1936): *The study of man*. New York, Appleton-Century-Crofts
- Marmot, M.G. – Davey-Smith, G. (1989): Why are the Japanese living longer? *BMJ*, 299: 1547–1551.
- Martin, J. N. – Nakayama, T. K. (2000): *Intercultural communication in contexts*. California, London: Mayfield Publishing Company.
- Maton, K. I. – Wells, E. A. (1995): Religion as a community resource for well-being: prevention, healing and empowerment pathways. *J. Soc. Issues*, 51(2): 177–193.
- McCulloch, M. E. – Hoyt, W. T. – Larson, D. B. – Koenig, H. G. – Thoresen, C. (2000): Religious involvement and mortality: a meta-analytical review. *Health Psychol.*, 19(3): 211–222.
- Musselman, D. L. – Evans, D. L. – Nemeroff, Ch. B. (1998): The relationship of depression to cardiovascular disease. *Arch. Gen. Psychiatry*, 55: 580–592.
- Novák M. – Stauder A. – Mucsi I. (2003): Az életminőség vizsgálatának jelentősége és gyakorlati szempontjai. *Orvosi Hetilap*, 144, 21, 21–28.

- Neelman, J. – Persaud, R. (1995) Why do psychiatrists neglect religion? *Br. J. Med. Psychol.*, 68: 169–178.
- Oman, D. – Thoresen, C E. (2003): Without spirituality does critical health psychology risk fostering cultural iatrogenesis? *J. Health Psychol.*, 8(2): 223–229.
- Pikó B. (1996): Az egészségi állapot komplexitása és mérési lehetőségei. *LAM*, 6: 474–477.
- Pikó B. (1999): Teaching the mental and social aspects of medicine in Eastern Europe: Role of the WHO definition of health. *Adm. Pol. Ment. Health*, 26: 435–438.
- Pikó B. F. – Kopp M. S. (2002): Behavioral medicine in Hungary: Past, present and future. *Behav. Med.*, 28: 72–78.
- Pikó B. – Stempsey, W. E. (2002): Physicians of the future: Renaissance of polymaths? *J. Roy. Soc. Prom. Health*, 122: 233–237.
- Pikó B. (2002a): *Egészségpszichológia*. Budapest, Új Mandátum.
- Pikó B. (2002b): *Egészségtudatosság serdülőkorban*. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- Pikó B. F. (2002c): Socio-cultural stress in modern societies and the myth of anxiety. *Adm. Pol. Ment. Health*, 29: 275–280.
- Pikó B. (2003a): *Kultúra, társadalom és lélektan*. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- Pikó B. (2003b): Vallásosság és káros szenvedélyek fiatalok körében. *Addict. Hung.*, 2: 53–64.
- Putnam, R. D. (1993): *Making democracy work*. Princeton, Princeton University Press.
- Putnam, R. (2000): *Bowling alone: the collapse and revival of american community*. New York, Simon and Schuster.
- Rosser, R. (1988): A health index and output measure. In: Walker, S. R – Rosser, R. M. (Eds.): *Quality of Life: Assessment and Application*. MTP Press.
- Samovar, L. A. – Porter, R. E. (1994): *Intercultural communication. A Reader*. 7th edition. Belmont, CA.: Wadsworth Publishing Company.
- Singer, M. R. (1987): *Intercultural communication: a perceptual approach*. Englewood Cliffs, N. J. Prentice Hall.
- Skrabski, Á. – Kopp, M. S. – Kawachi, I. (2003): Social capital in a changing society: cross sectional associations with middle aged female and male mortality rates. *J. Epidemiol. Commun. Health*, 57: 114–119.
- Skrabski Á. – Kopp M. S. – Kawachi I. (2004): Social capital and collective efficacy in Hungary: Cross-sectional associations with middle-aged female and male mortality rates. *J. Epidemiol. Commun. Health*, 58: 340–345.
- Skrabski F. (2003): A történelem tanítása, mint a kultúrközi kommunikáció eszköze. Hogyan értékelik ugyanazt a történelmet a magyar és a román történelem gimnáziumi oktatásában? *Mentálhig. Pszichoszom.*, 4: 12–27.
- Stuifbergen, A. K. – Seraphine, A. – Robert, G. (2000): An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions. *Nurs. Res.*, 49: 122–129.
- Sullivan, M. (2003): The new subjective medicine: taking the patient's point of view on health care and health. *Soc. Sci. Med.*, 56: 1595–1604.
- Winthrop, R. H. (1991): *Dictionary of concepts in cultural anthropology*. New York, Greenwood Press.

Egészségkultúra a közoktatásban és nevelésben

Amikor egészségkultúrára gondolunk, akaratlanul is a korszerű higiéne, az egészséges táplálkozás, a betegségek megelőzése és gondos kezelése, az egészség valamennyi összetevőjének érvényesülése jut eszünkbe. Természetesnek vesszük, hogy a történelem során az egészség megővására egyre több eszközzel rendelkezik az emberiség. A nekünk adatott jelenben hajlamosak vagyunk az egészséget is, mint szinte mindent, gazdasági kérdésnek látni, és fejlesztését csupán gazdasági kérdésnek felfogni. Ebben a leegyszerűsítő szemléletben csak megerősít bennünket, ha távoli fejlődő országok szörnyű hiányoktól szorongatott, súlyosan beteg polgáraitól értesülünk, és a probléma vizsgálatakor inkább közgazdasági ismereteinkre hagyatkozunk, mintsem alaposan végiggondolnánk a jelenség minden összefüggését, köztük – nem utolsósorban – kulturális gyökereit. Az egész világ, Európa vagy csak a mi országunk egészségkultúrájának alapos vizsgálatához és oktatási-nevelési eszközökkel történő felemeléséhez való közelítés nem nélkülözheti azoknak az alapoknak az áttekintését, amelyek meghatározzák az emberi fejlődést, az együttélés szabályait és a jövőhöz való viszonyt.

Társadalom és kultúra

Az ember társadalmi életét, közösségben végzett munkáját meghatározza az a különleges tulajdonsága, hogy a tanulás és az ismeretek rögzítése révén, minden generáció képes beépíteni az életébe az előző generációk által felhalmozott tudást. Ezzel az ember behozhatatlanul megelőzte valamennyi, magasan szervezett idegrendszerrel rendelkező társát a teremtésben, hiszen nemcsak a tudat alatti, a törzsféjlődés által szelektált és örökített ismeretanyag áll a rendelkezésére, hanem a tudatos, összegző tanulás eredménye is. Ez a történelmi folyamatként kibontakozó és akkumulálódó társadalmi értékátadás a konkrét ismeretek átadását, a használat módját meghatározó, rendjét szabályozó keretrendszer kialakításáról és örökítéséről is gondoskodik. Mindezt leegyszerűsítve kultúrának nevezzük. A társadalom tehát a kultúra által szabályozott, közös tevékenység talaján fejlődik ki, és magán viseli szülőjének, a kultúrának a tartalmi jegyeit. A kultúra mint hit- és szokásrendszer, íratlan törvény

és életvezetési keretszabály-együttes, felügyeli a társadalmi lét valamennyi területét. Olyan normarendszer, amely az adott társadalomnak, az adott viszonyok között optimális életlehetőséget és fejlődési esélyt biztosít. A különböző történelemfelfogások ugyan más és más jelentőséget tulajdonítanak a kultúrának a társadalmak életében, de abban megegyeznek, hogy egy kultúra kiüresedése, elhalványulása együtt jár a társadalmi lét nagyfokú vagy teljes átalakulásával, gyakran a társadalmat alkotó közösségek fizikai és/vagy tudati pusztulásától kísérve. Minthogy a kultúra is generációról generációra öröklődik, kiteljesedésével a benne rejlő lehetőségek mind teljesebb kibontakozása figyelhető meg.

A kultúra állapota a társadalom egészsége

A nemzetek bizonyos rasszjegyeket leszámítva, elsősorban nyelvi és kulturális sajátásaik alapján különíthetők el, amely sajátságok – kedvező esetben – nem jelentenek kibékíthetetlen ellentétet köztük és szomszédjaik között. Életlehetőségeiket az adott kulturális kereteken belül bontakoztatják ki, amelyek azonban éppen a kultúrák találkozási pontjainál kialakult kultúráközi létformák következtében lassan, de folyamatosan változnak, konvergálnak a rájuk hatással lévő, hasonló kultúrával. A 20. század második felétől, a hasonló kulturális gyökerekkel rendelkező, európai ihletésű kultúrák gazdasági és hatalmi kiterjedése következtében a bennük máig fellelhető nemzeti sajátosságok háttérbe szorulását figyelhetjük meg. A kulturális kiterjedés, amely nem kulturális, hanem gazdasági vagy politikai expanzió révén következik be, előbb-utóbb a belső kulturális identitás megrendülésével jár együtt. A hagyományok és a hagyományos értékrendek átalakulnak, a társadalmat létrehívó értékek relativizálódnak, a társadalmat jellemző sajátosságok már nem segítik fenntartani a társadalom gazdasági és politikai hatásoktól egyébként is repedező szerkezetét. Ez a folyamat az emberiség történetében már többször is bekövetkezett, és mindig kapcsolatba hozható az adott kor legfejlettebb civilizációival és a városok fejlődésével. Annymira jellemző, és földrajzi vagy nemzeti sajátosságokat figyelembe nem vevő, kulturális állapothoz köthető jelenségről van szó, amely sokakat, köztük Oswald Spenglert¹ is, arra készítetett, hogy a világ fejlődésének általános szabályairól is ebből alkossanak képet. A kultúra fejlődésének kívülről és felülről történő, szellemtörténeti megközelítése jó átnézeti képet ad a látható makrofolyamatokról, de a konkrét beavatkozás lehetőségétől eltávolít, nem utolsósorban azért, mert az összefüggések holisztikus rendszere kulturális oldalról nem segít, de talán nem is tűr célzott beavatkozást. Annyi azonban látható, hogy a mai kor kulturális relativizmusa már nem ismer és

1 Lásd Oswald Spengler: *A nyugat alkonya* c. munkáját.

nem ismer el eredeti kultúrájához kötődő, majd az idők során ebből kifejlődött, teljes civilizációra érvényes megoldásokat.

Aki tehát a társadalom minden szempontot figyelembe vevő, fenntartható fejlődését kívánja előmozdítani, be kell érnie néhány kulturális alapközből táplálkozó civilizációs alrendszer vizsgálatával, reformjával, fejlesztésével. Mint cseppben a tenger, úgy rejt valamennyi társadalmi probléma a végső és az egész kultúrát szétfeszítő alapkonfliktust. Mégis valószínűsíthető, hogy az egyén, család, csoport, réteg vagy nemzet szintjén megjelenő és jól körülhatároltnak tűnő problémák megoldásával az egész rendszer életképességét és ellenálló képességét javítjuk, a meglévő feszültségeket csillapító új folyamatok elindítása révén pedig a rendszer további sorsát kedvezően befolyásolhatjuk.

Az egészség a nemzet állapotát jelző indikátor

Minden emberi közösség alapszükséglete a túlélés és az élet továbbadása. A társadalom ezeknek az érdekében szerveződött, és minden olyan civilizációs vívmány, amely a két alapszükségletet szembeállítja egymással, már belátható időn belül felszámolhatja a civilizációt és az azt megteremtő kultúra létét. A legmodernebb civilizáció az információáramlás felgyorsulásával kijátszotta a kultúra éberségét, és nem a két alapszükséglet ellen intézett támadást, hanem a társadalmi létforma alapegysége, a közösség és a közösség tagjai között fennálló szolidaritás ellen. Az éhség rémének eltűnésével, a gazdasági teljesítmény növekedésével, a valamikor ritkaságszámba menő és közösségteremtő kulturális javak tömegcikké válásával, a főként városi népsűrűség növekedésével a társadalom – a közösségek ezer szállal egymáshoz kötődő finom szövetének megerősödése helyett – individuumokra és tömegre esett szét. A különböző kulturális hagyománnyal rendelkező, ugyanakkor modern és gazdag civilizációkban eltérő mértékben érvényesülnek a negatívnak nevezhető szociokulturális hatások és a gazdasági mutatókkal kevésbé mérhető életminőségek. Úgy tűnik, hogy a hagyományaikhoz jobban kötődő, több archaikus elemet őrző és az erős családi morál alapján álló, egyúttal modernizálódó társadalmak gazdaságilag is sikeresebbek; polgáraik jobb életkilátásokkal rendelkeznek mint azok, amelyekből ezek hiányoznak. (Japán vagy az ázsiai kistigrisek, újabban Kína sikerei egyértelműen bizonyítják az erős kultúra és a modern gazdasági siker közötti kapcsolatot.) Ha a magyar társadalom helyzetét, különösen egészségi állapotát ebből a szempontból is vizsgáljuk, akkor az ijesztő összehasonlító adatok ellenére sem tűnik reménytelennek a harmadik évezred magyarságának felzárkózása a világ élvonalához.

Az egészség és a humángazdaság a társadalom felelőssége

Egy nemzet számára bármilyen életminőségi mutató abszolút és relatív értékben egyszerre meghatározó. Az éhség abszolút érzetét nem igen csökkenti az a tudat, hogy a szomszéd közösség is éhezik. Ugyanakkor az egyszerű és egészséges táplálék bőséges megléte esetén is hatalmas indulatokat ébreszt-het, ha a szomszéd közösség körében is mindaz rendelkezésre áll, de sokszoros választékban. Ez a különbség, az elsődleges javak esetében, jól mérhető, és a közösségek tagjaiban nagyon hamar megelégedettséget vagy kritikát kiváltó ereje van. Az életminőséget csak másodlagosan vagy látenssen meghatározó javak esetében a hatás már csak nagyon lassan, késleltetve jelenik meg, sokszor egészen más formában, mint a gondot valóban ismerő elemző várná. (Ismert, hogy a mezőgazdasági teljesítmény ugrásszerű növelése, ha járványokat kiküszöbölő korszerű egészségügyi ellátással és higiénével párosul, népességrobbanást eredményez. A népességnövekedés más feltételek változatlan-sága esetén elszegényedéshez, a városok túlnépesedéséhez, az improduktív és időskorú népesség relatív növekedéséhez, iskoláztatási problémákhoz, versenyképesség-csökkenéshez stb. vezethet. A saját kultúra talaján létrejött rendszer egy-két elemének – ha mégoly humánus okból történő – gyors megváltoztatása is, az egész rendszer fenntarthatóságát veszélyezteti.)

A magyar társadalom egészségi állapotának minősítéséhez is abszolút és relatív mutatókra van szükségünk. Abszolút számként évi egy magyar elhalá-lozása is sok lehet. Ez, a velünk hasonló fejlettségű és kultúrájú országok ilyen mutatójához hasonlítva, elképesztő rekord volna. Nehéz szabadulni a kettős mércétől, talán nem is lehet objektív skálát felállítani, mégis, a társadalmi tudat, a közvélekedés meglehetősen biztonsággal képes a saját helyzetéről véle-ményt és ítéletet alkotni, különösen hosszabb időszakra vetítve.²

Ha a kultúra általános, társadalom-fenntartó, szokás-, norma- és rítus-rendszeréből az egészséget önkényesen kiragadva vizsgáljuk is, mutatóin ke-resztül a társadalom összes jelentős problémája, feszültsége és nehézsége megjelenik. Sokan gondolják, hogy az egészségügy területén megtett vagy megtenni tervezett intézkedések, a társadalom egészségi állapotát hatéko-nyan képesek javítani, ami a polgárok életminőségének javulásával jár együtt. A jobb életminőség, a több egészség és a várható élettartam emelkedése növe-li a polgárok elégedettségét, boldogságát, ami visszahat a társadalmat fenntar-

2 Egészségtörténeti kutatások alapján úgy tűnik, hogy a járványokat és a háborúkat leszámítva, a rég letűnt korok társadalmi abszolút értékben nemigen rendelkeztek kevesebb egészséggel mint a mostaniak. A gyengébb higiénéhez erősebb immunrendszer párosult, szenvedélybeteg-ségektől és az idegrendszert megtámadó szocializációs gondoktól a szilárd, életigenlő kultúra és vallás, a közösségi szolidaritás szinte teljes védelmet nyújtott. A magas csecsemőhalandóság és a fizikai megpróbáltatások természetesen szelektálták a népességet, így biztosítva a folyamatos, de nem robbanásszerű népességnövekedést és a társadalmi terhek viselhetőségét.

tó egyéb alrendszerek javuló működésére is. A fentiek értelmében erre talán van némi esély, de ha nem szakítunk a társadalom megjavítását célzó specializációs elképzeléseinkkel, és nem fordulunk a generális gyógy módok felé, akkor úgy járhatunk, mint az a fülorvos, aki fül dugót rendelt a szövőnőnek, hogy elkerülje a halláskárosodást, miközben az üzem 20%-os bérpótlékban részesítette a halláskárosult szövőnőt.³ Látható, hogy a hatékony probléma-kezeléshez nem elegendő, ha mindenki a tőle elvárható gondossággal végzi a munkáját. Ennél több kell, a társadalmi értékrend tudatos alakítása, amely olyan gondolkodásmóddal, felelősségtudattal és attitűdökkel rendelkező polgárokat nevel, akik önként használják a védőeszközt, és önként alakítják át a termelést is olyanná, hogy ne veszélyeztesse a dolgozók egészségét. Néhány évtizede a társadalom még ösztönösen tudta, hogy egyetlen percre sem landadhat a polgárok nevelésében, jóra intésében. Járműveinken, közterületeinken sokszor találkozhattunk nevelő célzatú táblákkal. (Azelőtt a járműveken a még gyakorlatlan utast a „Kihajolni veszélyes!” felirat figyelmeztette, megtudhattuk, hogy „Kisgyermekkel utazóknak, terhes anyának, idős utastársnak adjuk át az ülőhelyet!”). Ha ezeket a természetesnek tartott normákat a családban nem lehet elsajátítani, akkor a közösségileg szervezett értékátadásnak kell a család megrendült szerepét betöltenie! (Ma már jó esetben csak végletekig leegyszerűsített jelekkel lehet találkozni, amelyek révén az idegen ajkúak is tudomást szerezhetnek a követendő normákról. Köznevelési szempontból ez annyit sem ér, mint egy életszerűtlen utasítást adó KRESZ-tábla, amelyet csak akkor vesznek figyelembe, ha a rendőr éppen előtte áll.)

A változó szerepű család és a nagyvárosi életmód rohamos térhódítása, már nem teljesen alkalmas az egészséget fenyegető új kihívásokkal való szembenézésre. A legfontosabb értékek átadásának, az elemi higiéné elsajátításának módja is egyre inkább a közösségi tanulás lesz. Bölcsődében, óvodában ismerkedik meg velük a legtöbb gyermek. Az egészséghez való viszony, az egészségkultúra egyre meghatározóbb részt képvisel a társadalom életvezetési technikájában, az egyén és a család túlélésében, egészségállapotában. Mint annyi más esetben, itt is döntően a társadalomnak kell átvennie az értékátadást, a képzés szervezését, generálását és a finanszírozását.

3 A példából látszik, hogy mindenki jót akar. Az orvos megteszi, amit lehet a betegéért, a gyár elismeri, hogy felelősséggel tartozik, ha a gépzúgástól valaki megsüketül. Az eredmény az, hogy fogya a támogatott fül dugó, mert nélküle nem engedik a munkát. A dolgozó lazán teszi be, vagy be sem teszi, hogy mielőbb hozzájusson a bérpótlékhoz. A gyárnak olcsóbb a pótlékfizetés, mint a zajcsökkentő beruházás. Ha bezár a gyár, a dolgozó rokkantan már jóval kevesebb munkahely közül választhat, gyakran leszázalékolják, és munkaképes korban segélyezettként él. A társadalmi igazságosság pragmatikus világában rokkantságát nem lehet nem a saját hibájából bekövetkezettnek minősíteni, amitől csak egy lépés a rokkant teljes magára hagyása.

Az egészségfejlesztés új útjai

Nem volt mindig definiált egészségfejlesztés. Az egészséggel való törődést még kevésbé tekintették összetársadalmi feladatnak. A modern társadalmakban a városi életmód következtében hatalmas népességkoncentrációk alakultak ki, amelyeknek nem csak járvány-egészségügyi szerepe érdemel figyelmet. Az emberi együttélés megváltozott szerkezete új, egészségügyileg is észlelhető hatásokat váltott ki. A családokban tanulható értékrend felbomlóban és leértékelődőben van, egyrészt a családok erejének, belső kohéziójának megrendülése, másrészt a családokban tanulható életvezetési technikák gyors elavulása miatt. Sokak szerint, a lehetséges megoldás – természetesen – az oktatási rendszer lehetőségeinek jobb kihasználása lenne. Nyilvánvaló, hogy a felnövekvő generációkkal, életkoruk (és nem specializációjuk) alapján fennálló, hosszantartó és szervezett társadalmi találkozás egyetlen színtere az alapfokú oktatási intézményrendszer. A sorkatonaság intézményének⁴ visszaszorulása és abból jelentős fiatal tömegek kimaradása egyre inkább eljelentékteleníti a katonaságot mint meghatározó egészségnevelési intézményt. Ugyancsak nem várható társadalmi méretekben mérhető eredmény a büntetés-végrehajtási intézményeinkben folytatott egészségre neveléstől, még akkor sem, ha abszolút értékben és a fiatal korosztályokra vetítve is, egyre több a fogva tartott. Azonban nem következhet ebből, hogy a fenti intézményekben folyó felvilágosító és nevelő munka kimaradhat az általános magyar egészségfejlesztési és nevelési rendszerből, és ne legyen szoros kapcsolatban az egészségre nevelés legfőbb színterén, az alapfokú oktatásban folyó munkával. Az átfogó egészségnevelési munka természetesen nem szorítkozhat csupán az iskolapadban elérhető gyermekekre. Legalább olyan fontos szerep hárul a társadalom fenntartásának terheit leginkább viselő aktív népesség egészségfejlesztésére is. A társadalmi kommunikáció, a szakmai felvilágosító munka hatékonysága hatalmasat fejlődött az elmúlt évtizedekben. Társadalmunk működésében ma már meghatározó szerepet játszik az információ. Olyan energiaforrást láthatunk benne, amely a történelem folyamán először, azáltal hogy használják, nem fogy el, hanem a használatától bővített mértékben áll újra rendelkezésre. A tömegkommunikáció, az úgynevezett *mass media*, a társadalmi célok érdekében történő mozgósítás kiváló eszköze.

4 Az általános életszínvonal és a lakhatási komfort növekedésével a fegyveres testületek iránti érdeklődés csökken, illetve hasonlatossá válik az egyéb pályaválasztáshoz. Egészségnevelési szempontból ma már nem számíthatjuk őket különleges lehetőségekkel rendelkező, mintaadó közösségeknek.

Két út: képzett és képzetlen világ a fejlett gazdaságban

Társadalmunk egészségének biztosítása és fejlesztése érdekében át kell gondolnunk néhány olyan jelenséget, amely nincs közvetlen kapcsolatban az egészségi ellátórendszer színvonalával és működésével, sem az egészségtől elvárt egyéb társadalmi kritériumokkal. Megfigyelhető ugyanis, hogy a fejlett társadalmakban az utóbbi évtizedekben még a népesség egyszerű reprodukciójához sem elegendő a születésszám. A természetes szaporodást felváltotta a természetes fogyás, ugyanakkor a gazdaságilag elmaradottabb viszonyok között élő társadalmak most érték el a demográfiai robbanás csúcspontját. A fogyatkozó népesség annak ellenére gondot jelent a fejlett országoknak, hogy az egészségügy magas színvonala miatt ma a várható élettartam egyre nő. Az egyre sokasodó időskorú (inaktív) népesség növekvő gazdasági és társadalmi terhet jelent, amit súlyosbít a családi kohézió gyengülése. A gazdasági növekedésen alapuló, multinacionális cégvilágban testet öltő, valójában a személytől elidegenedett világgazdaság egyre több magasan képzett, szilárd munkaerővel rendelkező munkavállalót kíván. Ilyen munkavállalók azonban éppen az erkölcsi értékátadás családi megrokkánása miatt, egyre kisebb számban állnak rendelkezésre. Ennek a munkaerő típusnak az újratermelése még csak meg sem fogalmazódott a fejlett országok közgazdasági modelljeiben, sőt, önálló, a termelés minőségét döntően befolyásoló jelentőségét az érintett gazdaságok és kormányaik el sem ismerik. A közgazdaságtanban megfogalmazódó humángazdasági igény mentálhigiénés vonatkozásai magától értetődőek. A legfejlettebb technika kezelői nagyon hosszú tanulási idő után kerülnek munkahelyükre, és ott viszonylag rövid idő alatt kell kitermelniük a hosszú képzés költségeit. Aktív életszakaszuk azonban, noha növekedett, nem nőtt meg ennek megfelelően, tehát a munkavállalók a gazdasági kényszer hatására a reprodukciós ciklus rovására rendezik be életüket. Mint-hogy ez egzisztenciális feszültségekkel, stresszel teli életmódot is jelent, az egészségügyi kockázatot beépített, rendszerspecifikus elemnek kell tekintelnünk. Akárcsak azokat a csillapító technikákat, amelyek ugyancsak egészségkárosodáshoz vezetnek, mint az élvezeti cikkek fokozott fogyasztása, esetleg stimulánsok élvezete.

A legfejlettebb technikát képzettségi fogyatékok miatt uralni képtelen rétegek jövedelemszerzési kilátásai egyre romlanak. A társadalmi siker mintái teljesen körülveszik őket, miközben egyre alkalmatlanabbnak érzik magukat a felzárkózásra és annak a sikernek az elérésére, amelyet a közvélekedés sikernek gondol. Túlélési erőfeszítéseik ellenére növekszik lemaradásuk, amelyek megerősítik őket abban, hogy családalapításra és működtetésre képtelenek. Ebben a hitükben a média ugyancsak megerősíti őket, amikor az önmegvalósítás fontosságával, a magányos életforma dicséretével lebontja bennük a tradícióknak megfelelni nem tudás okozta rossz közérzetet. Helyzetük fenntartásá-

ban növekvő szerepet kapnak az elviselést segítő média sugallta életmódpéldák, élvezeti cikkek, különösen a dohányzás és az alkohol. A végképp sikertelen, jövedelemszerzésre szinte gondolni sem tudó társadalmi csoportok esetében csak kevéssé észlelhető a relatív gyermekszám-csökkenés, de az ott született gyermekek a rájuk váró versenyben halmozottan hátrányos helyzetből indulnak, amelyen még hatékony állami szerepvállalás sem tud gyorsan változtatni. A fő ok valószínűleg a modern társadalmak végtelenen egyszerű állampolgár-fogalmában keresendő, amely szerint az állampolgár egyenlő a fogyasztóval. A fogyasztói tudatforma végső soron ellentmondásban áll a társadalom fenntartásáért és újratermeléséért felelős, közösségi és családi tudatformával, háttérbe szorítja a nemzettudatot, és nem tud mit kezdeni a kulturális sajátságokkal, hagyományokkal. Ez, a tapasztalatok szerint, melegegyütt képezi az úgynevezett civilizációs betegségeknek is.

Az egészségnevelés össztársadalmi feladat

Az egészségre nevelés fontosságát jóllehet nem a gazdasági igény fogalmazta meg, de a gazdasági szükséglet oldaláról történő közelítés nélkül nem látszik biztosíthatónak az az anyagi eszközrendszer, amely képes lehet az *egészség* megőrzésére és fejlesztésére. Ha a közgazdaságtan nem talál vissza az emberi minőség gazdasági értékének definiálásához és termelési költségként történő elismertetéséhez, akkor a világ valamennyi egészségügyi rendszere és nép-egészségügyi programja bele fog zuhanni az orvosilag lehetséges és a gazdaságilag megengedhető között tátongó szakadékba. (A gazdaság, úgy tűnik, körberohan a Földön és felfalja a humán erőforrást. Lassan végez Európával és Észak-Amerikával, most Ázsia van soron. Ott még a hagyományos értékrend és a tradicionális kultúra nagy mennyiségben ontja azt a sikerorientált, fegyelmezett és tanulni-dolgozni képes munkaerőt, amely a posztfordista világban már csak kisebb mennyiségben és aránytalanul drágán áll rendelkezésre.)

A társadalom egészségi állapotának javítása, fejlesztése a fentiek figyelembevételével tehát csakis abból indulhat ki, ha a mostani állapot *valódi* kiváltó okait lelkiismeretesen feltárja, és valamennyi hatásterületen kedvező folyamatokat képes elindítani. A közoktatás és a köznevelés a modern társadalmak olyan integrált eszköze, amellyel a tudat és szokásrendszer átalakításának munkáját sikeresen végezhetik. Nagy nehézséget okoz azonban, ha a társadalom által működtetett hatásmechanizmusok egymással ellentétesek, vagy az egyéni érdekre olyan nyomás nehezedik, amely azt a társadalmi célokkal képes szembeállítani. Jó példa erre a dohányzásellenes kampány, amelynek hatását nagyban rontja, ha a célcsoport nem képes kikerülni a dohányreklámok gyűréjéből. Ezen a területen a magyar törvényi szabályzás óriási ered-

ményt ért el! Sajnos nem mondható el ugyanez például az alkohollal kapcsolatban.)

Rendkívül fontos, hogy az egészségfejlesztés valóban elismert és törvény által támogatott társadalmi cél legyen! A köznevelés, a közoktatás és a jogszabályi segítség együttesen is csak akkor lehetnek hatékonyak, ha a cél áthatja a társadalom gazdasági és politikai működőképességéért felelős szervezetek minden lépését. Elképzelhetetlen, hogy komoly eredményt érjen el a közoktatás és a köznevelés az egészségkultúra fejlesztésében, ha a társadalmi értékrend és normakészlet alakításáért felelős valamennyi szervezet nem ad ehhez a célhoz általános támogatást. Hatalmas szerepet játszik ebben az audiovizuális média és minden életmódot és divatot generáló tényező. A legfontosabb azonban, hogy a törvényhozás és a társadalmat vezető politikai szándék egybevágoan és minden területen éreztesse elkötelezettségét az egészségkultúra fejlesztésére! Ennek a szándéknak ki kell terjednie a családi szocializáció megerősítésére, vagyis a családban nevelkedés feltételeinek javítására, tekintélyének emelésére. Ennek a szellemnek kell érvényesülnie az alap- és középfokú közoktatásban, a támogatások és kedvezmények rendszerében, a felelősség- és egészségbiztosítási rendszerben, a lakáspolitikában, a sportpolitikában, az igazságszolgáltatásban, a munkavédelemben stb.

A megelőzés társadalmi alapjai

Egészségpolitikai közhely, hogy könnyebb és főleg olcsóbb a betegség kialakulását megakadályozni, mint a beteget meggyógyítani. A betegség kialakulásának megelőzése, a prevenció az életmód megfelelő alakításával és a betegségek még korai életszakaszban történő felismerésével az egészségügyi mutatók javulását éri el, ez pedig társadalmi egészségnyereséget jelent. Ennek ismeretében csodálkozunk, hogy a magyar társadalom egészségének romlását mutató statisztikák – noha sokkolóak – nem váltottak még ki az egész társadalmat átfogó stratégiai választ. A betegségmegelőző életmód, az orvosi értelemben vett prevenció társadalmi kiterjesztése és életben tartása különleges feladatot ró a köznevelés és a közoktatás intézményrendszerére. Hazánkban a kötelező iskoláztatás kiváló lehetőséget teremt, hogy az egészséges életmód tudati hátterét kialakíthassuk a rendszerben egymás után megjelenő generációk számára. Látható tehát, hogy a közoktatás a prevenció egyik legfontosabb eszköze.

A feladat pedagógiai megközelítésekor abból célszerű kiindulni, hogy a diákok egészségről alkotott fogalmai nem alkotnak komplex rendszert, hanem önálló blokkok szerint rendeződnek. A sportot, a testmozgást külön egységként érzékelik, és nem kapcsolják össze sem a táplálkozással, sem az élvezeti cikkek fogyasztásával, de még a mentálhigiéné által megkövetelt napi rutinnal

sem. Egy-egy káros szokásról vagy szenvedélyről való eredményes „lenevelés” még nem okoz feltétlenül általános egészségnyereséget, ezért az oktatás során a teljes életmód egészséges alakítására kell törekednünk. Az életmódformálás csak akkor lehet hatékony, ha az elkülöníthető részeket a tanuló környezetének tükrében vizsgálja, és integrált általános hatásra törekszik. Magyarán, a szaktárgyakhoz kapcsolódó, illetve azokhoz kapcsolható ismeretanyag átadása mellett figyelniünk kell, hogy a tanulók környezete segíti-e, vagy éppen nehezíti munkánkat. Meghatározó szerepe van a környezetnek, elsősorban a családnak és a kortárs csoportnak, amiben a tanuló mozog. A stabil és az iskolával együttműködő családi háttér gyakorlatilag biztos eredményt ígér, míg annak hiánya fokozott pedagógiai munkát, az egyéb környezet átfogóbb megismerését és bevonását igényli. A kérdés végső soron a szocializáció színtereinek egyénre szabott alapos elemzését igényli, ahol a helyes alapelvek és a megfelelő szakmai lépések döntően feltételezik a pedagógus alkalmas személyiségét, egyéni odaadását és szakértelmét.

Az iskola lehetőségei

A mai iskolában, az általános képzés keretében nem tudunk az egészségnevelésre, egészségfejlesztésre külön tantárgyi keretet biztosítani. Ennek következtében az egészséghez való objektív viszony kialakítása több nehézségbe is ütközik. Az objektíven megítélhető egészségállapotot tükröző paramétereken kívül nagyon nagy szerepet kap az iskoláskorú népesség tekintetében az egészségéről alkotott saját véleménye. A külső meghatározás mellett döntő, hogy hogyan viszonyul a fiatal a saját egészségi állapotához! Hazánkban számtalan olyan iskolai program ismeretes, amely jól kidolgozott módszertannal rendelkezik, és már több fejlett ország alkalmazza. Mégis, az a véleményünk, hogy a magyar viszonyokhoz történő adaptációjuk nem tökéletes, vagy egyáltalán nem történt meg. Nem szabad szem elől tévesztenünk a legfőbb társadalmi célt, hogy egy romló folyamat megállításán kell munkálkodnunk. Olyan országban kell eredményt elérnünk a várható élettartam meghosszabbításában és az egészségben töltött életevek növelésében, ahol nincsenek stabil mentálhigiénés alapok, ahol a fennálló törvények nem nyújtanak ehhez maradéktalanul segítséget. Az egészségkultúra számonkérése tehát a közoktatásban és a köznevelésben, önmagában nem lehetséges. Mint annyi más társadalmi problémát, az egészségkultúrát sem lehet pusztán nevelési és oktatási feladatnak tekinteni, amit – ha már a család nem képes elvégezni – a fiatal nemzedék képzését végző társadalmi intézményrendszer nyakába kell varrni.

Ezzel kapcsolatban lényegi kérdéseket feszeget Meleg Csilla a Pedagógiai Szemlében. *Életminőség: egészségmegőrzés és egészségfejlesztés – Egy lehetséges iskolai modell* című tanulmányában az egészségfejlesztést iskolai szer-

vezetfejlesztéshez kapcsolva látja biztosíthatónak. Az általa bemutatott és lehetséges szervezetfejlesztés igen helyesen tárja fel az iskola lehetőségeit, sőt Pécs város egészségtervének mintául állításával bemutatja egy egészségtervben megfogalmazott iskolai program alapelveit. Ezek a következők:

a) A NAT szellemének megfelelő, az egész iskolát átható egészségnevelés szervezetfejlesztéssel érhető el.

b) A szervezetfejlesztésben prioritást élvez a lelki egészségvédelem, a mentálhigiéné, amelynek tartalma az egyéni és közösségi kapcsolatok erősebbé, fejlettebbé, magasabb szervezetségűvé alakítása.

c) Az egészségneveléssel összefüggő konkrét feladatok (káros szenvedélyek leküzdése, a helytelen életmód megváltoztatása, illetőleg pozitív és negatív életvezetési ismeretek és tevékenységek) a b) pontban megfogalmazottakkal összefüggésrendszerben mint okozatok, mint látható tevékenységek értelmeződnek.

A meghatározásból is látszik, hogy az iskola milyen nehéz, és talán lehetetlen helyzetben igyekszik helyt állni. Egy alapvetően liberális nevelési felfogás helyesen kiterjesztett értelmezésével állunk szemben. A társadalmi elvárások teljesítését az iskolai kapcsolatrendszer formálásában igyekszik kielégíteni, ahol az „egészségnevelés elsődleges célcsoportja a tantestület mint szervezeti egység”, és „a tanulók mint célcsoport a szemléletmódból adódó tantárgyi lehetőségek kidolgozásán keresztül válnak a program aktív résztvevőivé”. A tantestület kohéziójának növelése, a cél érdekében történő jobb feladatcsoportosítás és a szülőkkel való intenzívebb kapcsolattartás hozhat bizonyos eredményeket. Nem várhatjuk azonban, hogy a képzésen és az ismeretanyag átadásán túl társadalmilag is mérhető javulást generálhat a fiatal korosztályok egészségállapotában pusztán az iskolai rendszer. Véleményünk szerint a rendkívül gyorsan változó társadalmi struktúra, a létfenntartás fizikai és mentális követelményrendszerének a technikai-technológiai fejlődéshez való igazodása egyfelől maga is kialakítja az értelmileg igazodni képes fiatalokban az egészséggel kapcsolatban támasztott elvárásrendszer érvényesülését, másfelől azonban növeli az egészség fenyegetettségét a leszakadó csoportokban. Az iskola ideálteremtő képességét az audiovizuális kultúra és a reklámok jelentősen befolyásolják, miközben ez utóbbiakra – gyakorlatilag – sem az iskolának, sem az oktatási tárcának nincs hatása. Csak olyan iskolai modell lehet eredményes, amelynek központi eleme a családdal való kapcsolattartás, illetve a család szerepének a középpontba helyezése. Ez ma Magyarországon nem egyszerű feladat, mert egyre több gyermek születik és él csonka családban, egyre többen vannak azok is, akiknek semmilyen pozitív családelményük nem volt. Az egyéni sikerek mérése tehát jelentős számú fiatal esetében nem a családban történik, hanem a kortárs csoportok világában, a televízió, a szórakozóhelyek, a zenei divatok és a reklámok által közvetített értékrend alapján. Szélmalomharcnak tűnik az iskolai értékátadás hatékonyságának növelése,

miközben a társadalom felemás módon viszonyul tagjainak egészségvédelméhez. Az egészségtelen életmódot, annak kellékeit, és a súlyos betegségek kialakulásához vezető élvezeti cikkeket a gyártó cégek alig korlátozottan reklámozhatják, az egészségfejlesztés és az egészségvédelem pedig szinte szövetségesek nélkül, csak a szükségletektől örökre elmaradó költségvetési forrásokra támaszkodhat. Azzal sem számol az iskolai programok zöme, hogy az élvezeti cikkek fogyasztása és a kábítószer probléma előretörése tulajdonképpen súlyos társadalmi hiánybetegség következménye. Szeretet-, életminta-, jövőkép-, teljesítményelv-, biztonságihiány stb. okozta belső űr kitöltésének lehetséges módját és eszközeit keresik a fiatalok az őket előbb-utóbb megbetegítő pótszerekben.

Társadalmi összefogást!

Az egészségkultúra növeléséhez alapvető társadalmiérték-átcsoportosításra, egyfajta sajátos paradigmaváltásra volna szükség. A Worldwatch Institute minden évben kiadja jelentését a világ helyzetéről. A *Világ Helyzete 2002* című kötet, amely Kofi Annan, az ENSZ főtitkárának előszavával jelent meg, riasztó képet fest a világ helyzetéről, benne különösen azokról a környezeti ártalmakról, amelyek közvetlenül fenyegetik 6,2 milliárd földlakó egészségét, életét. Miközben az elmúlt évtizedben a fertőzőes megbetegedésekből következő halálesetek a legfontosabb betegségcsoportokban, a maláriát kivéve, csökkentek, a HIV/AIDS betegségben elhunytak száma közel megtízszereződött. (1990-ben 0,31 millió, míg 2000-ben már 2,94 millió halálos áldozatot követelt az AIDS.) Itt is látható tehát, hogy az általános és nem túlzottan költséges felvilágosító munka, illetve a fejlődő országok körülményei között is biztosítható gyógyszerellátás képes esetenként jelentős csökkenést is elérni a megbetegedettek számában, de az életmóddal és a kultúrával együtt járó szokásrendszer megváltoztatására még a tudatosított életveszély sem képes azonnal. Itt a sikerhez a társadalom teljes befolyásoló erejét igénybe kell (kellene) venni. A magyarországi megbetegedések jelentős részéről biztonsággal kimondható, hogy ún. civilizációs betegségek – cukorbetegség, daganatos megbetegedések, szív- és érrendszeri betegségek, stroke, májzsugor, allergikus és reumatikus betegségek. Ezek kifejlődéséért nagyrészt az életmód a felelős. A lakosság megbetegedésének oka a környezet egészségtelen állapota és az egyén által választott életvitel. Ahogyan világviszonylatban is a fő szennyező források felszámolásával kell kezdeni egy régió egészségesebbé tételét, a magyar társadalom sem nélkülözheti azt a társadalmi gondoskodást, amely egyedül teremtheti meg az egészségesebb környezetet. Csak társadalmi összefogás segíthet a parlagfű visszaszorításával a lakosság jelentős részét kínzó allergiás panaszokat csökkenteni, a légköri szennyezők kibocsátási értékein

javítani, az élelmiszer-biztonságot fokozni, a káros élvezeti cikkek reklámját csökkenteni stb. Minthogy ezt csakis a társadalmi összefogástól várhatjuk, a társadalom döntéshozóinak felkészültségétől függnek a meghozandó döntések. A fiataloknak a szükséges ismereteket tehát idejében, még az iskolapadban el kell sajátítaniuk, hogy döntési pozícióba kerülve rendíthetetlenek legyenek az ellenérdekelt ipart és kereskedelmet szolgáló érvekkel szemben. A kétfrontos, mintegy átkaroló hadművelet a lakosság egészségéért már középtávon jelentős sikerrel kecsegtet. A rendszerváltást követően részletesen felmérték a szükséges teendőket, és elkészült egy átfogónak tekinthető egészségvédelmi program, amely éppen a társadalmi összefogásban látta a siker lehetőségét. Ezt, a Kertai-program néven ismert tervet 2001-től egységes rendszerbe foglalta a kormány Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program néven. Ennek szakaszolt megvalósítására létrehozott egy programirodát, és elkészítette azt a cselekvési programot, amit a 19. századi magyar közegészségügy kiváló alakjáról, Fodor Józsefről nevezett el. A társadalmi összefogás kirajzolódni látszik, a program kisebb változtatásokkal tovább folyik. Sikerét alapvetően az fogja meghatározni, hogy mekkora energia jut majd a közgondolkodás folyamatos befolyásolására az egészséges életmód érdekében, milyen eredményes lesz az egészségügyi kormányzat az egészségre legártalmasabb gazdasági tevékenységek visszaszorításában, és mennyire lesz képes az egészségközpontú oktatás és nevelés intézményi feltételeinek megteremtésében.

Végül nem szabad figyelmen kívül hagynunk azt a tényt sem, hogy az egészség, az egészségesség érzete kapcsolatban van azzal, hogy az egyén és a közösség mennyire érzi magát sikeresnek, boldognak, milyen kilátásai vannak a saját jövőjével kapcsolatban. Magyarország számára a 20. század szinte kizárólag kudarcot hozott. Vesztes háborúval kezdődött, a történelmi ország szétdarabolásával folytatódott, ahol a hagyományos közösségek is elszakadtak egymástól. A második világháborúval újra megbicsaklottak a magyar történelmi tudatból táplálkozó önépítési vágyak. A háború alatti és az azt követő ideológiai indíttatású és törvénytelen tömeges atrocitások a lakosság szolidaritását teljesen szétzilálták. Az idegen megszállás évtizedeiben született és megerősödött diktatúra nem segített a nemzeti önbecsülés helyreállításában, inkább a kettős nevelés és az intézményesült látszat világával segítette a félelem konzerválását és a csoportos és egyéni önbizalom felszámolását. A forradalmi nekibuzdulás utáni megtorlás generációk számára erősítette meg a közösségi tehetetlenség tudatát, és terelte az egész társadalmat az egyéni túlélési és boldogulási technikák felé. Ehhez járult, mintegy súlyosbító tényezőként, hogy az ország összes intézménye – olykor többször is – megváltozott az évszázad során. Nem bízhattunk sem az államforma, sem a határok, sem a pénz, sem a tulajdonviszonyok, sem a jog, sem az egyházak, sem a társadalmi szervezetek állandóságában. Nem véletlen, hogy a rendkívüli energiát igénylő

túlélési és alkalmazkodási kényszer talaján alakult ki Európa talán egyik legrosszabb egészségi állapotú népessége. Legalábbis a mutatók erre engednek következtetni. Egymillió alkoholista, világelsőként számon tartott öngyilkossági adatok, szédítően nagyszámú dohányos és szinte valamennyi rizikófaktor tekintetében dobogós hely jellemzi a magyar lakosság „egészségállapotát”. Nem gondolom, hogy helyes volna az egészségügyi problémákért csakis a nehéz történelmi örökséget okolni, de esetleges hatását sem célszerű lebecsülni. A rendszerváltás megteremtette a lehetőséget, hogy az elfojtások százada után egy nyíltabb és őszintébb világot rendezzünk be. Ez nagyon lassan megy, de ha az egészségkultúra növelésében érdekelt kormányok nem látják az összefüggést az emelkedő nemzet érzése által kiváltott pozitív hatások és a javuló egészségállapot között, akkor egy olyan lélektani motort mulasztanak el beindítani, amely sokat segíthet benne, hogy a magyarság gyorsabban haladjon egy egészségesebb, boldogabb és nagyobb várható élettartamú nemzet irányába.

Mozgás és egészség

A rendszeres testmozgás és a sporttevékenység szerepe, jellege sajátosan változik attól függően, hogy milyen az adott társadalom értékrendszere.

Magyarország népegészségügyi adatai évtizedek óta rendkívül kedvezőtlenek, és jelentősen elmaradnak attól, amit társadalmi és gazdasági fejlettségünk szintje lehetővé tenne. Még annak ellenére is állítható ez a szomorú tény, hogy az utóbbi néhány évben halvány javulás észlelhető. Hazánkban a 2001. évi születéskor várható élettartam 72,3 év (a férfiaknál 68, a nőknél 77 év) volt, s ezzel jócskán lemaradunk az Európai Unió korábbi tagországainak mindegyikétől. Megdöbbentő adat: a százezer lakosra jutó rákbetegség miatt bekövetkezett halálozásban viláagsők vagyunk. A hazai népesség egészségügyi helyzetéről szóló statisztikák sorában mégis, talán a legtragikusabb a 40-50 éves korú férfiaké, akik közül aggasztóan sokan távoznak szívinfarktus, szélütés vagy rákbetegség következtében az élők sorából – feláldozva ezzel nemcsak a saját életüket, de az esetek többségében családjuk, gyermekeik jövőjét is.

Vajon mi lehet az oka a magyar lakosság elszomorító egészségügyi mutatóinak? Talán az egészségügyi ellátás hibája, a legmodernebb, hatékony gyógyszerek hiánya, környezeti tényezők, esetleg társadalmi-gazdasági okok? Meglehet, a felsoroltak közül néhány közrejátszhat testi-lelki esendőségünk alakulásában, ám a legfőbb okok bennünk, emberekben keresendők. A többség táplálkozása egészségtelen, legalább kétmillióan fogyasztanak rendszeresen (és általában nagyobb mennyiségben) alkoholt, hárommillió a dohányosok tábora, a városi fiatalok közül minden ötödik kipróbált már valamilyen kábítószer. Mindezen káros, egészségromboló cselekedetek tetézéséül nagyon keveset (többségében szinte semmit sem) mozgunk. Pedig a rendszeres testmozgás, a sport amellet, hogy lehetőséget ad egészségünk hosszú időre történő megőrzésére, még a felsorolt, önmagunknak okozott károk hatását is csökkenti valamelyest. Egy-másfél óra aktív testmozgás a levegőn – ha nem is teljes mértékben – ellensúlyozni képes életmódbeli „bűneinket”. Természetesen, egyetlen, mozgással töltött vasárnapi óra nem egyenlítheti ki a hét többi napjának autóban, íróasztal mellett töltött inaktív óráit. A sikeres egészségmegőrzéshez több kell! Napi rendszerességgel végzett, valamely aktív mozgás, netán sporttevékenység. Igaz, sokan idő vagy pénzhiányra hivatkoznak, s ezzel hessegetik el maguktól a sportnak még a gondolatát is, ám ha jobban magukba néznek, leg-

alább önmaguknak bevallhatják: a háttérben az esetek túlnyomó részében a kényelem, a rossz beidegződés, a nemtörődomség áll.

Az emberek azt gondolják: a betegség csak a szomszédot, a barátot, a rokont érheti utol. A többség – bár ugyanúgy él, mint említett betegeskedő, esetleg hirtelen elhalálozott ismerősei – valami megmagyarázhatatlan optimizmus folytán azt képzei magáról, hogy sebezhetetlen, és a baj messze elkerüli. Pedig a rideg statisztikai tények egészen mást mutatnak. Nem élhetünk vissza a születésünkkor kapott óriási kincssel, az egészségünkkel! Nem rombolhatjuk szándékosan testi (sőt általa lelki) épységünket. Tennünk kell azért, hogy megérjük az időskort, lássuk gyermekeink, unokáink felcseperedését, örömünket leljük nyugdíjas éveinkben. Ha a mérleg egyik serpenyőjébe a tespedést, az önpusztító életmódot, a másikba a testileg, szellemileg aktív időskor örömeit helyezzük, nem lehet kétséges, hogy a többség számára melyik a választandó út. Persze vannak, akik arra hivatkoznak, nincs pénzük a drága sportfelszerelésre, az edzőtermek óradíjának, uszodák belépőinek kifizetésére. Meglehet, igazuk van. Részben. Azon viszont érdemes elgondolkodniuk, hogy a lakótelep esti körbefutása, a hét végi gyalogos kirándulás, a munkahelyen lift helyett a lépcső használata, reggel-este néhány buszmegállónyi séta egyetlen fillérbe sem kerül. Mégis jótékonyan megmozgatja izmaikat, felpezsdíti vérkeringésüket, segít a felesleges kilók lefaragásában. De lássuk, a valóságban milyen is az a kép, amely mostanában a hazai lakosság egészségi állapotára jellemző.

Mozgunk-e eleget?

A Központi Statisztikai Hivatal reprezentatív felmérése szerint Magyarország 15–64 éves lakosságából 1984-ben a férfiak 19%-a, a nők 13%-a végzett rendszeres testedzést. Ezek az arányok a tíz évvel későbbi felmérés szerint lényegében nem változtak: a férfiak 21%-a, a nők 13,5%-a bizonyult fizikailag aktívnek. Mindkét vizsgálat szomorú eredménye, hogy szinte kizárólag a fiatalabb korosztályokra jellemző a rendszeres testedzés, míg 45 éves kor fölött (holott, ők talán a legveszélyeztetettebbek!) ez az arány a 10%-ot sem éri el.

A magyar lakosság fizikai aktivitásának hiányát a rendszeresen sportolók arányára vonatkozó felmérések bizonyítják. A felnőttek fizikai aktivitásra fordított ideje naponta 8–14 perc. A legkisebb arányban az aktív keresők mozognak. Ezek az arányok az életkor növekedésével drasztikusan romlanak. A „tudatos mozgás”, sportolás igénye sajnos még nem terjedt el a lakosság körében. A népesség jelentős részénél hiányzik a mindennapi élet problémáival való megbirkózás képessége, széles körben elterjedtek a lelki egészség zavarai.

Magyarországon a fiatalok mozognak a legrendszeresebben és a legtöbbet, így is ennek mértéke sokkal kisebb, mint amennyi az Egészségügyi Világszerve-

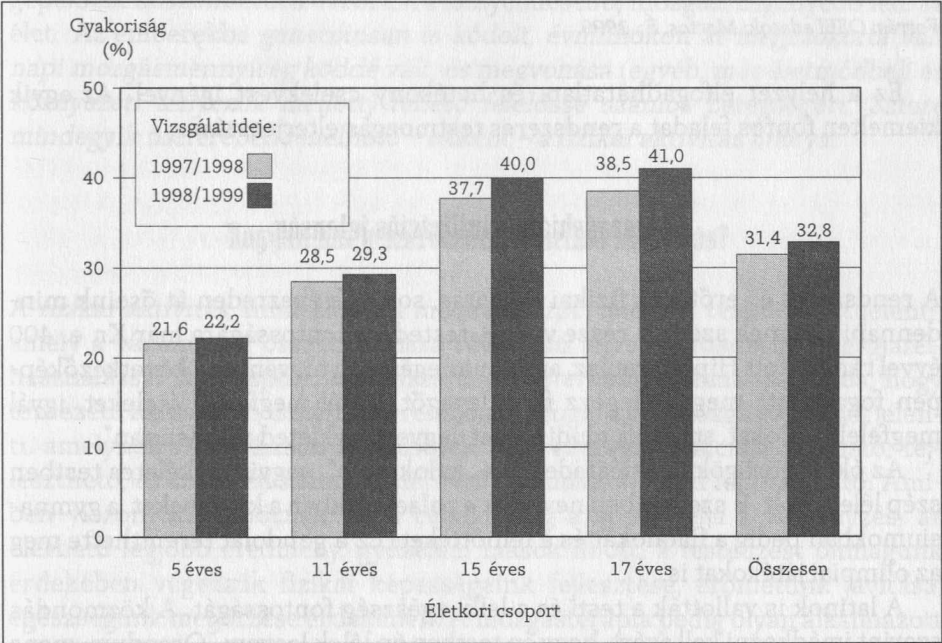
vezet ajánlásában áll, illetve mint amennyit más, fejlettebb gazdaságú európai országokban élő kortársaik mozognak. Az iskolai diáksportban a tanulók 20%-a végez rendszeres testmozgást. A hétköznapiakon a 14 évesek, illetve az annál idősebbek 43%-a folytat valamilyen fizikai aktivitást (séta vagy sport). Napi testmozgásuk egyre csökken. A szabadidő eltöltésére vonatkozó hazai adatok elemzésekor kiderül, hogy a televíziónézésre fordított idő ugyanakkor exponenciálisan növekszik, napi átlagban 3-3,5 óra. Egy amerikai vizsgálat megállapítása szerint minden tévénézésre fordított órával 2%-kal nő az elhízás valószínűsége gyermekeknél és serdülőknél.

Ennek megfelelően az elhízás és a mozgásszervi megbetegedések előfordulási gyakorisága a különböző korcsoportokban, sajnos növekvő tendenciát mutat (1-2. ábra). Rengeteg gyermek és fiatal küzd ma olyan krónikus egészségügyi, illetve szociális problémával, amely a mozgásszegény életmód egyenes következménye.

Az adatok világosan bizonyítják: *a lakosság rossz egészségi állapotának egyik legfőbb oka a testi edzettség hiánya.*

1. ábra

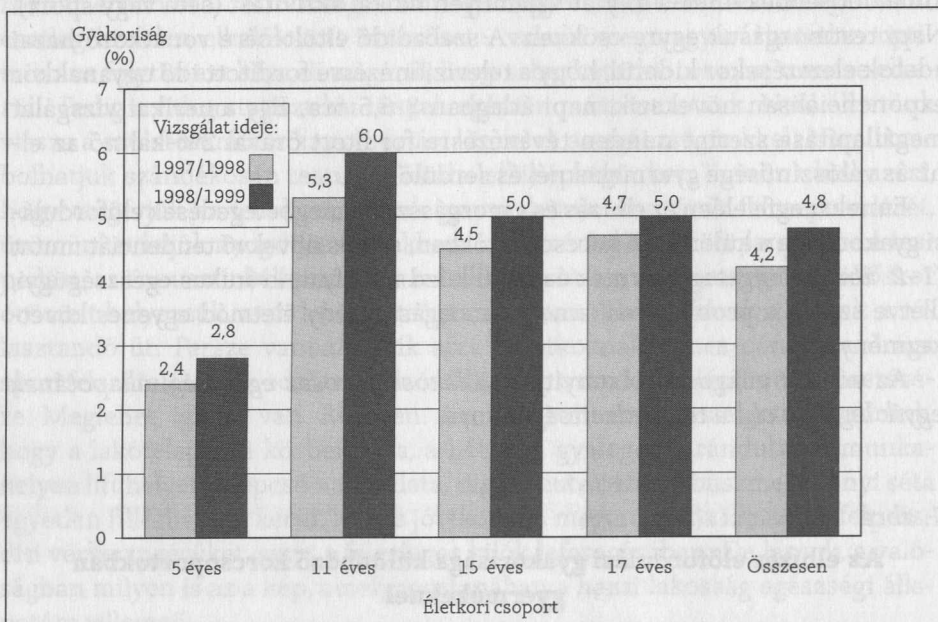
Az elhízás előfordulási gyakorisága különböző korcsoportokban gyermekeknél



Forrás: OSEI adatok; Martos, É., 1999.

2. ábra

Mozgásszervi megbetegedések előfordulási gyakorisága különböző korcsoportokban gyermekeknél



Forrás: OSEI adatok; Martos, É., 1999

Ez a helyzet elfogadhatatlan, és hatékony cselekvést igényel. Az egyik kiemelten fontos feladat a rendszeres testmozgás elterjesztése.

A mozgáshiány civilizációs jelenség

A rendszeres és erőteljes fizikai aktivitás, sok-sok évezreden át őseink mindennapi életének szerves része volt. A testedzés fontosságára már Kr. e. 400 évvel rámutatott Hippokratész, amikor az egészség törvényét a következőképpen fogalmazta meg: „lélegezz friss levegőt, egyél megfelelő ételeket, igyál megfelelő italokat, sportolj, aludj eleget, legyen széketed mindennap”.

Az ókori görögök nevelési ideálja a „kalokathia”, vagyis „tökéletes testben szép lélek” volt. E szellemben nevelték a palaestrákban a kisebbeket, a gymnasiumokban pedig a fiatalokat és a felnőtteket. Ez a gondolat teremthette meg az olimpiai játékokat is.

A latinok is vallották a testi és a lelki egészség fontosságát. A közmondás szerint imádkozni kell azért, hogy ép testben ép lélek legyen: „Orendum, mens sana in corpore sano.”

Az imádkozáson túl azonban testünk és lelkünk egészségéért rendszeres mozgásra van szükség, hiszen az ember – mint biológiai lény – elsődlegesen arra teremtett, hogy helyet változtasson, hogy testének izmait működtesse. Ismeretes ugyanis, hogy már egy-két hetes inaktivitás is atrofíát okoz a mozgásszervek állományában.

A ma emberének tehát nemcsak a csodálatos ókori szobrászat, építészet, irodalom szolgálhat példaként, hanem az ókori olimpiák és a testi nevelés fontossága is.

A második világháborút követő időszakra érdekes kettősség jellemző. Egyrészt kialakult a két világrendszer, amelyek között a hidegháború éveiben kemény küzdelem folyt a sportpályákon is. Az élsportban elért eredmények az adott államforma presztízst növelték. Ezzel (is) demonstrálni kívánták mindkét részről, az illető társadalmi berendezkedés fölényét. Ádáz, szinte vérre menő küzdelem folyt például az olimpiák aranyérmeiért, pontjaiért. A sportolók tudományos edzésterveiben megjelentek a legújabb élettani kutatások eredményei. A két társadalmi rendszer közötti, mindinkább élesedő küzdelem igen intenzív, kemény edzést követelt a versenysportolóktól, ami messze túl lépte már az egészség megőrzéséhez szükséges fizikai terhelés mértékét, így óhatatlanul egyre elterjedtebb lett a doppingolás. A sportolókkal szemben támasztott egyre nagyobb követelményekkel ellentétes tendenciák lettek úrrá a civil társadalmon. A technika fejlődésének, az egyre újabb és praktikusabb gépeknek köszönhetően évről évre kényelmesebb, mozgásszegényebb lett az élet. Az emberekbe *genetikusan is kódolt, évmilliókon át megszokottá vált napi mozgásmennyiség köddé vált, és megvonása (egyéb, más életmódbeli és környezeti tényezők mellett) tehető felelőssé számos betegségért. Szinte mindegyik háttérében fellelhető – okként – a fizikai aktivitás hiánya.*

Hogyan hat a szervezetre a fizikai aktivitás?

A *fizikai aktivitás*, mint élettani meghatározás, magát a testmozgást jelenti, amely a vázizomzat összehúzódása révén jön létre, és fokozódó energiafelhasználással jár. A *sport, testedzés, mozgásterápia* fogalmában közös, hogy tervezett, szervezett, ismétlődő, rendszerbe foglalt testmozgás végzését jelenti, amelynek révén fizikai képességek vagy szervek funkciója javítható, fejleszthető, és az egyén számára elérhető optimális szinten fenntartható. Amiben viszont különböznek: az a céljuk. Míg a sport célja a versenyzés, az elérhető legjobb eredmény, győzelem mások fölött, a testedzést önmagunk érdekében végezzük fizikai képességeink fejlesztése, erőnlétünk javítása, egészségünk megőrzése érdekében. A mozgásterápia pedig olyan alkalmazott formája a fizikai aktivitásnak, amelynek révén egy adott betegségben javulás vagy gyógyulás érhető el, illetve a beteg életminősége javítható.

A fizikai aktivitás formájától, tartalmától, intenzitásától függően egyes szervezetekben, szervrendszerek működésében a fizikai aktivitás alatt és azt követően is bizonyos ideig változások jönnek létre. A hosszabb ideig, rendszeresen végzett fizikai aktivitáshoz a szervezet alkalmazkodik, ezt nevezzük adaptációnak. Egy idő után már igényli is azt. Ekkor testünk – mintha csak tudná, milyen hasznos a számára – szinte már megköveteli a rendszeres mozgást.

A fizikai terhelés serkenti a *csontépítést*, gazdagabb lesz a csont ásványi-anyag-tartalma, így kevésbé sérülékeny a csontozat. Fizikai aktivitás hatására az *izomrostok* megvastagodnak, és számuk is 5-10%-kal megnőhet. Ezáltal az izom tömege is megnő, javul a vérellátása is, mivel a benne futó hajszálerek száma is megszorozódik.

Megterhelés közben az izmok oxigén- és tápanyagszükséglete nő, amit a légzés és szívműködés fokozása révén tud a szervezet kielégíteni. A szív a fizikai terhelés alatt szaporábban húzódik össze, amit a magasabb pulzusszám jelez. Ugyancsak növekszik az egy szívösszehúzódás által kilökött, oxigénben gazdag vér mennyisége is. Az aktív mozgáshoz alkalmazkodott szív gazdaságosabban működik: nyugalomban alacsonyabb a pulzusszám, a szív takarékoskodik az energiával, fizikai aktivitáskor viszont jóval nagyobb teljesítményre képes. A rendszeres testedzést végzők esetében javul a test szerveit alkotó szövetek és sejtek oxigénfelvevő képessége is. Mindezek a *légzőrendszernek* a fizikai aktivitáshoz történő adaptációját jelzik. Az emberi szervezet *anyagcseréjében* is kialakul a több összetevőből álló alkalmazkodás. A tényezők közül a legfontosabb a sejtekben zajló kémiai folyamatok hatékonyságának, valamint az izmokban és májban tárolt szénhidrát mennyiségének növekedése. Az *immunrendszer*, a szervezet védőpajzsa mind a külső (fertőzések), mind a belső (daganatos sejtek) támadások ellen óv. Míg a mérsékelt intenzitású, rendszeres testmozgás kedvező hatású, addig a nagy intenzitású terhelés inkább gátlólag hat az immunrendszerre. A tudományos kutatások szerint *rosszindulatú daganatok* ritkábban fordulnak elő a rendszeres testedzést végzőknél. Meggyőző adatok utalnak például arra, hogy a női emlőrák, a férfiak prosztatadaganata, a vastagbél-, a végbél- és a tüdőrák a rendszeres, aktív testmozgást végzők körében ritkábban fordul elő.

Mint látható, a fizikai aktivitásnak az emberi szervezetre gyakorolt kedvező hatásai a szakemberek számára jól ismertek, és tudományosan igazoltak. Ezen ismeretek alapján levonható következtetések az alábbiakban foglalhatók össze:

A rendszeres testmozgás minden életkorban és mindkét nemből jótékony hatású. Már mérsékelt mennyiségű fizikai aktivitás (30 perc gyaloglás naponként) is javítja az egészségi állapotot. A napi mozgás kismértékű növelése révén is javul a teljesítőképesség és az élet minősége. Intenzívebb, hosszabb ideig tartó testedzés/sportolás fokozza a kedvező élettani hatásokat.

A rendszeres testedzés csökkenti a szív- és érrendszeri betegségek kialakulásának kockázatát, különösen a koszorúér-betegségek vonatkozásában.

Csökkenti továbbá a magasvérnyomás-betegség, a nem inzulinnal kezelt cukorbetegség, az elhízás kialakulásának veszélyét, és felhasználható a betegségek kezelésében önmagában vagy egyéb kezelési módok kiegészítőjeként. A fizikai aktivitás csökkenti egyes rosszindulatú daganatok kialakulásának lehetőségét.

A rendszeres testmozgás segít fenntartani a normális csontállományt, izomerőt, ízületi mozgathatóságot és hajlékonyságot. Időskorban segít megőrizni a mindennapi élethez szükséges képességek megtartását, lehetővé téve az önálló életvitelt. Krónikus betegségekben segít megőrizni vagy javítani a teljesítőképességet, jobb életminőséget biztosít.

A mozgáshiány miatt bekövetkezett betegségek megelőzése mellett, a fizikai aktivitás kedvezően befolyásolja a lelki állapotot, csökkenti a szorongást, javítja az önértékelést, a közérzetet. Fontos szerepe lehet a depresszió, illetve a függőséggel járó szenvedélybetegségek megelőzésében. A rendszeresen sportolóknak nagyobb az önbecsülése, reálisabb az énképük, jobb a problémamegoldó képességük.

Kiemelt jelentősége van a sportnak fiatalkorban, a felnőttkori személyiségjegyek kialakulásának idején, mert pozitívan formálja a fiatalok egyéniségét. A fizikailag aktívabb gyermekek magabiztosabbak, elégedettebbek külső megjelenésükkel, könnyebben teremtenek barátságot, beszélnek problémáikról, továbbá kevésbé nyomasztják őket az iskolai feladatok. Ez utóbbit egy szegedi felmérés is igazolta. E szerint a rendszeres fizikai aktivitást végzők jó vagy jeles iskolai osztályzatokkal rendelkeznek, és társaiknál jóval magabiztosabbak. E vizsgálat során nem találtak a jó és jeles tanulók között senkit, aki sohasem sportolt volna. E diákok nagy része heti rendszerességgel, legalább egy-két alkalommal végez testmozgást. A felmérés kimutatta az aktív életmódra nevelésben a szülők és különösen az anya szerepét is. A sport, a jó iskolai teljesítményen kívül szoros kapcsolatban áll az anya iskolai végzettségével, aktuális egészségfelfogásával, a jövőorientáltsággal, az önbizalommal és a barátok sportolási szokásaival is. E pozitív hatásoknak azonban nemcsak kisiskolás korban van jelentősége, hanem a késői kamaszkorban, 14–18 éves kor között is. A rendszeresen sportoló fiataloknak jobb a pszichoszociális beállítottsága és mentális egészsége. Ennek köszönhető, hogy nem sportoló társaiknál kedvezőbb a jövőképük, magabiztosabbak, és egészségük megítélésében is reálisabbak, továbbá kevésbé hajlamosak a függőséggel járó állapotokra. Közöttük lényegesen kevesebb a dohányos, az alkoholt vagy kábítószereket fogyasztó. Valószínűleg gondolati szabadságukat is jobban megőrzik. Egy külön vizsgálat sorozat folyamán a tudósok megfigyelték, hogy míg a csapatjátékok az együttműködésre, a szabályok betartására tanítanak, addig az egyéni sportok a döntéshozatal felelősségét erősítik.

Nemzetközi vizsgálatok szerint a rendszeresen sportoló életmódot folytató fiatalok jobban figyelnek étkezési szokásaikra is. Ez a viselkedés nyilván-

valóan jó hatással van testi egészségükre is. Különböző kutatások szerint a fiatalok egészségmagatartása összefüggésbe hozható felnőttkori fizikai állapotukkal. Így például a fiatalkori sport csökkenti sok, a felnőttkori morbiditás és mortalitás nagy részéért felelős megbetegedés kockázatát.

Az egészségmegőrzés céljából tehát legalább olyan fontos lenne az aktív életmódot, a rendszeres testmozgást, a sportolást propagálni, mint a dohányzás abbahagyását, a korszerű táplálkozást, a testsúly csökkentését.

Mivel hazánkban a halálozási okok fele a szív- és érrendszeri betegségek számlájára írható, a magasvérnyomás-betegség a lakosság 24%-át érinti, a cukorbetegek száma mintegy félmillióra tehető, a túlsúlyosak és elhízottak aránya a férfiak között 57%, míg a nők esetében közel 50%, az elhízás (amely a szív- és érrendszeri betegségek egyik kiváltó oka lehet) több mint 1,5 millió embert érint, a mozgásszegény életmód által okozott veszély nem becsülhető le. Mindezen betegségek prevenciójában és terápiájában a rendszeres testedzés, a sport az egyik legfontosabb és leghatékonyabb eszköz lehet.

Az állam is jól jár

Míg a fizikai aktivitás betegségmegelőzésben kifejtett hatásai a különböző nemzetközi tudományos vizsgálatok eredményei által jól dokumentáltak, addig a mozgáshiány okozta anyagi károk mértékét ez ideig kevesen kutatták. A fizikai inaktivitás miatt létrejött betegségek gyógyítására fordított *egészségügyi kiadásokat* itthon senki sem elemezte. Az erre vonatkozó hazai adatok hiányában tájékozódást nyújthatnak az Egyesült Államokban végzett vizsgálatok eredményei: míg a korábbi felmérések évente 6 és 24 milliárd dollár közöttire becsülték a fizikai inaktivitás következményeinek közvetlen orvosi költségeit, egy újabban publikált számítás szerint ez az összeg napjainkban 76,6 milliárd dollárra tehető. A rendszeresen sportolókkal összehasonlított inaktívakra évente fejenként átlagosan 330 dollárral többet költ az amerikai egészségügy. Az eltérő körülmények miatt természetesen nehéz ezeknek a vizsgálatoknak az eredményeit összevetni a hazai adatokkal, ám különböző számítások szerint 50–100 milliárd forint közötti összegré becsülhető a mozgásszegény életmód miatti többletkiadás hazánkban.

Számos fórumon hallható, hogy a sportolók számának növekedése fokozni fogja a sérülésveszélyt, és ez többletterhet jelent a társadalomnak. Különbféle makrogazdasági analízisek azonban bebizonyították, hogy az aktív életmód egészségre gyakorolt kedvező hatása ökonómiai haszonnal is jár, mivel a rendszeresen sportolók ritkábban mennek orvoshoz, illetve betegszabadságra, ami messzemenően ellensúlyozza a sérülésekből adódó negatív gazdasági hatásokat. Az életkor előrehaladtával ez a pozitív makroökonómiai mérleg aktív életmód esetén még tovább javul.

Nem tévesztve szem elől az elsődleges célt, a magyar népesség egészségi állapotának javítását, hazánk lakosságának egészségesebbé tételét, úgy tűnik, közgazdasági szempontok is megfelelően alátámasztják a rendszeres test-edzés, a sportolás minél szélesebb körben való elterjesztésének ösztönzését.

Hogyan sportoljunk?

A fizikai aktivitás, a sportolás célja nemcsak a test edzése, a sporteredmények elérése, hanem ezzel párhuzamosan az akarati-erkölcsi tulajdonságok fejlesztése, a jellem formálása, önmagunk legyőzése, és a szellemi megújódásra való törekvés.

A legfőbb feladat egy egész életre szóló aktív életforma kialakítása, amelynek alapjait gyermekkorban teremthetjük meg. Gyermekek- és serdülőkorban a rendszeres fizikai aktivitás célja a fizikai fittség, az egészség elérése, a növekedés és a fejlődés optimalizálása, egy életen át fenntartható aktív életmód igényének kialakítása, valamint a felnőttkori krónikus betegségek kockázatának csökkentése.

A preventív, terápiás, rekreációs és rehabilitációs célzattal végezhető test-edzés alapkövetelménye a rendszeresség. Minden esetben nagyon körültekintően kell kiválasztani a mozgásnak azt a formáját, amely az adott személy számára a lehető leghasznosabb.

A fizikai teljesítmény mérése alapján tanács adható a konkrét edzésprogramra vonatkozóan. Az edzettségi állapot különféle tesztekkel mérhető, amelyekkel általában az aerob állóképességet (Cooper-teszt, lépcsőpróba, kerékpár- vagy futószalag-ergometria), az izomerőt (felülés, fekvőtámasz) és a hajlékonyságot (törzshajlítás) teszteljük, mivel a kondíciót leginkább ezek határozzák meg.

Az állapotfelmérés után a mozgásprogram kijelölése következik, amelynek során meghatározható a mozgás formája, intenzitása, időtartama, gyakorisága és a fokozatosságra való javaslat. Általában a nagy izomcsoportokat igénybe vevő, folyamatos, ritmikus, aerob állóképességet fejlesztő mozgásformák ajánlhatók (pl. séta, gyaloglás, kocogás, futás, úszás, kerékpározás, evezés, sífutás, labdajátékok stb.), kiegészítve izomerősítő gyakorlatokkal.

Az intenzitásra vonatkozó előírások általában a szívfrekvencia alapján adhatók meg, mivel lineáris összefüggés van a szívfrekvencia, valamint a terhelés intenzitása és az oxigénfelvétel között. Ezért – bár a maximális O_2 -felvétel (VO_2 max) pontosabb képet ad az aktuális aerob edzettségi állapotról – ennek hiányában jól használható a terheléses vizsgálatnál (pl. kerékpárergométer) mért maximális szívfrekvencia.

A mozgásprogram számára javasolt szívfrekvencia meghatározására többféle módszert dolgoztak ki, a gyakorlatban leginkább az alábbi kettő használatos:

- a maximális és nyugalmi szívfrekvencia különbségét szorozzuk meg azzal a százalékos értékkel, amellyel a mozgásprogramot javasolt megkezdeni, az így nyert értékhez hozzáadva a nyugalmi szívfrekvenciát, kapható meg az ajánlott szívfrekvencia,
- a maximális szívfrekvenciát szorozzuk meg a javasolt intenzitás százalékos értékével.

A második számítás a célfrekvenciát mindig valamivel alacsonyabban adja meg, ezért betegek számára ajánlatos ennek alkalmazása.

Ha nincs lehetőség terheléses vizsgálat végzésére, a fizikai aktivitás alatt javasolt szívfrekvencia (munkapulzus) kiszámítható az életkor alapján, amikor is 220-ból levonjuk az életkort években, s ezt szorozzuk a javasolt intenzitással.

A mozgás időtartama és intenzitása fordított arányban áll a kívánt hatás elérése szempontjából. Nagy intenzitású testedzésnél elegendő napi 10-15 perc, alacsonyabb intenzitásnál ennél hosszabb időtartamú fizikai aktivitás szükséges. Túl magas intenzitású edzőmunka azonban – tekintettel arra, hogy többnyire nem versenysportolóról van szó – nem ajánlott. Az egészségmegőrzés szempontjából általában jobb eredmények érhetők el az alacsonyabb intenzitású, hosszabb időtartamú mozgásprogramokkal.

A naponta végzett minimum 30 perc testmozgás tekinthető optimálisnak, azonban heti 3-5 alkalommal végzett testedzés is megfelelő lehet, ha ezt a páciens 40-50 percig folyamatosan végzi.

Ismeretes, hogy a fizikai aktivitás mindennemű fokozása előnyös hatású a gyermekek és serdülők egészsége szempontjából. Vezérfonalként azonban minden fiatalnak napi egy óra, legalább közepes intenzitású fizikai aktivitás (kevésbé aktívaknak napi 30 perc) ajánlható, amely legalább hetente kétszer az izomerő, a hajlékonyság és a csont erősségének növelését célozza.

Az edzések felépítését illetően – a sérülések megelőzése érdekében – nem lehet eléggé hangsúlyozni a megfelelő bemelegítés és az edzést követő levezetés fontosságát.

Hogyan tovább?

Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja a helytelen táplálkozás, a szenvedélybetegségek mellett a mozgásszegény életmódot jelöli meg, mint a magyar lakosság rendkívül gyenge egészségi állapotáért felelőssé tehető tényezőt. A program szerint éppen ezért kiemelt figyelmet kell kapjon az aktív testmozgás elterjesztése is, amelyet önálló alprogramként tüntettek fel a népegészségügyi program megalkotói. Sajnos az írott szöveg – úgy tűnik – a gyakorlatban mégsem kap súlyának megfelelő figyelmet és támogatást. Eddig ugyanis vajmi kevés történt, mégpedig annak ellenére, hogy a 46/2003. (N.16) OGY-határozat úgy rendelkezik, hogy a parlament 2004. évi tavaszi ülésza-

kán a Népegészségügyi Program előrehaladásáról annak végrehajtói számot kell adjanak az Országgyűlésnek. A program nagyon helyesen – hosszabb távra (tíz év) – jelöli meg az elérendő célokat, ezért rövid idő alatt természetesen nem várható nagy áttörés. Ám a későbbi sikerek érdekében elengedhetetlenül szükség volna legalább a célok eléréséhez vezető út világos kijelölésére, az iskolákban, munkahelyeken és más közösségi helyszíneken a mozgásbarát, sportolásra ösztönző környezet kialakítására, továbbá az állam, az önkormányzatok és az egyén felelősségének tisztázására.

Az egészségvédő és fejlesztő programok végrehajtásában néhány ország már gazdag tapasztalatokkal rendelkezik. Részükről általános megállapítás, hogy az egészségügyi ellátást nyújtóknak kulcsszerepük van az emberek tájékoztatásában, a közvélemény formálásában, amely célul tűzi ki a fizikai aktivitás fontosságát, illetve az életmódváltáshoz szükséges segítségnyújtást. A módszerek közül az egyik leghatékonyabb, ha az orvos a hozzáforduló páciensnek nem csupán gyógyszerrel látja el, hanem emellett – vagy helyett – ráírnyítja figyelmét a számára életfontosságú rendszeres fizikai aktivitásra. A legtöbb orvos–beteg találkozó a háziorvosi praxisban jön létre, ezért leghamarabb itt számíthatunk az első áttörésre a lakosság fizikai aktivitásról alkotott hibás szemléletének megváltoztatásában – persze az orvosok kellő motivációja mellett. Másik terület a sportorvoslás, amely megfelelő szakmai ismeretekkel rendelkezik az egyénre szabott, biztonságos és hatékony mozgásprogramok kijelölésében. Hosszú távon természetesen uszodákra, kerékpárutakra, gyaloglópályákra, szabadtéri és fedett rekreációs létesítményekre is szükség lesz, ám kezdő lépésként a szinte költségmentes szemléletváltás is alapvető fordulatot hozhatna. Az egészségügyben dolgozóknak kulcsszerepe van a lakosság szemléletváltásában, az egészségtudatos magatartás kialakításában, az eddigi életforma pozitív irányba való fordításában, a helyes táplálkozásra, a fizikailag aktív életmódra való nevelésben.

Az utóbbi években szerencsére kedvező változások jelei is megfigyelhetők. Egyre többen kezdenek el rendszeresen kocogni, tornázni, teniszezni, fitnesztermekbe váltanak bérletet heti néhány aerobicleckére, odafigyelnek az étkezésükre és fogyókúráznak. Mind többen iratkoznak be a fitnesz- és wellnessakadémiák kurzusaira, hogy segítsenek másoknak is egészségük megőrzésében.

Az egészséges életmód szempontjából meghatározó az ismeret és a magatartás, továbbá a társadalmi hatások szerepe.

A lakosság általában tisztában van a rendszeres testedzés szükségességével. Aktív életmód folytatására azonban csak olyan kedvező társadalmi hatások vezethetnek, amelyek pozitívan befolyásolják az emberek önbecsülését, és ledöntik a bennük levő gátakat. Ennek érdekében különböző prevenciós stratégiák kidolgozására van szükség, amelyek a médiában megjelenő oktató programoktól egészen a politikai erők társadalomformáló tevékenységéig terjednek.

Ha feltételezzük, hogy a honi döntéshozókban – politikai hovatartozástól függetlenül – valós a cselekvésre irányuló szándék, akkor is igen széles körű összefogás és együttműködés szükséges a lakosság egészséges életmódjának megvalósításhoz mind kormányzati (egészségügy, gyerek, ifjúság, sport, oktatás, pénzügy, belügy, közlekedés, környezetvédelem), mind önkormányzati oldalról, illetve a társadalmi és civil szervezetek részéről. Elengedhetetlen az egységes, jól koordinált, hosszú távú együttműködés, amelynek első lépéseként általános érvényű és mindenki számára könnyen végrehajtható részletes cselekvési program kidolgozása és megvalósítása a cél.

Az egészségtudatos magatartás megvalósításáért tenni képes célcsoportot elsősorban nem a sporttal foglalkozó szakemberek, illetve bármilyen módon a sporthoz kapcsolódó személyek képezik, hanem olyan társadalmi, gazdasági és politikai befolyással rendelkező egyének és szervezetek, akik képesek lennének érdemben segíteni a sport ügyét, de még meggyőzendők annak hasznosságáról és fontosságáról.

Összefoglalás

Az egészségmegőrzés növekvő súlyú nemzeti ügy. Figyelembe véve a jelenlegi riasztó hazai statisztikai adatokat, elsőrendű feladat, hogy javuljon a lakosság egészségi állapota.

Azokban az országokban (USA, Finnország, Anglia), ahol összehangolt nemzeti programot indítottak a tudatos aktív testmozgás fejlesztésére, többek között ennek hatására is javult a lakosság egészségi állapota. Kíváncsú lenne, hogy a nemzetközi tendenciáknak megfelelően Magyarországon is egyre többen sportoljanak és egészségesen táplálkozzanak.

Az egészség, azaz a testi, szellemi és lelki harmónia megőrzése, s ennek érdekében a rendszeres testedzés, a sportolás bátorítása a család és a fel-törekvő nemzedékek jelen és jövőbeni egészségének záloga.

Fontos, hogy minél többen felismerjék: az egészség érték, amit az egyénnek és a közösségnek egyaránt óvnia, ápolnia kell. E cél csak akkor érhető el, ha kialakítjuk az emberekben az önmagukért és másokért érzett felelősségtudatot, ezért az egészséges életmódra nevelés erkölcsi nevelés is. Az egészségnevelést a családdal együttműködve lehet megvalósítani. Ebben legfontosabb szerepe a megelőzésnek, az egészségmegőrző szokások kialakításának van.

Az egészségnevelés azonban csak akkor sikeres, ha valóban elérjük, hogy mind több honfitársunk érezze létszükségletének a rendszeres testmozgást, sportolást. A siker feltétele a lehetőségek megteremtése, ami a kormány és az önkormányzatok feladata. A szemléletváltozásban a családorvosok, a sportorvosok és a testnevelők szerepe, felelőssége óriási.

A sportnak az egészségmegőrzésen felül a társadalmi esélyegyenlőség biztosításában is kiemelkedő szerepe van.

A mozgáskultúra fejlesztése hozzájárul a sportkultúra fejlődéséhez is, ami egyben biztosítja azt, hogy az egyetemes magyar testkultúra és sport lépést tarthasson a gyorsan változó világgal.

A modern társadalomnak fel kell ismernie, hogy a szellem és a test harmóniája az egészséges, boldog élet alapja.

Egészséges életmód, önmegvalósítás, példamutatás – röviden ezzel a három szóval jellemezhetjük a 21. század mozgáskultúrájának jelentőségét.

Minden bizonnyal Magyarország Európai Unióhoz való csatlakozásával az egészségtudatos magatartás és a sport szerepe is felértékelődik, hiszen jelentősen megnő az egészség értéke.

Irodalom

Asszmann A.: *Fiatalok egészségi állapota és egészségmagatartása*. Budapest, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, 2000.

Benedek E.: *Fitt Program*. Budapest, Hunga-Print, 1992.

Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja. Budapest, Egészségügyi és Szociális Minisztérium, 2002. október 22.

Fodor József Program. *Cselekvési program és egészségügyi megújítására*. Budapest, Egészségügyi Minisztérium, 2002.

Gáldi G.: Fizikai aktivitás Magyarországon az ezredfordulón. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 3–4: 16–19. 2002.

Jákó, P.: A magyar lakosság fizikai aktivitásának jelenlegi helyzete. *Sportorvosi Szemle*, 35 (3): 133–139. 1994.

Jákó P.: A testedzés szerepe néhány betegség megelőzésében. *Orvosi Hetilap*, 136: 2379–2383. 1995.

Jákó, P.: *A sportorvoslás alapjai*. (Szerk.: Jákó P.). Print City., 1998.

Jákó P.: *Gyógyító testedzés*. Budapest, Springer Tudományos Kiadó, 2002.

Józan P.: Fordulat a halandóság és az életkilátásokban, epidemiológiai korszakváltás Magyarországon? *Orvosi Hetilap*, 144: 451–460, 2003.

Martos É.: *A rendszeres testmozgás szerepe a szív- és érrendszeri betegségek megelőzésében*. Kandidátusi értekezés, Budapest, 1995.

Martos É.: Gyerekek és serdülők sportja. In: *A sportorvoslás alapjai*. (Szerk.: Jákó P.). Print City, 357–372. 1998.

Martos É.: Sportélettan. In: *A sportorvoslás alapjai*. (Szerk.: Jákó P.). Print City, 31–78. 1998.

Mechelen, van, W.: A physically active lifestyle- public health's best buy? *Br. J. Sports Med.*, 31: 264–265. 1997.

Pluhár Zs. – Pikó, B.: A sport előfordulása és esetleges protektív hatása fiatalok körében. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 1: 26–29. 2003.

Powell, K. E. – Blair, S. N.: The public health burdens of sedentary living habits: theoretical but realistic estimates. In: *Official Journal of American College of Sports Medicine*, 851–856, XXXX.

Roberts, R. A. – Roberts, S. O.: *Exercise Physiology. Exercise, Performance, and Clinical Applications*. Mosby-Year Book, Inc; 1997.

Halálos kimenetelű közúti közlekedési balesetek gyermek- és időskorban

A fogyasztói társadalomban a természeti környezet ökológiai károsítása mellett hátrányos jelenséggént kell értékelni mind számszerűségét, mind következményeit tekintve is a közúti közlekedési baleseteket. A közlekedésbiztonság kérdéseinek népegészségügyi, szociális és gazdasági jelentősége jól ismert. A közúti közlekedés halálos kimenetelű balesetei gyakoriságának kockázata Magyarországon $>1:10^4$, ami tízszeresen haladja meg a közepesen veszélyes iparágak halálos kimenetelű munkabaleseteinek gyakoriságát.¹ A közúti közlekedés a közlekedésbiztonság szempontjából kiemelkedő fontosságú, mert a balesetek áldozatainak közel 90%-a itt sérül meg, illetve veszti életét. Sajnálatos tényként kell megállapítani, hogy a közlekedési körülmények nem segítik kielégítően a forgalomban részt vevő állampolgár alkalmazkodási készségének hatékony fejlesztését

A motorizációs fejlődés nemcsak a balesetek számában nyilvánul meg, hanem egyéb, a balesetekkel összefüggő, más jellegű deviációs magatartásformákban is, mint például ittas vezetés, drogbefolyásoltság, segélynyújtás elmulasztása. Az elmúlt négy évtizedben – 1960–2000 között – a közutakon 48 393 ember vesztette életét. A népgazdaságot közel 1300 milliárd forint anyagi hátrány érte, a közlekedési balesetek sérültjeinek évi kórházi kezelése megközelíti a 2,5 milliárd forintot. Aligha kétséges, hogy minden lehetőséget meg kell ragadni annak érdekében, hogy ez a tehervállalás határozottan mérséklődjön.

A morbiditási és mortalitási statisztika számadataiból, a mögöttük rejlő jelenségek elemzéséből nem kockázatmentes vállalkozás a törvényszerűnek látszó összefüggések és következtetések levonása, mégis az eredményes megelőzés stratégiájának meghatározó eszközeivé válhatnak.

A gépjárműpark-gyarapodás hazánkban később indult meg, s ez a baleseti statisztikákban is lemérhető. A személyi sérülést vagy halált okozó közlekedési balesetek száma az 1950-es évektől kezdve emelkedett, majd maximumát az 1970-es évek elején érte el. Az 1980-as évek közepétől a sérültek és elhaltak abszolút száma az átmeneti csökkenést követően alig változik. A közúti közlekedési baleset következtében évenként 25-28 ezer egyén sérül, és mintegy 1600-1800 ember hal meg. A gépjárműpark az 1980-as évek közepére két és

1 Ungváry Gy., 2000.

félszeresére emelkedett, a balesetek gyakoriságában bekövetkező reményt keltő változás a megelőzés érdekében tett erőfeszítések eredményességét igazolja (a tényleges kilométer-teljesítmény ismerete nélkül is).²

A nemzetközi statisztikák szerint a személyi sérüléssel járó közlekedési balesetek száma az 1960-as évekig – a forgalom sűrűségének, sebességének változásával – fokozatosan növekedett. A bevezetett megelőző intézkedések hatására ez a folyamat megállt.³ Budapesten a statisztikai mutatószámok – 100 ezer lakosra, illetve 10^9 gépkocsikm-re vonatkoztatva – lényegesen kedvezőtlenebbek, mint az Európai Unió országainak fővárosaiban.⁴ Az 1970-es évektől mind az abszolút számok, mind a relatív gyakoriság tekintetében a balesetek csökkenését lehet megfigyelni az USA-ban és számos nyugat-európai országban is. A pozitív folyamatok kialakulásában számos tényező játszott szerepet, így az úthálózat kiépítettsége és állapota, a gépkocsinak az utasok és gyalogosok védelmét szolgáló tervezése, a nagy hatású biztonsági berendezések bevezetése, a megengedett maximális sebesség korlátozása, a gépjárműpark műszaki állapota, a közlekedésben részt vevők gyakorlata, a közlekedési morál erősödése és a szankcionálás szigorja.⁵

Az összehasonlításban azonban Magyarországon a közlekedési balesetben meghaltak száma még mindig magas – 13,7-15,8 haláleset (100 ezer lakos), ugyanakkor biztató jelenséggént kell értékelni azt a tényt, hogy csökkenő tendenciát mutat a baleseti halálozás. A kedvező változás többek között valószínűleg annak is köszönhető, hogy a társadalom, a népegészségügy és a szociális háttér már eredményesebben veszi fel a küzdelmet a motorizáció egyre szaporodó kihívásaival szemben. Az elmúlt tizenöt esztendőben a gépjárműpark lendületes fejlődését az ugrásszerű növekedése jellemezte, azonban a közlekedési kultúra és morál az elvárásoktól messze elmaradt. A jelentőségét az adja, hogy döntően befolyásolhatják a kedvező változásokat, mert a közlekedési járművek vezetőinek, az utasainak és a gyalogosoknak felelősségteljesebb magatartásától is joggal várhatjuk a balesetek számszerűségének további előnyös alakulását.⁶

A halálozás statisztikai adatai igazolják, hogy 2001-ben 18 ezerrel kevesebben haltak meg, mint 1993-ban. A születéskor várható élettartam 3,3 évvel emelkedett. A halálozási mutatók javulása jogosan keltheti azt a reményt, hogy Magyarországon megszűnőben van a krónikus epidemiológiai válság, és az ország a halálozási viszonyokat tekintve elkezdte a lassú felzárkózást az Európai Unióhoz.⁷ Mindkét nemnél mérséklődött az erőszakos okokra visszavezethető halálozás is (az összhála-lozáson belül az elmúlt évtizedben két szá-

2 Paksay A., 2003.

3 Gaus, W. et al., 1999; Peng, R. Y. – Bongard, F. S.; Sjörger, H., 1994.

4 Paksay A., 2003.

5 Johansson, K., 1995.

6 Gárdos É. és mtsai, 2002; Peng, R. Y. – Bongard, F. S.

7 Józán P., 2003; Varga T., 1996.

zalékponttal csökkent): amíg 100 ezer lakosra 1990-ben 128 erőszakos halálozás jutott, addig ez 2001-ben már csak 87 volt. A folyamat minden korcsoportban közel azonos időben és azonos mértékben zajlott le. A tizenkét év alatt jelentősen csökkent a motorosjármű-balesetek okozta halálozás, és reményteljes, -30%-os változás következett be az egyéb balesetek okozta halálozásban is. Az elmúlt évek statisztikai adatai szintén bizakodásra adnak okot az erőszakos halálozásban, mert míg 1990-ben az összhála-
lozás 9,1 addig 2001-ben 7,2 százalékát tették ki. A biztató változások az európai összehasonlításban még nem hozták hazánkat a korábbinál kedvezőbb helyzetbe.

A statisztikai adatokból megállapítható, hogy az ígéretes tendenciák mellett ma is az erőszakos halandóság a fiataloknál (15–39 évesek) csoportjában a legmagasabb annak ellenére, hogy összességében csökkent a motorosjármű-balesetek és az öngyilkosság okozta halálozás. Az erőszakos okok miatt bekövetkező gyermekhalandóság (1–14 évesek) közel a felére csökkent, nemzetközi összehasonlításban azonban még mindig magas, így ahhoz viszonyítva hátrányos állapotot jelez.⁸ Hasonló jelenség figyelhető meg a 65 év feletti korosztály baleseti halálozásában is.⁹

A balesetek okait felderítő és elemző vizsgálatok határozottan bizonyítják, hogy a gépjárművek számának és sebességének növekedése nem szükségszerűen vezet a balesetek előfordulásának és súlyosságának emelkedéséhez.¹⁰ A bekövetkező súlyos sérülés és halálozás annak ellenére mutat kedvezőtlen tendenciát, hogy azok jelentős százalékban megelőzhetők és elkerülhetők lehettek volna. A baleseti halálozás több mint egyharmada közlekedési baleset okából következik be. Szomorú valóság, hogy a fiatal- és időskori halálozások jelentős százalékát is ez adja. Az utóbbi évek sajátos és egyre gyakrabban előforduló, viszonylag új közlekedési balesettípusaként az ún. diszkóbaleset jelent meg. A baleset okozója a diszkót elhagyó alkohol vagy kábítószer (pl. extasy, cannabis származékok) befolyása alatt álló gépkocsivezető. A következmény súlyos egészségkárosodás és/vagy halál.¹¹

A jól ismert okok mindaddig hatnak, amíg a tényekből nem vonjuk le azokat a szükséges következtetéseket, amelyek a hatékony megelőzést szolgálják.¹²

A baleseti morbiditási és mortalitási statisztika vizsgálati adatai ugyanis lehetővé teszik, hogy a személyben rejlő egyébként nehezen feltárható okokat is megismerjük.

8 Gárdos É. és mtsai, 2002.

9 Mándoky L., 1997.

10 Varga T. – Horváth J., 1990.

11 Sótónyi P., 2001.

12 Buris L., 1991; Irk F., 1979; Ternai Z., 1980.

Az okok és következmények összetett objektív elemzése többek között a balesetek alapvető jelentőségű kérdéseinek feltárására és megválaszolására alkalmasak, úgy mint:

- milyen a közúti közlekedés helyzete,
- melyek a meghatározó társadalmi összetevők,
- milyenek az elkövető személyiségének egyéni jellemzői,
- melyek a közreható objektív és szubjektív tényezők,
- melyek a közlekedéskriminológiai és közlekedésbiztonsági kérdések,
- melyek az elhárítás és megelőzés lehetőségei, és
- milyen következtetések vonhatók le a sérülések morbiditási és mortalitási adatainak vizsgálatából.

Baleseti statisztikai adatok elemzése

A Semmelweis Egyetem Igazságügyi Orvostani Intézetében kerül sor a budapesti rendkívüli halálesetek, így a balesetekben meghaltak jelentős részének ún. hatósági boncolására. A baleseti eredetű halálesetek száma Budapesten 1994 és 2002 között 5195 volt, ebből 1913-an közúti közlekedési baleset következtében haltak meg. Az esetszám önmagában is alkalmas olyan következtetések levonására, amelyek a magyarországi baleseti statisztika értékelése szempontjából is mintaértékű lehet.

Azok a halálesetek, amelyeket közlekedési vagy foglalkozás körében bekövetkezett baleset okozott, illetve ennek gyanúját vetették fel, rendkívüli halálnak minősülnek. A rendkívüli halál jogi kategória, amelyben a bekövetkezés módja, esetenként a halál okának bizonytalansága hivatalos vizsgálat kerekében, hatósági boncolást tesz szükségessé a felvetődő kérdések és a felelősségi tényezők tisztázására. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 218. § (3) bekezdésének meghatározása szerint „rendkívüli az a halál, amelynek természetes módon való bekövetkezését a körülmények kétségesse teszik”. A közismert balesetfogalom szerint a baleset emberi akarattól független, rendkívül rövid idő alatt bekövetkező külső erőbehatás, amelynek folytán az egyén sérülést szenved, egészsége károsodik vagy meghal. A balesetek egy része a sérült vagy az áldozat hibájából, figyelmetlenségéből következik be, más részénél azonban azt más személy okozza, és az okozó gondatlanságának, felelősségének lehetősége merül fel.¹³

A Be. 8. § (1) bekezdése szerint, „ha a bizonyítandó tény megállapításához vagy megítéléséhez különleges szakértelem szükséges, szakértőt kell igénybe venni”. Az igazságügyi orvos szakértő alkalmazására általában akkor kerül sor, ha a személy életével, testi épségével vagy egészségével, illetőleg halál-

13 Szuchovszky Gy. – Harsányi L., 1974.

esettel kapcsolatos kérdésekben orvosi szakismeretre van szükség. A halálos végű balesetek orvosi elemzése államigazgatási eljárásban az igazságügyi orvos szakértő feladata.

A baleseti sérülések mortalitási adatai azért is a legmegbízhatóbbak, mert ezekben az esetekben, tekintettel a rendkívüli halál tényére, következetesen kerül sor a hatósági eljárás keretében a hatósági boncolásra.¹⁴ Az adatok statisztikai elemzésének népegészségügyi jelentőségét az a tény adja, hogy objektív képet kaphatunk az egészségkárosodás és a halálozás kérdéseiben.¹⁵

A halálos kimenetelű balesetek között a közúti közlekedési balesetek vannak többségben.

Az egyes baleseti kategóriákat részletezve valamennyi formában enyhe csökkenés tapasztalható. A csökkenés mind a férfiaknál, mind pedig a nőknél egyaránt *megfigyelhető* (1. táblázat, 1. ábra).

Életkor és nemek szerint vizsgálva jelentős emelkedés tapasztalható a balesetekben az 1920-as évektől kezdődően. Jellemző, hogy a középkorú kategóriában kiemelkedően magas a férfiak baleseti aránya, 70 év fölött a nemek közötti különbség kiegyenlítődik. Az életkor előrehaladtával nő a baleseti halálozás aránya (2–3. táblázat, 2. ábra).

A balesetek szezonális előfordulását vizsgálva lényegében jelentős ingadozás nem mutatkozik. Mindössze a férfiak esetében az őszi időszakban gyakoribb az előfordulás, illetve a fiatal férfiaknál a nyári, kora őszi magasabb gyakoriság említhető. A hét napjaira bontva lényeges különbség nemek szerint nem tapasztalható: az összbaleseti előfordulásban a napok szerinti ingadozás nem jellemző (4. táblázat, 3–4. ábra).

Az egyes baleseti formákat elemezve a hét napjaira, a közlekedési balesetek pénteki emelkedése említhető, amely feltehetően a hét végi megnövekedett gépkocsiforgalom következménye (5. táblázat, 5. ábra).

A hét napjaira bontva, a középkorúaknál a hétfői nap kiemelkedően magas részesedést mutat, a férfiak esetében a többi kategóriában érdemi ingadozás nem látszik. Az időskorú nőknél jellemző a hétfői gyakori előfordulás, illetőleg a pénteki, amely a közlekedési balesetek hasonló arányával fűgghet össze.

A gyermekbalesetekben 1994 és 1996 között észrevehető az emelkedés, majd ezt követően egy jelentős csökkenés tapasztalható, és 1998–1999-től kezdődően mérsékelt emelkedés mutatkozik. Az időskori, 65 év felettiek balesetében 1994-től az évtized végéig csökkenés tapasztalható, míg az utolsó vizsgált két évben jelentősen emelkedő tendencia mutatkozik (6. ábra).

Az összbalesetek trendjét vizsgálva megállapítható, hogy az 1994 és 2002 közötti időszakban kedvező változás következett be, amit a számszerű csökkenés fejez ki. Szembetűnő azonban a 70 év feletti korosztálynál megjelenő ki-

¹⁴ Sótonyi P., 2001.

¹⁵ Buris L., 1991; Somogyi E., 1990.

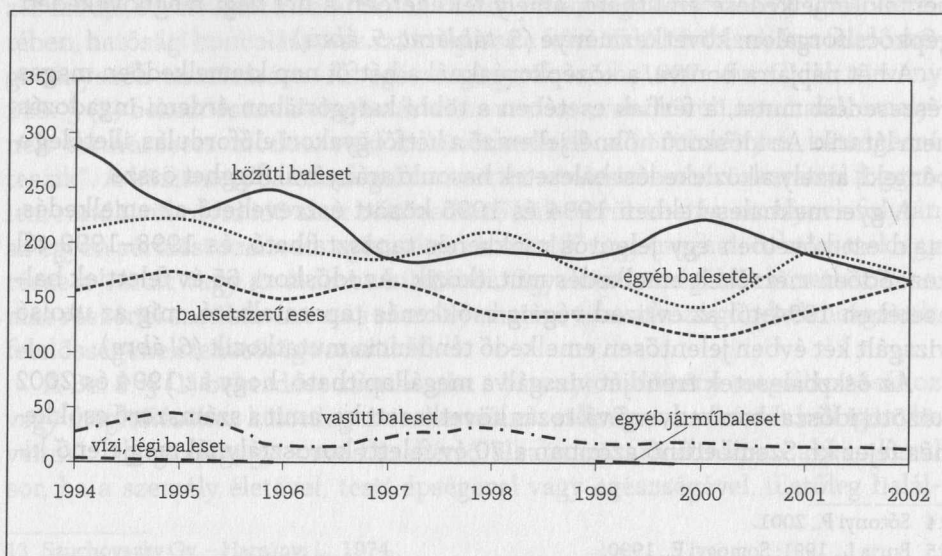
1. táblázat

Halálos kimenetelű balesetek

Jelleg	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Össze- sen
Férfiak										
Vasúti baleset	23	35	15	22	24	15	17	15	12	178
Közúti baleset	203	162	181	122	127	128	150	129	115	1317
Vízi, légi baleset	5	4	1					1		11
Egyéb járműbaleset		1				2	1		1	5
Balesetszerű esés	121	138	122	132	108	110	85	114	124	1054
Egyéb balesetek	130	145	123	133	154	111	102	140	121	1159
Férfiak összesen	482	485	442	409	413	366	355	399	373	3724
Nők										
Vasúti baleset	7	9	4	4	8	5	5	4	5	51
Közúti baleset	86	70	66	63	66	61	71	62	51	596
Balesetszerű esés	35	35	26	31	28	25	32	25	43	280
Egyéb balesetek	81	77	73	54	56	58	42	49	53	543
Nők összesen	209	191	169	152	158	149	150	140	152	1470
Nem ismert	1									1
Összesen	692	676	611	561	571	515	505	539	525	5195

1. ábra

Balesetek előfordulása



2. táblázat

Baleseti halálozás férfiak körében, életkor szerint

Jelleg	0-1	2-5	6-15	16-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	>70	ISM	Össze- sen
Vasúti baleset		2	3	10	27	19	40	33	14	19	11	178
Közúti baleset		4	20	62	252	158	198	198	141	250	34	1317
Vízi, légi baleset				1	2	3	2	1	1	1		11
Egyéb járműbaleset				1	1	2	1					5
Balesetszerű esés	1	5	3	6	44	101	223	240	202	218	12	1055
Egyéb balesetek	3	23	25	50	201	125	216	225	107	149	35	1159
Összesen	4	34	51	130	527	408	680	697	465	637	92	3725

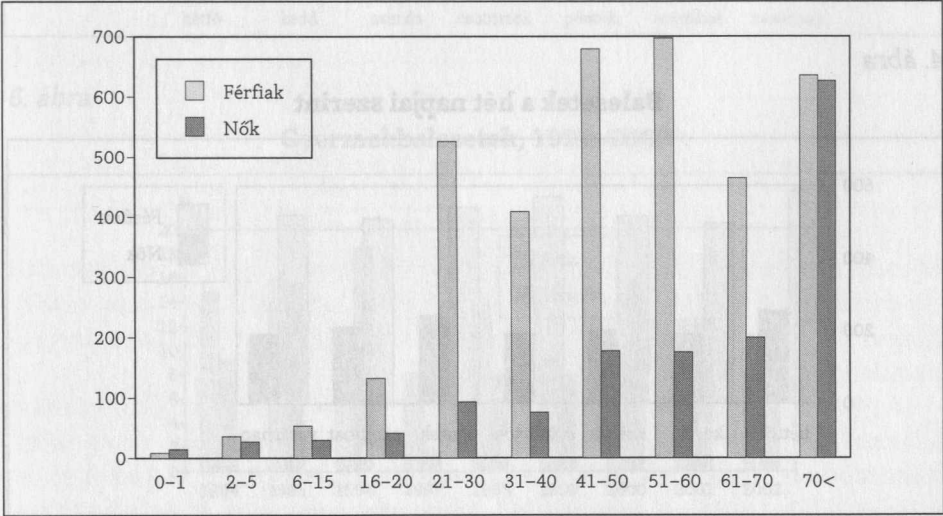
3. táblázat

Baleseti halálozás nők körében, életkor szerint

Jelleg	0-1	2-5	6-15	16-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	>70	ISM	Össze- sen
Vasúti baleset			1	4	2	4	10	9	4	15	2	51
Közúti baleset	3	5	15	24	62	38	69	67	74	230	9	596
Balesetszerű esés		1	2		3	10	34	27	37	164	2	280
Egyéb balesetek	7	20	11	11	25	22	64	72	82	219	10	543
Összesen	10	26	29	39	92	74	177	175	197	628	23	1470

2. ábra

Balesetek életkor és nemek szerint



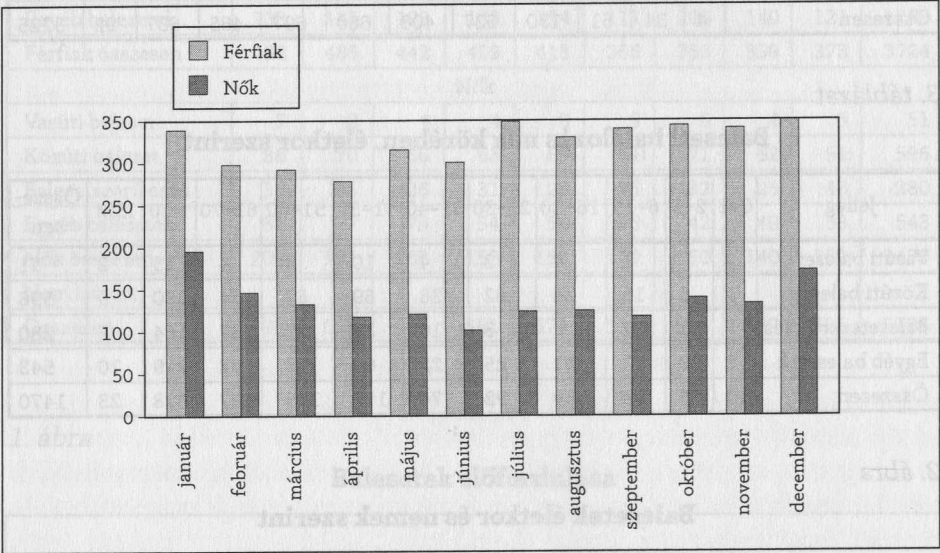
4. táblázat

Balesetek előfordulása hónapok szerint

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
Férfi	329	286	279	265	303	287	336	316	327	329	328	340
Nő	183	133	120	106	110	88	109	111	104	127	120	159

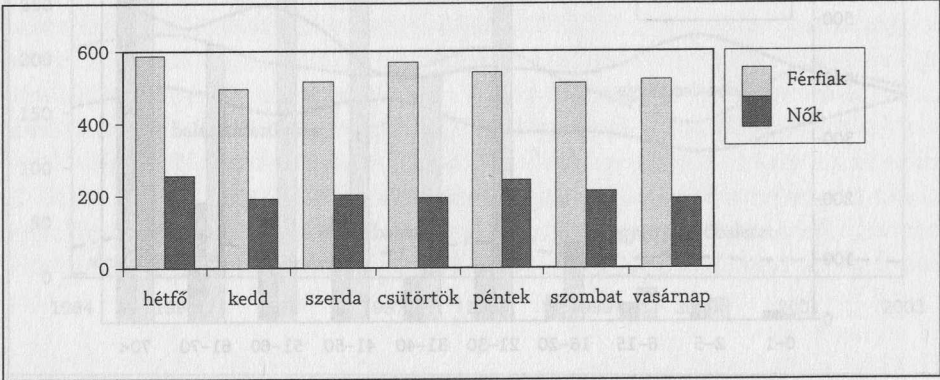
3. ábra

Előfordulás hónapok szerint



4. ábra

Balesetek a hét napjai szerint



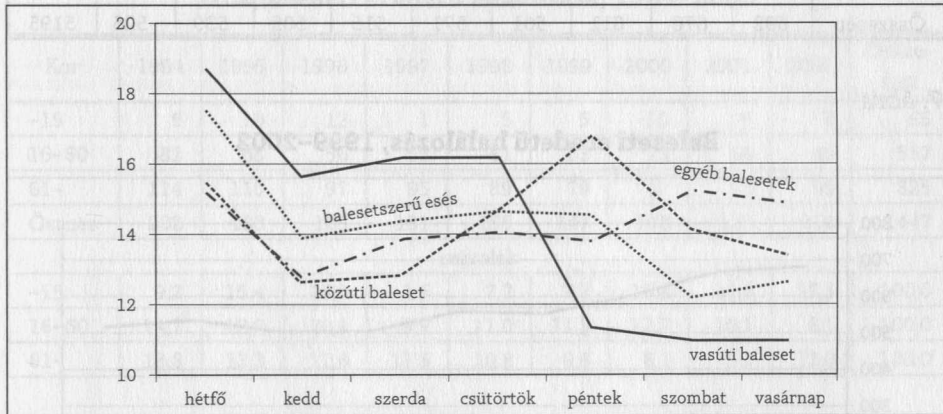
5. táblázat

Balesetek megoszlása a hét napjai szerint

Jelleg	Hétfő	Kedd	Szerda	Csütör- tök	Péntek	Szom- bat	Vasár- nap	Összesen
Vasúti baleset	43	36	37	37	26	25	25	229
Közúti baleset	297	242	246	280	322	270	256	1913
Vízi, légi baleset	1	1	1	2	3		3	11
Egyéb járműbaleset	2					2	1	5
Balesetszerű esés	235	186	192	196	194	163	169	1335
Egyéb balesetek	260	218	236	240	235	259	254	1702
Összesen	838	683	712	755	780	719	708	5195

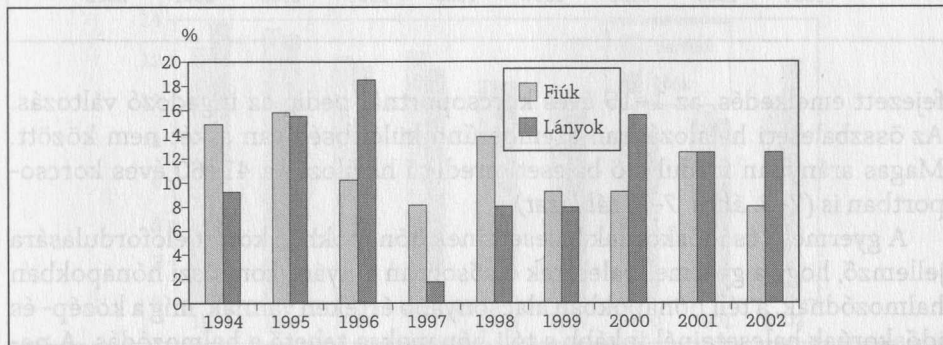
5. ábra

Balesetek napok szerint



6. ábra

Gyermekbalesetek, 1994–2002



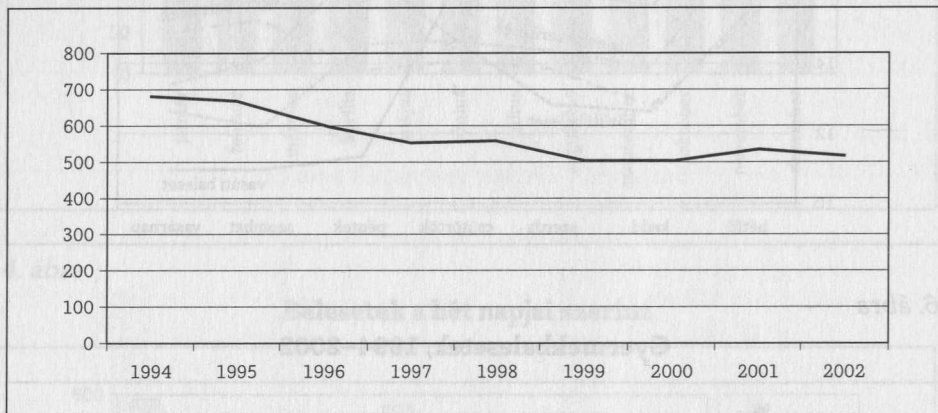
7. táblázat

Baleseti halálozás korcsoportok szerint, 1994–2002

Kor	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Össze- sen
0–1		1					4	6	3	14
2–5	8	15	5	4	4	7	4	6	7	60
6–15	11	8	16	4	13	6	10	7	5	80
16–20	29	20	20	19	18	15	17	17	14	169
21–30	55	64	74	65	83	56	87	77	58	619
31–40	71	60	58	47	57	55	40	50	44	482
41–50	113	133	93	79	91	84	87	88	89	857
51–60	118	101	101	106	84	91	82	101	88	872
61–70	93	104	85	90	65	61	51	52	61	662
>70	161	155	146	142	144	126	115	126	150	1265
ISM	33	15	13	5	12	14	8	9	6	115
Összesen	692	676	611	561	571	515	505	539	525	5195

7. ábra

Baleseti eredetű halálozás, 1999–2002



fejezett emelkedés, az 1–15 éves korcsoportnál pedig az ingadozó változás. Az összbaleseti halálozásban szembetűnő különbség van a két nem között. Magas arányban fordul elő baleseti eredetű halálozás a 41–60 éves korcsoportban is (7–8. ábra, 7–9. táblázat).

A gyermek- és időskorúak baleseteinek hónapokhoz kötött előfordulására jellemző, hogy a gyermekbalesetek elsősorban a nyári, kora őszi hónapokban halmozódnak, a téli hónapokban alacsonyabb értéken vannak, míg a közép- és időskorúak baleseteinél inkább a téli hónapokra tehető a halmozódás. A ne-

8. táblázat

Férfiak baleseti eredetű halálozása, 1994–2002

Kor	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Össze- sen
-15	13	14	9	7	12	8	8	11	7	89
16-60	304	310	290	261	272	238	242	277	248	2442
61-	140	149	134	137	120	108	99	103	112	1102
Összes	457	473	433	405	404	354	349	391	367	3633
százalék										
-15	14,6	15,7	10,1	7,9	13,5	9,0	9,0	12,4	7,9	100,0
16-60	12,4	12,7	11,9	10,7	11,1	9,7	9,9	11,3	10,2	100,0
61-	12,7	13,5	12,2	12,4	10,9	9,8	9,0	9,3	10,2	100,0

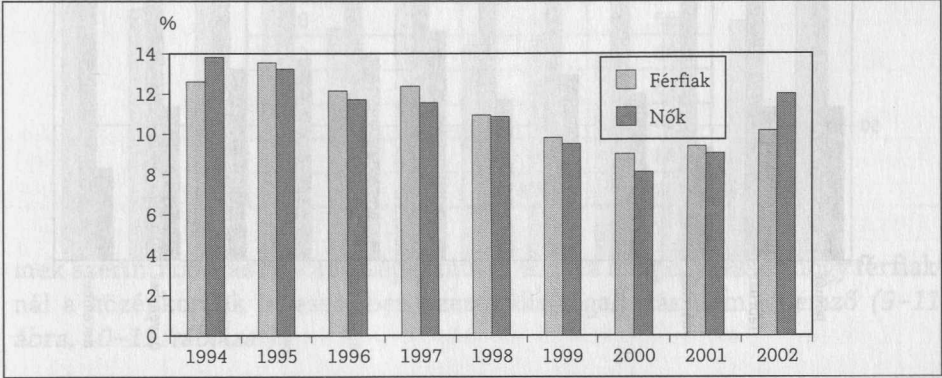
9. táblázat

Nők baleseti eredetű halálozása, 1994–2002

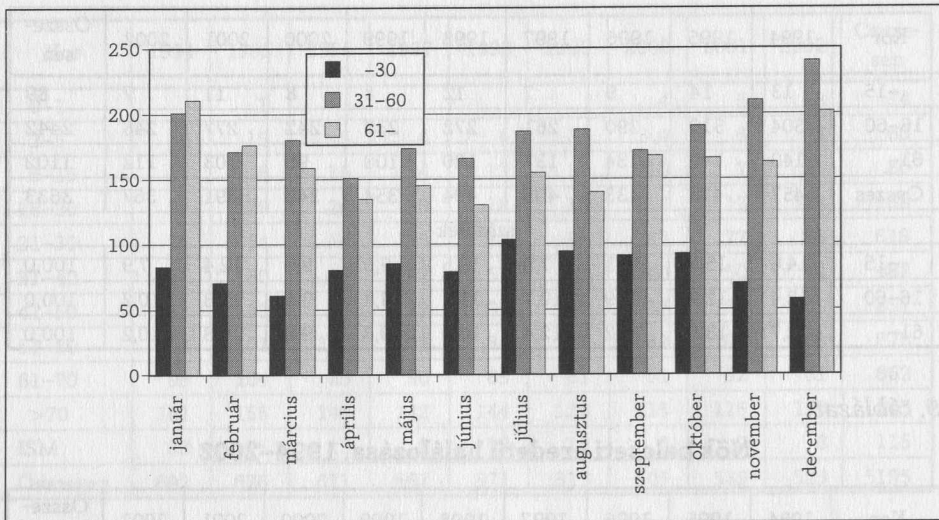
Kor	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Össze- sen
-15	6	10	12	1	5	5	10	8	8	65
16-60	82	68	56	55	61	63	71	56	45	557
61-	114	110	97	95	89	79	67	75	99	825
Összes	202	188	165	151	155	147	148	139	152	1447
százalék										
-15	9,2	15,4	18,5	1,5	7,7	7,7	15,4	12,3	12,3	100,0
16-60	14,7	12,2	10,1	9,9	11,0	11,3	12,7	10,1	8,1	100,0
61-	13,8	13,3	11,8	11,5	10,8	9,6	8,1	9,1	12,0	100,0

8. ábra

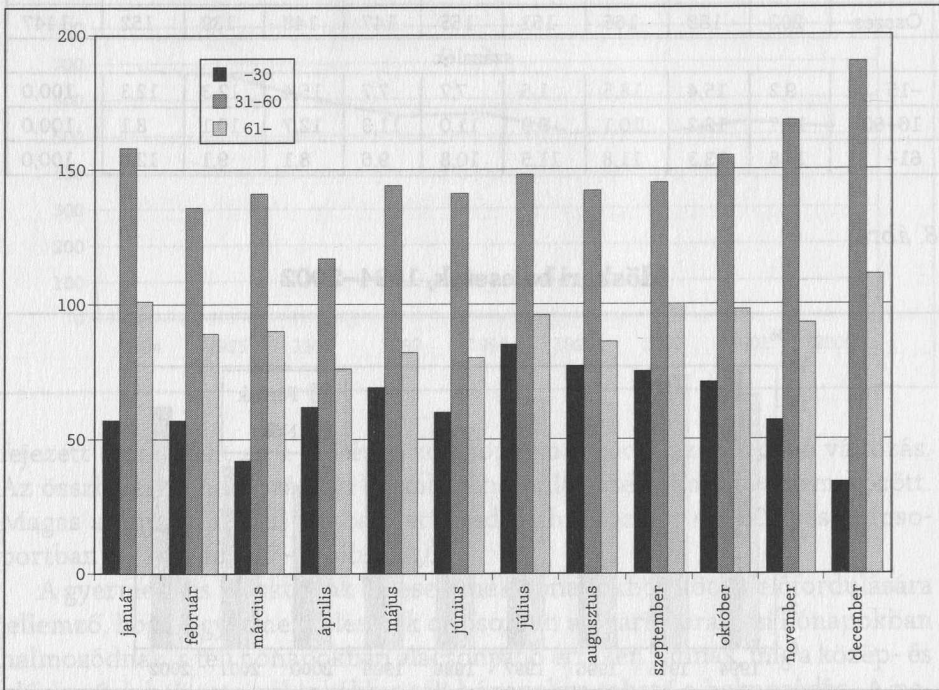
Időskori balesetek, 1994–2002



Szezonális megoszlás korcsoportok szerint



Szezonális megoszlás (férfiak)



10. táblázat

Szezonális megoszlás (férfiak)

Hónap	-30	31-60	61-
1	57	158	101
2	57	136	89
3	42	141	90
4	62	117	76
5	69	144	82
6	60	141	80
7	85	148	96
8	77	142	86
9	75	145	100
10	71	155	98
11	57	168	93
12	34	190	111
Σ	746	1785	1102

11. táblázat

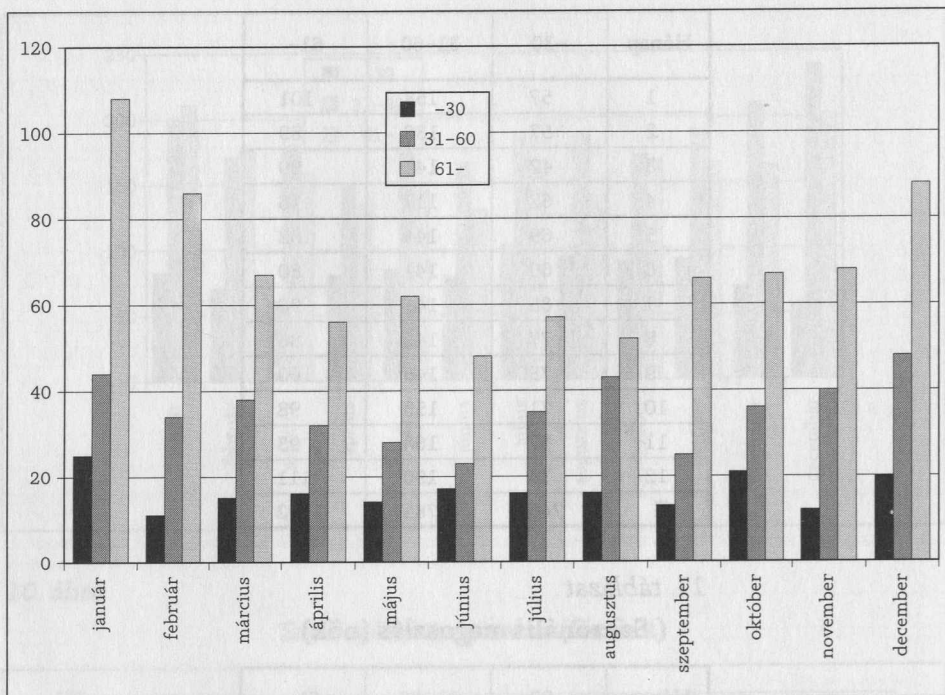
Szezonális megoszlás (nők)

Hónap	-30	31-60	61-
1	25	44	108
2	11	34	86
3	15	38	67
4	16	32	56
5	14	28	62
6	17	23	48
7	16	35	57
8	16	43	52
9	13	25	66
10	21	36	67
11	12	40	68
12	20	48	88
Σ	196	426	825

mek szerinti bontás hasonló képet mutat, azzal a megjegyzéssel, hogy férfiaknál a középkorúak baleseteiben szezonális ingadozás nem jellemző (9-11. ábra, 10-11. táblázat).

11. ábra

Szezonális előfordulás (nők)



12. táblázat

Kórházban bekövetkezett halálesetek száma

	0-1	2-5	6-15	16-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	>70	ISM	Össze- sen
Férfiak	1	16	24	48	144	182	344	396	292	489	24	1960
Nők	2	15	11	14	34	29	78	94	119	449	7	852

13. táblázat

Kórházban bekövetkezett halálesetek százalékos aránya

	0-1	2-5	6-15	16-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	>70	ISM	Ösz- zesen
Férfiak	25,0	47,1	47,1	36,9	27,4	44,7	50,7	57,0	62,7	77,0	26,4	52,7
Nők	20,0	57,7	37,9	35,0	37,0	39,2	43,8	53,7	60,4	71,5	30,4	57,9

Figyelemre méltóak a sérülést követő túlélésre vonatkozó adatok. Az összes eset mintegy 54%-a kórházi kezelésben részesül a baleset után. Az egyes

A halál bekövetkezésének helye és a baleset jellege

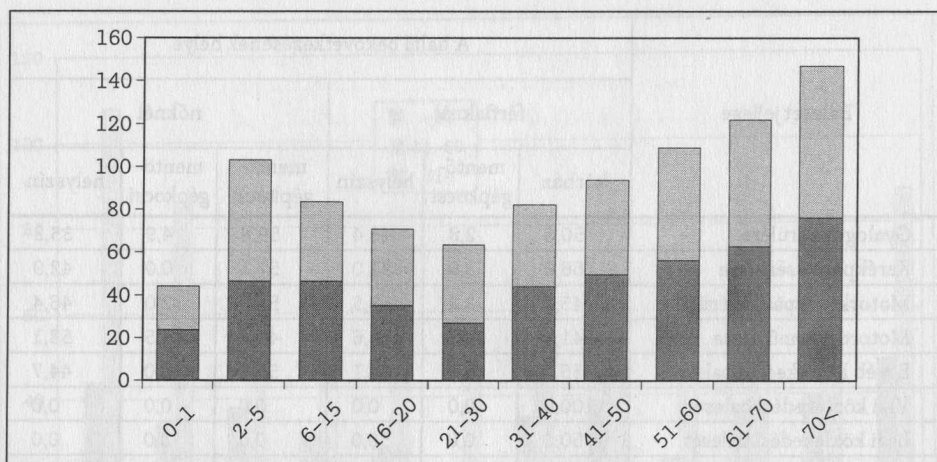
Baleset jellege	A halál bekövetkezésének helye					
	férfiaknál			nőknél		
	kórház	mentő- gépkocsi	helyszín	mentő- gépkocsi	mentő- gépkocsi	helyszín
Gyalogos sérülése	50,8	2,8	46,4	59,8	4,9	35,3
Kerékpáros sérülése	66,0	3,0	31,0	57,1	0,0	42,9
Motorkerékpáros sérülése	45,7	3,8	50,5	51,7	2,0	46,4
Motoros jármű utasa	41,1	3,3	55,6	41,4	5,5	53,1
Egyéb közlekedési baleset	55,1	0,8	44,1	55,3	0,0	44,7
Vízi közlekedési baleset	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Légi közlekedési baleset	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0
Esések	75,2	1,0	23,8	81,8	0,0	18,2
Tompa erő	30,8	3,8	65,4	0,0	0,0	100,0
Élhatás	50,0	0,0	50,0	100,0	0,0	0,0
Gépek	66,7	0,0	33,3	0,0	0,0	0,0
Lőfegyver	73,9	0,0	26,1	83,3	0,0	16,7
Egyéb élettelen erő	35,7	0,0	64,3	100,0	0,0	0,0
Élő mechanikai erő általi baleset	40,0	20,0	40,0	50,0	25,0	25,0
Balesetszerű vízbe fulladás	7,3	0,0	92,7	2,9	0,0	97,1
Mechanikai fulladás	18,8	1,4	79,7	27,6	10,3	62,1
Elektromos áram	24,3	2,7	73,0	40,0	0,0	60,0
Füst, tűz, forró anyagok	67,9	0,5	31,6	72,0	0,0	28,0
Természeti erők	63,2	1,8	35,1	62,5	0,0	37,5
Mérgezések	20,2	0,4	79,5	31,3	0,0	68,8
Egyéb baleseti tényezők	44,6	1,8	53,6	41,7	0,0	58,3
Végösszeg	52,7	1,8	45,5	57,9	2,0	40,1

életkorokban eltérő arányban, jellemzően az időskorúaknál magas a kórházba kerülési arány. Nagy valószínűséggel e mögött a viszonylag sérülékenyebb korosztály enyhébb baleseteinek súlyos következményei állhatnak. Ez különösen kifejezett nők esetében. A fiatal korosztályban kiemelkedően magas a 6–15 évesek kórházba kerülése a baleset után, különösen fiúknál, míg lányok esetében a 2–5 éves korosztály a hasonló jellegű (12–14. táblázat, 12. ábra).

Az összaleseti, közúti baleseti és a gyalogos elütéses baleseti közvetlen halálokok és szövődmények elemzéséből mindhárom vizsgált csoportban

12. ábra

Kórházi ellátásban részesült



15. táblázat

Baleseteknél megállapított halálok életkor szerint (férfiak)

Halálok	Eset			Százalék		
	-30	31-60	61	-30	31-60	61
Fertőző betegség	12	39	29	2,6	3,9	3,5
Idegrendszer, érzékszervek	15	24	20	3,3	2,4	2,4
Keringési szervek betegségei	10	33	91	2,2	3,3	11,0
Agyi vérkeringés zavarai	0	4	6	0,0	0,4	0,7
Akut légzési elégtelenség	9	90	130	2,0	9,0	15,8
Krónikus légzési elégtelenség	1	9	5	0,2	0,9	0,6
Emésztőszervek betegségei	0	3	3	0,0	0,3	0,4
Egyéb	9	23	17	2,0	2,3	2,1
Szövődmény	56	225	301	12,2	22,4	36,5
Koponya sérülése	71	253	214	15,5	25,2	26,0
Mellkas sérülése	5	12	8	1,1	1,2	1,0
Has sérülése	3	2	1	0,7	0,2	0,1
Végtag sérülése	0	0	2	0,0	0,0	0,2
Több testtáj ülése	16	22	17	3,5	2,2	2,1
Égés, hőhatás	16	60	50	3,5	6,0	6,1
Mérgezés	101	90	33	22,0	9,0	4,0
Shock, sérülés	191	341	198	41,6	33,9	24,0
Összesen	459	1005	824	100,0	100,0	100,0

16. táblázat

Baleseteknél megállapított halálok életkor szerint (nők)

Halálok	Eset			Százalék		
	-30	31-60	61	-30	31-60	61
Fertőző betegség	5	14	10	2,3	3,5	2,5
Idegrendszer, érzékszervek	6	4	4	2,7	1,0	1,0
Keringési szervek betegségei	1	3	19	0,5	0,7	4,8
Akut légzési elégtelenség	4	34	47	1,8	8,4	11,8
Krónikus légzési elégtelenség	1	2	3	0,5	0,5	0,8
Emésztőszervek betegségei	0	0	3	0,0	0,0	0,8
Egyéb	5	9	8	2,3	2,2	2,0
Szövődmény	22	66	94	10,0	16,4	23,5
Koponya sérülése	54	87	68	24,4	21,6	17,0
Mellkas sérülése	3	7	5	1,4	1,7	1,3
Has sérülése	1	2	0	0,5	0,5	0,0
Végtag sérülése	0	0	1	0,0	0,0	0,3
Több testtáj ülése	14	14	14	6,3	3,5	3,5
Égés, hőhatás	0	2	1	0,0	0,5	0,3
Mérgezés	0	0	2	22,0	0,0	0,5
Shock, sérülés	105	159	121	47,5	39,5	30,3
Összesen	121	403	400	100,0	100,0	100,0

17. táblázat

Leggyakoribb szövődmények kor szerint

Kor	Sepsis	Agyoedema	Pilm. emb.	Pneumonia	Szívélég-telenség	Összesen
0-1	1				3	6
2-5	3	1		1	1	9
6-15					2	3
16-20	2	2		2	0	11
21-30	6	5		3	2	27
31-40	6	6	1	9	3	38
41-50	18	9	2	21	7	84
51-60	15	8	3	26	13	104
61-70	11	12	3	30	12	92
>70	17	5	8	64	54	209
ISM				1	1	4
Összesen	79	48	17	157	98	587

18. táblázat

Leggyakoribb szövődmények közötti baleseteknél

Kor	Sepsis	Agyoedema	Pulm. emb.	Pneumonia	Szívelégtelenség	Összesen
-30	12	8	0	6	8	34
31-60	39	23	6	56	23	147
31-	28	17	11	94	66	216
Százalékos megoszlás						
-30	21,4	14,3	0,0	10,7	14,3	60,7
31-60	17,3	10,2	2,7	24,8	10,2	65,0
61-	9,3	5,6	3,7	31,2	21,9	71,8

19. táblázat

Gyalogosok baleseteinél megállapított halálok

Halálok	30-	31-60	61-	30-	31-60	61-
Idegrendszer, érzékszervek	1	0	3	1,6	0,0	1,2
Keringési szervek betegségei	0	1	15	0,0	0,4	5,9
Akut légzési elégtelenség	0	21	35	0,0	9,3	13,7
Krónikus légzési elégtelenség	0	0	2	0,0	0,0	0,8
Emésztőszervek betegségei	0	0	2	0,0	0,0	0,8
Egyéb	0	4	7	0,0	1,8	2,7
Szövődmény	1	26	64	1,6	11,5	25,0
Koponya sérülése	23	53	58	36,5	23,3	22,7
Mellkas sérülése	1	2	3	1,6	0,9	1,2
Has sérülése	0	0	1	0,0	0,0	0,4
Végtag sérülése	0	0	1	0,0	0,0	0,4
Több testtáj sérülése	2	14	9	3,2	6,2	3,5
Égés, hőhatás	0	0	1	0,0	0,0	0,4
Mérgezés	0	1	2	0,0	0,4	0,8
Shock, sérülés	34	124	110	54,0	54,6	43,0
Összesen	63	227	256	100,0	100,0	100,0

(a halálokok és szövődmények vonatkozásában) hasonló számszerű és százalékos előfordulási gyakoriságot találtunk. A keringési és légzési elégtelenség, illetve a fej- és koponyasérülés szövődményei állnak az első helyen. A jelenség magyarázata, hogy a különböző baleseti típusok eseteiben a halálos következmény, illetve szövődmény a politraumatizáció következménye, ami az elszenvedett balesetek súlyosságát is jelzi (15-19. táblázat).

Időskorúak baleseti halálozása

A hazai és a nemzetközi mortalitási adatok összehasonlítása szerint a közlekedési balesetek halálos áldozatainak mintegy 30-50%-a az idősebb korosztályból kerül ki.¹⁶

Az idős egyéneknek – fizikai, valamint mentális képességeik élettani csökkenése miatt – megnövekszik az esélyük, hogy közlekedési balesetek áldozataivá váljanak. A nemzetközi statisztikai adatok kiértékelésének figyelemreméltó és meglepő következtetése, hogy a balesetek számaránya alacsonyabb a 70-79 évesek, mint 60-69 évesek között.¹⁷ A jelenség magyarázatát valószínűleg az adhatja, hogy ennél a korcsoportnál a tényleges és a képzelt teljesítőképesség között még diszkrepancia áll fenn. A lassan kialakuló fizikai-szellemi regresszió ténye feltehetően még nem érzékelhető. A fiatalabb életkorban megszokott életvitel folytatása történik anélkül, hogy tudatosulnának az időközben kialakult korlátok. Nyilvánvaló, hogy ebben a helyzetben gyakrabban alakulnak ki balesetveszélyes helyzetek.¹⁸ A jelenség, legalábbis a hazai statisztikai adatok alapján nem figyelhető meg.¹⁹

Magyarországon – más európai országokhoz hasonlóan – fokozatosan nő az időskorúak száma, a népességen belüli aránya. A korosztályt teljesítőképességük csökkenése, valamint az a tény, hogy hazánkban lényegében kimaradtak a motorizáció fejlődéséből, különösen sebezhetőkké teszi.²⁰ A részükéről mindamellett tapasztalható egy, az aktívnak tekinthető életszakasz meghosszabbítására irányuló törekvés, amellyel az életmód korábban kialakult rendszerének továbbvitelét igyekeznek megvalósítani.

A különböző hazai, valamint nemzetközi statisztikai adatok szerint a 60. életévtől kezdve a halálos kimenetelű balesetek elszenvedésének valószínűsége növekszik, a 80-90 éves korosztálynál a sérültek közel 35%-a a bekövetkezett balesettel összefüggésben hal meg.²¹ A jelenség jól ismert, előidézésében több tényező játszik szerepet. Ugyanazon ütközési mechanizmus – azonos erőbehatás – következtében az idősek általában súlyosabb sérüléseket szenvednek el, főként a csontozat kisebb ellenálló képessége, fokozott törékenysége miatt.²² A szövődmények gyakorisága is a korral előrehaladva növekszik, míg például a 20-32 éves korosztálynál a sérülések 10%-ában áll be a halál a szövődmények következtében, időseknél ez az arány az 50-55%-ot is elérheti.²³

16 Mándoky L., 1997; Paksay A., 2003; Sjörger, H., 1994; Sótónyi P., 2001.

17 Sjörger, H., 1994.

18 Uo.

19 Gárdos É. és mtsai, 2002.

20 Mándoky L., 1997.

21 Vaupel, I. W., 1993.

22 Gárdos É. és mtsai, 2002; Gaus, W. et al., 1999; Sjörger, H., 1994.

23 Gaus, W. et al., 1999; Mándoky L., 1997.

Az intézeti összehasonlító elemzésekben²⁴ a külsérelmi nyomoktól eltekintve a koponya- és agysérülések a leggyakoribbak, az esetek közel 82,7%-ában megtalálhatók. A jelentőségét aláhúzza az a tény is, hogy ezen sérülések képezik a harmadik leggyakoribb halálozási okot. A koponyán belüli sérülések miatt a sérültek 47,9%-a a helyszínen elhunyt, míg további 23,2% egy héten belül meghalt.²⁵ A koponyán belüli sérülésekkel együtt a koponyacsont-sérülés az esetek 52,7%-ában fordult elő. A második leggyakoribb sérülés a több borda törésével járó sorozat-bordatörés az összes esetek 66%-ában, a helyszínen elhaltak 87,9%-ában fordult elő.²⁶ A sérülés ezen típusa egyéb súlyos sérülésekkel együtt jelent meg. A negyedik leggyakoribb sérülés, a medencecsonttörés az esetek 46,7%-ban következett be, azok esetenként a környező lágyrészek és érkepletek sérülései miatt nagy vérvesztéssel járhatnak. Amennyiben a belső szervi sérülések kizárhatók, úgy a vérvesztéses sokk elsősorban a medencecsont-sérülés és szövődményeiben keresendő. Nőknél az ötödik helyen 39,7%-ban a combcsonttörés áll, ez 13,8%-kal nagyobb, mint a férfiaknál, amit a női áldozatoknál a súlyosabb mértékű csonttritkulás is magyarázhat. A boncolás során a természetes kórokú megbetegedések közül a legmagasabb arányban az általános érelmeszesedés, a szívizom zsíros, illetve heges elfajulása, szívtúltengés, -tágulás, májzsírosodás volt megtalálható mint ezen korcsoport jellegzetes kórbonctani elváltozásai. A szövődmények közül első helyen – mint közvetlen halálozási ok – 38,4%-ban a tüdőgyulladás állt.²⁷ Az életkor függvényében halmozottan jelentkező természetes kórokú megbetegedések rontják az életkilátásokat, növelik a szövődmények kialakulásának esélyeit.

Az időskorúak baleseti halálozása anyagunkban az életkor emelkedésével nő. A 70 év felett a nemek közötti különbség kiegyenlítődik. Összességében az egyes baleseti csoportokban enyhe csökkenés tapasztalható, azonban az életkor előrehaladásával emelkedik a baleseti összhálózás aránya. Az évszakok vonatkozásában szignifikáns különbség nem állapítható meg, ugyanakkor a hét napjait elemezve szembetűnő emelkedést mutat a balesetek előfordulásának számszerűségében a pénteki nap.

A helyszíni halálozás enyhe növekedése azt látszik megerősíteni, hogy a sérülések súlyosabbak, ez a tény arra is felhívja a figyelmet, hogy az elsődleges ellátás, a sérült mielőbbi szakintézetbe juttatása az életben maradási kilátások döntő tényezője lehet. A megállapítás akkor is igaz, ha figyelembe vesszük, hogy az esetek közel 30%-ában a sérülések olyan jellegűek voltak, hogy azok az élettel összeegyeztethetetlenek. A sérülésekből, illetve a gyógykezelés alatt

24 Mándoky L., 1997; Sótonyi P., 2001.

25 Mándoky L., 1997.

26 Uo.

27 Uo.

bekövetkezett, el nem hárítható szövődményekből a halálozás szignifikáns, korcsoportonkénti (60–69, 70–79, 80 év felett) gyarapodást mutatott.

A véralkohol-vizsgálati eredmények alapján az ittas áldozatok száma emelkedik. Sajnálatos, hogy megnőtt a súlyos alkoholos befolyásoltság állapotában lévő aránya is. Azokban az esetekben, amikor balesetet túlélőknél intenzív terápia, sokktalanítás, volumenpótlás történt, akkor csak azok az eredmények lehettek mérvadóak, amelyek a kórházi kezelés megkezdése előtt levett vérmintából készített véralkohol-meghatározás eredményét tartalmazták. Az esetek 23,5%-ban ez nem történt meg, illetve a kórlap nem tartalmazott erre vonatkozó adatokat!

Gyermek- és serdülőkori baleseti halálozás

A gyermekek közlekedésének baleseti kockázata nagy.²⁸ A közlekedésben való fokozottabb részvételük mintegy hozzátartozik fejlődésükhöz, önállóságuk kialakulásához.²⁹

A gyalogos gyermekek a közlekedés legvédtelenebb résztvevői, a különböző statisztikai adatok szerint a balesetek 15-18%-ának elszenvedői.³⁰ A bekövetkezett balesetek oka jelentős százalékban a szabálytalan, az úttesten, az állj jelzésen és az álló jármű előtt való áthaladás következménye.³¹ A gyermek-balesetek vizsgálatából megállapítható, hogy 56,5%-ban a baleset a járművezető, míg 40,5%-ban a gyalogos gyermek, illetve 3,5%-ban a szülő, gondozó, hozzátartozó hibájából következett be.³² A kijelölt gyalogátkelő helyeken megtörtént balesetek elemzése figyelmeztet, hogy az esemény 66,8%-ban a gépjárművezető, 29,1%-ban a gyermek, míg 4,1%-ban szülő, gondozó, hozzátartozó gondatlanságából következett be.³³

A gyermekek helyzetét a közlekedésben az életkorukkal járó testi és lelki sajátosságok határozzák meg. Az érzékszerveik fejlettsége tekintetében különböznek a felnőttektől. Perifériás látásuk még nem alakult ki teljesen, ezért bizonyos szögből közelítő járműveket nehezebben, hosszabb idő elteltével vesznek észre. A mozgó tárgyak észlelése, sebességük megközelítően pontos megítélése egyébként is tapasztalatot, gyakorlatot igényel. A mozgás, a sebesség észlelésekor tér- és időbeli elemek komplex feldolgozása történik az agyban, és ez a képesség a gyermekkorban még nem, vagy csak részben fejlőd-

28 Peng, R. Y. – Bongard, F. S.

29 Rao, R. – Hawkins, M. – Guyer, B., 1999; Sandels, S., 1979.

30 Barell, V. et al., 1990; Durkin, M. S. et al., 1999; Macpherson, A. – Roberts, I. – Pless, I. B., 1998; Varga T., 1996; Waldron, I., 1993.

31 Törő K. és mtsai, 2001.

32 Rao, R. – Hawkins, M. – Guyer, B., 1999.

33 Patrick, D. A. et al., 1998.

dött ki. Hasonló nehézségekkel számolhatunk a hang irányának meghatározását illetően is. Az irányhallás kialakulása is hosszabb fejlődési folyamat eredménye. Egyeseknél a látási, míg másoknál a hallási orientáció dominál, a kettő koordinációja a fejlődésnek csak egy bizonyos szakaszában következik be, és ekkor válik kielégítővé a külvilágban való tájékozódás. Az említett élettani adottságokon túl annak lehetősége is fennáll, hogy a gyermek valamilyen, még fel nem ismert érzékszervi fogyatékoságban szenvedhet.³⁴

A gyermekkor másik el nem hanyagolható sajátossága a testmagasság és a testsúly. Egyszerű fizikai törvényszerűség, hogy azonos erő a kisebb tömeget könnyebben, illetve távolabbra mozditja el eredeti helyzetéből, mint a nagyobb. A közlekedési környezet a felnőtt személyekre méretezett. A gyermek szemmagassága a felnőtténél jóval alacsonyabb, nem lát át a járművek fölött, és ez a tény is akadályozza a közlekedési helyzet helyes felmérésében. A testmagasságból adódik továbbá az is, hogy az elsődleges ütközés gyermekgázolás esetében többnyire a test súlypontjában vagy a súlypont felett történik.³⁵

A gyermekek helyzetét a közlekedésben nemcsak az említett testi, de bizonyos lelki adottságok is meghatározzák. A széles körű kutatási eredmények értékes segítséget nyújtanak ahhoz, hogy megismerjük a gyermekkor néhány, a közlekedésben alapvetően fontos magatartásformáját. Ezeket Sandels és Kelemen³⁶ a következő négy csoportba sorolja:

1. A gyermekek többsége egyáltalán nem néz körül, mielőtt lelép a járdáról.
2. A jármű közeledtét észlelve a gyermek megijed, átszalad az úttesten vagy ellenkezőleg: visszafut kiindulási helyére. Elbizonytalanodva gyakran szaladgál az úttesten olyan módon, hogy haladási irányát többször változtatja.
3. A parkoló gépkocsik előtt vagy mögött kilépő gyermeknek nincs kellő rálátása az úttestre, ezért későn vagy egyáltalán nem veszi észre a közeledő járműveket.
4. A felnőttel közlekedő gyermek gyakran hátramarad. Amikor lemaradását észreveszi, megijed, hirtelen elhatározással kiszalad az úttestre, hogy kísérőjét utolérje. Szinte mindennapos jelenség, hogy a gyermek, aki a túloldalon megpillantja hozzátartozóját vagy kedves ismerősét, körültkintés nélkül szalad át az úttesten, mert életkoránál fogva cselekvései jórészt ösztönösek, hirtelen keletkező érzelmein nem képes uralkodni.

A halálos végű gyermekbalesetek számszerűségében kedvezőtlen jelenséget tapasztalhatunk, mert azok a 2000. évtől emelkedést mutatnak. A nyári és kora őszi évszakokban előfordulásuk halmozódása figyelhető meg, ez az iskolai szünidőre és a tanév megkezdésének időszakára esik.

34 Kelemen J., 1980; Kelemen J., 1981; Ternai Z., 1980.

35 Kelemen J., 1980.

36 Sandels, S., 1979; Kelemen J., 1980.

A gyermekek közlekedési képessége ezekben az évszakokban a helyzetekkel szembeni elvárható és előírt magatartás vonatkozásában elmarad vagy módosultan jelenik meg. Potenciális veszélyt jelent továbbá, hogy a nyári időszakban megnő a közúti közlekedési veszélyeztetés lehetősége (gyorshajtás, elsőbbségi jog meg nem adása stb.).

Az eredményeink nyomatékkaal hívják fel a figyelmet, hogy a közlekedésben részt vevő, balesetet elszenvedett gyermekeknél a koponya- és fejsérülések magas százalékban fordulnak elő, ezért azok megelőzése, illetve szakszerű kezelése elsődleges fontosságú. Gyermekeknél az elszenvedett fej- és koponyasérülések súlyosabbak, mint az egyéb balesetek áldozatainál.³⁷

A közlekedési balesetek helye, ideje, jellege és az elszenvedettek életkora alapján a szülők, illetve a környezet gondatlanságát 35%-ban állapították meg, 62%-ban legalábbis feltételezték. Ezek a tények is felhívják a figyelmet, hogy a gyermekbalesetek nagy része megfelelő elővigyázatosság mellett elkerülhető.³⁸

Következtetések a hatékonyabb megelőzés érdekében

1. A közúti forgalom ugrásszerű növekedésével a súlyos közlekedési balesetek számának emelkedése és következményeinek csökkentése csak úgy valósítható meg, ha ismerjük a baleset körülményeit és a megelőzés lehetőségeit. A balesetek tényének és okainak objektív feltárása teszi lehetővé, hogy az adott esetben megtörténjen a baleset okozójának hatósági felelősségre vonása. Napjainkban a közúti közlekedéssel összefüggő bűncselekmények még mindig jelentős hányadot képeznek az összбүнözésen belül. Az sem elhanyagolható szempont, hogy a közlekedési balesetekkel összefüggő átmeneti vagy végleges egészségkárosodás nagy finanszírozási terhet jelent az egészségügy számára, és a halálozásból származó anyagi, szociális, társadalmi problémák is jelentősek. A törvény bizonyos pontokon történő szigorítása következetes és egységes elvek alapján történő alkalmazása a megelőzés fontos tényezője.

2. A gyalogosok testi épségének védelme – az urbanizáció és a gépjárműforgalom rohamos fejlődésével egyidejűleg – a közlekedésbiztonság egyik alapvető kérdésévé vált. A valóságos helyzetet jól tükrözi az a ma már közhelyként hangzó megállapítás, hogy a gyalogosok a „közlekedés védtelenjei”. Míg hazánkban a motorkerékpárosok részére kötelezővé vált a bukósisak viselése, a személygépkocsikban bevezették a biztonsági öv használatát, a járművek

37 Macpherson, A. – Roberts, I. – Pless, I. B., 1998; De Sousa, R. M. – Regis, F. C. – Koizumi, M. S., 1999; Törő K. és mtsai, 2001; Vaupel, I. W., 1993.

38 Sjörgen, H., 1994.

vezetőfülkéjét, illetve utasterét a balesetvédelmi szempontoknak megfelelően korszerűsítették, addig a gyalogoselütések számának csökkentésére – eltekintve bizonyos városrendezési, útépitési és forgalomszabályozási intézkedéstől – a szakemberek alig találtak hatékony megoldást. A tapasztalatok határozottan azt mutatják, hogy a szervezeten és széles körben folytatott közlekedési nevelés hatékony eszköze a prevenciónak, sajnos ez ideig nem hozott Budapesten számottevő és tartós eredményt a gyalogosok sérelmére történt balesetek megelőzésének tekintetében.

3. A gyermek- és időskori halálozásban a közlekedési balesetekben elszenvedett sérülések következményei meghatározó oki tényezőként szerepelnek. Kedvezőtlen jelenséggént kell értékelni azt a tényt, hogy a 2000. évtől elsősorban a nyári és kora őszi időszakokban, de összességükben is emelkedtek a halálos kimenetelű gyermekbalesetek. Hasonló tendencia figyelhető meg az idősebb korban is. Az elszenvedett sérülések súlyosságát jelzi mindkét korcsoportban a koponyasérülések, a többszörös csonttörések gyakorisága és a helyszíni halálozások magas száma. A legkritikusabb időszak a közlekedési balesetek szempontjából a hétvége. Az időskorúak csoportjában a már meglévő természetes kórokú megbetegedések miatt a szövődmények gyakoribb bekövetkezésének lehetősége is növeli a halálozást. A közúti közlekedési balesetek magas halálozási mutatói a prevenciók stratégiák szükségességét hangsúlyozzák.

A közlekedésben a gyermekek helyzetét az életkorukkal járó testi és lelki sajátosságok határozzák meg. A közúti közlekedés jelen formája elsősorban a felnőtt személyek testi és lelki jellemzőinek felel meg. A gyermekek perifériás látása fokozatosan fejlődik ki. A mozgás és sebesség észlelésekor a tér és időbeli elemek feldolgozása gyermekkorban részben vagy még nem alakult ki. A külvilágban való helyes tájékozódás a fejlődés egy bizonyos szakaszában következik be. A baleset-megelőzés érdekében végzett kutatások és intézkedések eredményesek csak akkor lehetnek, ha figyelembe veszik a gyermekkor élettani sajátosságait.

Az idős egyének fizikai és szellemi képességeinek élettani csökkenése növeli az esélyét annak, hogy közlekedési balesetek áldozataivá váljanak. Az okok számosak: mozgásuk meglassult, nem tudják mindig megfelelően kihasználni a közlekedés biztonsági eszközeit, rövid lehet a gyalogos átkelőhely szabad jelzésének időtartama, az útszakasz megtételéhez viszonylag kevés idő áll rendelkezésre, az alul-, illetve felüljárókat a sok lépcső miatt nem veszik igénybe. A reakcióidő megnyúlt, a belátási képesség esetenként beszűkült, a percepció és kognitív funkciók csökkentek. Megfelelő közlekedési rutinnal az időskorúak egy része nem rendelkezik.

4. Antropológiai eltérésekből következik, hogy más következményekkel jár a gyermek mint a felnőtt elütése, mert a gyermek az ütközés második fázisában a talajra kisebb magasságból zuhan, de testének rotációs mozgása nagyobb mértékben növeli az esés sebességét. A gyermek feje ezért nagyobb

gyorsulással csapódhat a talajhoz, ez is magyarázza a gyakoribb koponyasérülések előfordulását. Az időskorúaknál már kisebb erőbehatás is súlyos, életveszélyeztető sérüléseket hozhat létre (pl. osteoporosis), illetve megnő a természetes kórokú megbetegedések (pl. keringés-légzés) miatt a szövődmények kialakulásának esélye.

5. A gyermek- és időskorúak baleseteinek megelőzésében az egyik tényező a közlekedésben is meghatározó élettani adottságaik jobb megismerése. Az élettani és értelmi sajátságok pontos ismerete például lehetővé teheti a különösen veszélyeztetett csomópontokon olyan forgalomirányító berendezések és jelzések bevezetését és elhelyezését, amelyek felhívják a figyelmet a biztonságos közlekedésre, a baleseti veszélyre.

A megelőzés fontos eleme már az óvodáskorban megkezdett, folyamatos, a helyes közlekedésre nevelés. E területen jelentős feladatok várnának a televízió gyermekműsoraira, de valamennyi tömegtájékoztató eszközt e cél érdekében kellene felhasználni. A növekvő gépjárműforgalom ellenére a lakott területen indokolt a sebességkorlátozásnak még az eddiginél szigorúbb betartása, mert a gépjárművek nagyobb haladási sebessége növeli a sérülések gyakoriságát és súlyosságát. Gyakorlati szempontból a leghatékonyabbnak látszik a forgalomszabályozó és -irányító berendezések korszerűsítése. A korszerű parkolók létesítésével elkerülhetők, illetve csökkenthetők azok a balesetek, amelyek abból adódnak, hogy az úttestre lépő gyalogos elől a járda mellett álló gépkocsik eltakarják a kilátást. A nagy forgalmú csomópontokon kialakított aluljárók és felüljárók a gyalogosok számára teljes biztonságot nyújthatnak. A gépjárművek külső kiképzésének korszerűsítésével – energiaelnyelő gépjárműfelület – a személyi sérülések súlyossága csökkenthető, ez azonban csak fokozatos fejlesztéssel, hosszabb távon valósítható meg. A gyalogosok elütésének kérdése rendkívül összetett. Az eredményes megelőzési módszerek kidolgozásához szükséges alapismeretek megszerzését csak a közlekedési kérdésekben járatos orvosok, műszaki és biztonsági szakemberek együttműködése biztosíthatja.

A közlekedési balesetek morbiditási és mortalitási adatainak a korábbiakhoz viszonyított kedvezőbb tendenciái nem jogosíthatnak fel arra, hogy ne küzdjünk a közlekedési kriminalitás ellen, ne dolgozzunk ki hatékony és komplex megelőzési rendszereket.

6. A hatékony prevenció egyik eszköze a gondatlanok, a következetesen szabálytalankodók – a törvény szigorával történő – megbüntetése. A törvény a gyermekkorúakat nem bünteti. Ez a gyakorlat közlekedésbiztonsági szempontból is megfelel annak a vitathatatlan ténynek, hogy a gyermekek, ha gyakran hibáznak is, többnyire „ártatlan” áldozatai a közlekedésnek. A felnőtt ember ismeri a közúti közlekedés veszélyeit és törvényeit. Tudnia kell, hogy adott helyzetben mit kell tennie, és ha hibázik, figyelmetlenségének vagy a szabályok tudatos megszegésének mik a következményei. Ezzel szemben a gyermek

– életkori sajátosságai folytán – még nem képes kielégítően alkalmazkodni a közlekedési környezet szabályaihoz és követelményeihez. Helytelen tehát, ha a gyermekeket „kis felnőtteknek” tekintjük a közlekedésben éppúgy, mint a mindennapi élet egyéb területein.

7. Az utóbbi évtized orvos szakértői tapasztalatai minden kétséget kizáróan, egyértelműen bizonyították, hogy a balesetek többségében csak a komplex balesetelemzés vezethet eredményre. A közös munkának köszönhető többek között, hogy a gépjármű utasterének balesetvédelmi szempontból történő korszerűsítése – légzsák, biztonsági öv, fejtámla, gyermekülés, motorkerékpár-vezetők számára kötelezővé vált bukósisak stb. – kézzelfogható, kedvező eredményeket hozott a baleseti halálozásban. Az elülső és hátsó üléseken együttesen rendszeresített fejtámla és biztonsági öv, továbbá a beépített elülső és oldalsó légzsákok alapvetően megváltoztatták a balesetek karakterisztikáját. A gyalogosok biztonságának védelme nélkül nem várható további kedvező és tartós változás a közúti baleseti statisztikában.

8. A balesetek megelőzéséhez elsődlegesen szükséges intézkedéseket összefoglalva az alábbiakat emeljük ki:

- a helyes közlekedés iskolai oktatása,
- a közlekedésre való nevelés,
- a gépjármű-vezetők oktatás elméleti és gyakorlati követelményrendszerének szigorítása,
- hatékonyabb propaganda a tömegtájékoztatásban,
- biztonságosabb gyalogos-átkelőhelyek kialakítása,
- forgalombiztonság növelése (utak, műszaki berendezések stb.),
- a hatósági felelősségre vonás következetessége.

A közúti baleseteket elemző könyvében méltán jegyzi meg Irk: „A legfőbb cél az, hogy megismertessük az emberekkel gyengéiket, megmagyarázzuk, hogy ezek miért különösen veszélyesek a közlekedésben, az ismeretek birtokában pedig megtanítsuk a jövő generációit a jobb közlekedésre, amely egyben a jobb társadalom része.”³⁹

Összefoglalás

A közlekedés és a motorizáció velejárói a közlekedési balesetek. A személyi sérülést vagy halált eredményező közlekedési balesetek száma az 1970-es évekig tartó kedvezőtlen tendencia, a fokozatos emelkedés után az 1980-as évektől kedvező változást mutat. A balesetek gyakoriságának csökkenése a közvetlen, a megelőzés érdekében tett intézkedések részbeni hatékonyságát is igazolja. A halálozási statisztikában tapasztalható pozitív tendenciák ellenére

39 Irk F., 1979.

az európai összehasonlításban nem került hazánk a korábbinál kedvezőbb helyzetbe, mert továbbra is azon országok csoportjába tartozunk, amelyek nemzetközi megítélése kedvezőtlen. A 2000. évtől a halálos végű gyermek- és időskorú korcsoportban előnytelen jelenség körvonalazódik, számszerű emelkedés figyelhető meg. A sérülések jellegzetességét jelzi, hogy az összbaleseti, a közúti baleseti és gyalogos elütési balesetek közvetlen haláloka és halálhoz vezető szövődményei, azok előfordulásának gyakorisága közel azonos. Külön kell kiemelni a gyermek- és időskori balesetek csoportjában a fej- és koponyasérülések, illetve a csonttörések magas százalékos arányát. A sérülések ezen típusai gyakran járnak olyan szövődményekkel, amelyek halálhoz vezetnek.

Az 1994–2002 közötti gyermek- és időskorúak közúti baleseti halálozási mutatóiból kiemelendő az év és napszakok közötti különbözőség. A gyermekeknél a nyári és kora őszi, míg az időskorúaknál az őszi és téli időszakban igazolható jellegzetes emelkedés. Mindkét korcsoportnál a hétvége mutat kedvezőtlen változást. Az időskorban sajnálatosan emelkedő tendencia figyelhető meg az alkoholos befolyásoltság állapotban elszenvedett közúti balesetek számában. A sérültek életkilátásait meghatározza, hogy milyen gyorsan kerülnek a baleset helyszínéről a megfelelő szakintézetbe. Az egyre gyakrabban előforduló súlyos vagy életveszélyes fej- és koponyasérüléseknek elsődleges szerepe van a sérültek halálozásában. A magas halálozás a hatékony prevenciós stratégia kidolgozásának szükségességét húzza alá. Kíváncsún lenné a gondatlanul balesetet okozók hatékonyabb és következetes törvényi felelősségre vonása.

Irodalom

- Barell, V. – Zadka, P. – Halperin, B. – Sidransky, E.: Childhood Mortality from Accidents in Israel. *Israel Med J. Med. Sci.*, 26: 150–157. 1990.
- Buris L.: *Az igazságügyi orvostan kézikönyve*. Budapest, Medicina, 1991.
- Durkin, M. S. – Laraqe, D. – Lubman, I. – Barlow, B.: Epidemiology and Prevention of Traffic Injuries to Urban Children and Adolescents. *Pediatrics*, 103: 1273–1278. 1999.
- Gárdos É., Mészáros Á., Hilbert L., Schaffer L.: *Adatok a halálloki struktúra változásáról Magyarországon 1991–2001 között*. Budapest, KSH, 2002.
- Gaus, W. – Mattern, R. – Sontag, G. H. – Hingst, V. – Reinhardt, G. – Seidel, H. J.: *Ökologisches Stoffgebiet*. Hippokrates Verlag Stuttgart im Georg Thieme Verlag, 1999.
- Johansson, K.: *Traffic Safety in an Ageing Society. Transportation, Communication and Health*. Göteborg Med Publ., 1995.
- Józan P.: Fordulat a halandóságban és az életkilátásokban, epidemiológiai korszakváltás Magyarországon? *Orvosi Hetilap*, 10: 451–460. 2003. 06.10.
- Irk F.: *Közúti balesetek*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1979.
- Kelemen J.: A gyalogoselütés orvosi szakértői szempontjai különös tekintettel a gyermekbalesetekre, I. rész. *Morph. Ig. Orv. Szemle*, 20: 296–303. 1980.

- Kelemen J.: A gyalogoselütés orvos szakértői szempontjai különös tekintettel a gyermekbalesetekre, II. rész. *Morph. Ig. Orv. Szemle*, 21: 39–42. 1981.
- Macpherson, A. – Roberts, I. – Pless, I. B.: Children's Exposure to Traffic and Pedestrian Injuries. *Am. J. Publ. Health*, 88: 1840–1843. 1998.
- Mándoky L.: *Az időskorúak halálos közlekedési baleseteinek elemzése*. Szakdolgozat. Budapest, Semmelweis Egyetem, 1997.
- Paksay A.: *A fekvőbeteg- és a járóbeteg-szakellátás morbiditási adatainak felhasználási lehetősége a lakosság egészségi állapotának vizsgálatában*. Budapest, KSH, 2003.
- Patrick, D. A. – Bensard, D. D. – Moore, E. E. – Partington, M. D. – Karrer, F. M.: Driveway Crush Injuries in young Children: a Highly Lethal Devastating and Potentially Preventable Event. *J. Ped. Surg.*, 33: 1712. 1998.
- Peng, R. Y. – Bongard, F. S.: Pedestrian Versus Motor Vehicle Accidents: an Analysis of 5000 Patients. *I. Am. Coll. Surg.*, 189: 343–348.
- Rao, R. – Hawkins, M. – Guyer, B.: Children's Exposure to Traffic and Risk Pedestrian Injury in an Urban Setting. *National Med. Assoc.*, 91: 557–571. 1999.
- Sandels, S.: *Gyermekeink közlekednek*. Budapest, Gondolat Kiadó, 1979.
- Sjörgeen, H.: *Injuries Among the Elderly*. Doctor Thesis. Umea University, 1994.
- Somogyi E.: *Az igazságügyi orvostan alapjai*. Budapest, Medicina, 1990.
- Sótonyi P. (szerk.): *Igazságügyi orvostan*. Budapest, Semmelweis Kiadó, 2001.
- De Sousa, R. M. – Regis, F. C. – Koizumi, M. S.: Traumatic Brain Injury: Differences Among Pedestrians and Motor Vehicle Occupants. *Revista de Saude Publica*, 33: 85–94. 1999.
- Szuchovszky Gy. – Harsányi L.: A rendkívüli halálesetek orvos szakértői vizsgálata. *Magyar Sebészet*, 27: 90–96. 1974.
- Ternai Z.: *A közúti forgalom biztonsága*. Budapest, Műszaki Könyvkiadó, 1980.
- Törő K. – Nagy Á. – Dunay Gy. – Sótonyi P.: Halálos kimenetelű közlekedési balesetek gyermek- és serdülőkorban. *Pediatr.*, 1: 170–177. 2001.
- Ungváry Gy.: *Előszó a közúti közlekedés-orvostanhoz*. Szerk. Derény G. Székesfehérvár, Egészségügyi Alapítvány, 2000.
- Varga T. – Horváth J.: Die Rolle der Stossgeschwindigkeit bei Verkehrsunfällen zwischen PKW's und Fussgängern. *Beitr. Gerichl. Med.*, 48: 381–385. 1990.
- Varga T.: Some Aspects of Car-pedestrian Accidents. *Bullet. Leg. Med.*, 1: 55–58. 1996.
- Vaupel, I. W.: *The Remarkable Improvements in Survival at Older Ages*. Philosophical Transactions of the Royal Society of London B. 352. 1799–1804. 1993.
- Waldron, I.: Recent Trends in Sex Mortality Ratios for Adults in Developed Countries. *Soc. Sci. Med.*, 36: 451–462. 1993.

Függőségi állapotok

A kábítószerrel való visszaélés komplex probléma: kialakulásában és kezelésében társadalmi, környezeti, jogi, gyógyászati, pszichológiai stb. tényezők játszanak szerepet. A krónikus kábítószerelés deviáns magatartásforma, amelynek tragikus következményei vannak mind az egyénre, mind a családra, illetve a társadalomra. Az alkohol-, a dohányzás-, a drogfüggőség és a kábítószer-hozzászokás képviselik az egyik legjelentősebb orvosi, társadalmi és gazdasági problémakört, amellyel társadalmunknak szembe kell nézni.

A kábulatkeltés vágya korántsem új keletű: évezredekkel a civilizáció hajnala előtt, már a késő kőkorszaki ember is ismert számos olyan növényi vagy állati eredetű anyagot, amelynek nyugtató, kábító, (euforizáló) színes képzeteket (hallucinációkat) keltő vagy éppen serkentő (stimuláns) hatásai voltak. A mákgubók jelenléte az ősi cölöpkunyhók konyhai hulladékában azt jelzi, hogy az ember korán megismerte és alkalmazta azokat a technikákat és szereket, amelyek segítségével transzcendentális élményekhez juthatott, „kémiai vakáció”-ra mehetett.

A kábítószerelés ellen világszerte hatalmas küzdelem folyik, mert az ifjúságot, a populáció legfogékonyabb rétegét, legértékesebb éveiben eltéríti a tanulástól, munkától, családtól, s mert óriási ára van a társadalom számára, akár a kábítószerrel valódi költségeit, akár a „legális” (alkohol, dohányzás) vagy az „illegális” drogok fogyasztásának következményeit vizsgáljuk.

Az ENSZ hivatalos becslése szerint (United Nations Drug Control Program – UNDCP) az évi globális illegális drogfogyasztók száma óriási: a populáció 3,1%-a, azaz 181 millió ember érintett. A nem hivatalos becslések még magasabb – 4,1%-os arányt (246 millió illegális kábítószer-élvező) – tételeznek fel, amely csaknem a teljes USA népességének megfelelő szám. S bár a kannabisz a legelterjedtebb kábítószer – a világ populációjának 2,5%-a él vele (141 millió használó) –, mégis a heroin a legveszélyesebb szer az egészség szempontjából, főleg az injekciós használat és az AIDS közvetítése miatt. Az utóbbi idők statisztikái szerint használata 31 országban fokozódott. Növekedtek a stimuláns típusú (amphetamine – type stimulants: ATS) szerekkel – mint a nálunk is egyre terjedő ún. „diszko”-drogokkal (mint pl. az ecstasy) – folytatott visszaélések: az UNDCP szerint számuk harmincmillióra tehető.

Az USA-ban mintegy 1,1-1,3 millió ember él intravénás kábítószerekkel, ebből mintegy 700-800 ezren heroinisták. 50 millió nikotinhoz hozzászokott embert, 18 millió alkoholistát (problémás ivót), s több millió kokainistát tartanak nyilván. Az amerikai drog-betegek 9 milliárd dollárt fizetnek heroinért, 30 milliárdot kokainért, 8 milliárdot marihuánáért és 2 milliárdot egyéb tiltott szerekért. Ugyancsak az USA-ban készült felmérés szerint 1996-ban 5 milliárd dollárt költöttek a kezeletlen heroinfüggőkre, 5,2 milliárd a költsége a bűnözések következményeinek, 11 milliárdot vesztek a kábítószeresek munkaképességének kiesése miatt.

Mára a kábítószer-probléma világméretűvé szélesedett, és olyan mélyrehatóan károsító és pusztító erejű folyamattá vált, hogy hatékony *nemzetközi összefogás* szükséges a biztonságos prevenció és kezelési stratégiák kialakítására. Ennek jegyében az ENSZ és tagállamai 1998-ban elhatározták, hogy 2008-ra elérik az illegális szerek keresletének és kínálatának teljes kontrollját, és nemcsak a kínálatra fektetik a hangsúlyt, hanem legalább annyi figyelmet szentelnek a keresletnek is. Az elmúlt évtized geopolitikai eseményei alaposan megváltoztatták a nemzetközi kapcsolatokat, és átrajzolták a drogtérképet. Számos, korábban politikailag izolált ország – köztük hazánk – megnyitotta határait, és szabad utat nyitott a kereskedelemnek, bevándorlásnak. E folyamatok hatására olyan kábítószeres és kábítószer-használati formák bukkantak fel, amelyek azelőtt ismeretlenek voltak, s a többi országokhoz hasonlóan, a magyar társadalmat is váratlanul és felkészületlenül érték.

Magyarországon 35-55 ezer drogfüggőről és mintegy 70-120 ezer alkalmi fogyasztóról számol be egy 1997-es felmérés. Az Európai Unió drogügyekkel foglalkozó szervezetének (European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction – EMCDDA) ajánlásai alapján végzett legutóbbi (2002) hazai felmérés adatai szerint hazánkban a 18-65 év közötti népesség 6,4%-a használt már élete során valamilyen tiltott drogot: közülük 20% a 18-24 évesek aránya. Legelterjedtebb a kannabisz származékok fogyasztása: 5,7%. Míg 1995-ben a középiskolák második osztályos tanulóinak 10%-a kísérletezett valamilyen kábítószerrel életében legalább egyszer, 1999-re ez a szám megduplázódott. Hazánkban *kábítószer-túladagolás* következtében 1994-ben 4 halálesetet regisztráltak, 2001-ben pedig 42 olyan igazságügyi boncolást végeztek, amelyben a drog szerepet játszott. A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma 1990 óta meredeken emelkedik. A helyzet komolyságát fel kellett ismerni: így elindultak a probléma megoldását célzó társadalmi folyamatok, a törvényi szabályozások modernizálása, a gyógyítás-megelőzés-ártalomcsökkentés hazai alkalmazásának adaptációja.

A probléma *tudományos kutatásában* az elmúlt 15-20 évben olyan haladás ment végbe, amely forradalmasította a droggal való visszaélésről vallott felfogásunkat, számos új eredménnyel járult hozzá a drogfüggőség neurobiológiai természetének megértéséhez, és új perspektívákat nyitott a cselekvési lehető-

ségek terén. Rendkívül fontos volt annak felismerése, hogy a függőség nem egyszerűen egy kriminális magatartás, személyiségzavar vagy gyenge akarat következménye, hanem az agy betegsége, amely számos fizikális és mentális elváltozással jár, s hogy a drogfüggőség megfelelő, személyre szabott terápiával gyógyítható, jól kontrollálható. Ma már jelentős mennyiségű tudományosan is alátámasztott adat szól amellett, hogy pszichológiai és farmakológiai (gyógyszeres) kezelések hatásosan csökkentik a drogbevitelt, a szer utáni vágyakozást, megelőzik a visszaeséseket, és ami a legfőbb cél, segítenek visszavezetni az embereket a produktív életbe, a családba, a társadalomba.

A kábítószer-addikció fogalomköre

A kábítószer (drog) fogalma

Drog: kábítószer, az angol drug szó eredeti jelentése gyógyszer, szer.

Érdekeség, hogy a magyar nyelvben régóta ismert a *drog* szó, csak a jelentése volt korábban más: növényi eredetű hatóanyag. (Még ma is használjuk ilyen értelemben a drogéria, drogista szavakat.)

A kábítószerek, a pszichés tevékenységet, a tudati működéseket befolyásoló ún. *pszichotrop, pszichoaktív* szerek, különleges hajtóerővel („drive”) rendelkeznek, amellyel mentálisan többé-kevésbé egészséges személyeket rábírhatnak arra, hogy a valóság elől elmeneküljenek, drogokat szedjenek (toxikómánia) többnyire azzal a céllal, hogy a hangulatot, a tudatot, a szellemi és a fizikai aktivitást befolyásolják. Ez a speciális örömszerző képesség felelős – a visszaélés szempontjából legfontosabb – a pszichés függőség (pszichés dependencia, l. később) kialakulásáért.

Nemzetközi drogkontroll. Legális és illegális szerek

A 20. század folyamán a kábítószer-fogyasztás visszaszorítása érdekében globális nemzetközi ellenőrző rendszereket dolgoztak ki. Az első törvényt 1912-ben ratifikálták, akkor még csak az ópiumra vonatkozóan, abból a célból, hogy használatát orvosi és tudományos célokra korlátozzák. 1948-ra, amikor az Egészségügyi Világszervezet (WHO) megalakult, 18 olyan anyagot – ópium, kokacserje és kannabiszszármazékok – ismertek, amelyek nemzetközi kontroll alatt álltak. Ma számos nemzetközi szabályzaton alapul a globális kábítószer-függőség legális ellenőrzése, a kontrollált illegális anyagok száma több százra tehető.

Legális szerek azok az anyagok (pl. az alkohol, koffein, nikotin), amelyek az adott országban korlátozás nélkül, közkereskedelemben kaphatók, illetve azok a gyógyszerek, amelyeket az orvos gyógyító céllal a betegeknek rendelhet.

Illegálisan (törvénytelenül) használják azonban az ilyen gyógyszereket azok, akik visszaélnek vele, akik saját élvezetük megszerzése céljából használják őket.

Illegális szerek a különböző nemzetközi tiltó listákon szereplő, hivatalos közkereskedelemben nem, csak a feketekereskedelemben, terjesztők útján hozzáférhető, pszichés tevékenységet befolyásoló szerek, amelyeket titkos laboratóriumokban állítanak elő, és amelyek nemzeti és nemzetközi (ENSZ, WHO) kontroll alatt állnak. Osztályozásuk a Schedule of Controlled Substances rendszer alapján történik. Az I–IV. osztályba sorolás fő alapelve, hogy az adott szert használják-e az orvosi gyakorlatban vagy sem, illetve hogy dependenciát (függőséget) kiváltó képessége (potenciálja) milyen mértékű.

Az orvosi gyakorlatban nem használt hallucinogén hatású szereket (LSD) vagy a hero-int a legveszélyesebb, I. osztályba sorolják. Az orvosi használatban levő, de nagy addikciós potenciállal rendelkező morfin és erős hatású rokonai vagy a kokain a II. osztályban, a medicinálisan alkalmazott, de mérsékelt vagy gyenge potenciálú abúzusszerek a III. és IV. osztályban találhatók. A lista sosem teljes, mindig újabb és újabb, kémiaiag is eredeti, addig nem ismert, veszélyes anyagokat állítanak elő („designer drug”) titkos laboratóriumokban, éppen a listák kijátszására.

Abúzus. Visszaélés gyógyszerekkel, kábítószerekkel

Usus = használat, latin szó. *Abusus*: helytelen használat, visszaélés, azaz pszichotrop szerek *nem orvosi* célú (nem orvosi előírás, recept alapján történő), az adott kultúra által elfogadott orvosi vagy társadalmi formákkal ellentétes, önkezü adagolását jelenti. Az abúzus kialakulásában a földrajzi környezetnek, az adott társadalomnak is szerepe van: milyen magatartásformákat tolerál, milyen droghasználatot tart elfogadhatónak: mit minősít „rekreációnak”, mely szerek használatát tiltja szigorúan. Például a nyugati kultúrákban a koffein, a dohányzás és az alkohol, mint az öngyógyszerezés bizonyos fajtái – általánosan elfogadott, legális „nemzeti drogok”. A Közel-Kelet egyes részein a kannabisz elfogadható, de például az alkohol tiltott szer. A környezet, az adott szituáció jelentőségére utal, hogy például a Vietnámban harcoló amerikai katonák, akik rendszeresen használtak heroint, amikor visszatértek hazájukba, könnyedén leszoktak róla.

Dependencia. Gyógyszer-, (drog)függőség

A drogdependencia ismérveit, más pszichiátriai kórképekhez hasonlóan, pontosan meghatározták, és összefoglalták a nemzetközileg elfogadott és alkalmazott DSM-IV rendszerben (Diagnosis Statistical Manual). Dependensnek minősíthető az egyén a tervezettnél nagyobb/gyakoribb kábítószeradagok bevétele esetén, ha többszörös sikertelen kísérletet tett a leszokásra, ha sok időt fordít a drog megszerzésére, használatára, ha sok időt tölt el a szerek hatása alatt, ha felborulnak családi/társadalmi funkciói, és mindezek, valamint a kialakuló betegségromlás, a kellemetlen testi és lelki tünetek ellenére folytatja a kábítószer-használatot. A *pszichés* (pszichológiai, lelki, emocionális) dependencia drogkereső magatartásban, a szer megszerzésére irányuló kényszerítő vágyban, sóvárgásban jut kifejezésre. Legtöbb esetben megelőzi a fizikális dependenciát, de nem vezet szükségszerűen ahhoz. *Fizikális* (fiziológiai, testi, szomatikus) dependenciáról akkor beszélhetünk, amikor a szerek megvonása (abbahagyása, illetve a fogyasztott szerrel ellentétes hatású vegyület antagónista beadása) jellegzetes elvonási tünetegyüttest idéz elő, amelynek szimptomái sokszor ellentétesek az illető drog akut hatásaival, és rendszerint annak már csekély dózisaival enyhíthetők. A fizikális dependencia általában akkor lép fel, ha a szert hosszú ideig alkalmazzák. Alkalmi droghasználat nem okoz fizikális dependenciát.

Azonos vagy hasonló hatású gyógyszercsoportok egyes tagjai között *keresztdependencia* lép fel. Ez azt jelenti, hogy az egyik szer képes a másik által okozott elvonási tüneteket gátolni, illetve fenntartani a dependens állapotot. Így keresztdependencia áll fenn az egyes, hasonló hatásokkal rendelkező, azonos agyi kötőhelyekhez kapcsolódó morfin-származékok között (ez a racionális alapja az opiát abúzus methadon terápiájának) vagy a központi idegrendszer aktivitását csökkentő szerek, pl. alkohol, barbiturátok, benzodiazepinek között.

Addikció

Az addikció (hózzászokás) kényszer a drog szedésére, az önkontroll elvesztése, olyan súlyos függőségi állapot, amelyben nagyfokú fizikális és pszichés dependencia együttesen van jelen. A drog megszerzése áll az érdeklődés középpontjában, ez határozza meg az életvitelt, a magatartást, a drogdependencia DSM-IV-ben meghatározott valamennyi kritériuma fennáll. Az addikciót jellemzi még sok kábítószer esetében a tolerancia vagy éppen az érzékenység fokozódása (szenzitizáció), valamint a sóvárgás (drogéhtség) és a stressz okozta visszaesés.

Tolerancia: hatásgyengülés

Egyes gyógyszerek (kábitószer) hatékonysága, ismételt adásuk következtében fokozatosan csökken, s egyre nagyobb dózisokra van szükség ugyanannak a hatásnak az eléréséhez. A tolerancia nem egyforma mértékben alakul ki a drogok valamennyi hatásához. Így megtörténhet, hogy a kábítószer-élvező, aki fokozatosan egyre nagyobb dózisokat szed az élvezet megszerzése céljából, ki van téve olyan más, káros hatásoknak, amelyekhez nem alakul ki tolerancia.

Érzékenységfokozódás (szenzitivizáció)

Vannak olyan kábítószer is, amelyek tartós használatakor nőhet az érzékenység a drog iránt, illetve nagyobb a válasz, a hatás egy kisebb dózis beadására, mint kezdetben.

Vulnerabilitás: sérülékenység, sebezhetőség

Számtalan példát ismerünk arra, hogy egyes emberek bár életük folyamán néhányszor kipróbálják a kábítószereket, mégis könnyedén abba tudják hagyni, s nem válnak rabjaivá. Mások folytatják a szedését, mégsem válnak súlyosan függővé, vannak viszont, akiknél leküzdhetetlen kényszer alakul ki a folytatásra, és súlyos függőségbe kerülnek a szerrel – utóbbiak a vulnerábilis személyiségek.

A szegénység, faji megkülönböztetés, szülői alkoholizmus, önbizalomhiány, alacsony önértékelés, iskolai zavarok, kora gyermekkori agresszió hajlamosító tényezők lehetnek. Bizonyos pszichiátriai kategóriák túltreprezentáltak az alkohol- és drogfüggők között: pl. depresszió, szorongás, antiszociális személyiségzavarok.

Mintegy 70 rizikófaktorot azonosítottak, a védő (protektív) faktorok (pl. polgári középosztálybeli stabil családi háttér, jó egészségügyi ellátás stb.) mellett. Vannak olyan adatok is, hogy egyes drogok használata és az életkor között összefüggés van: a viszonylag gyengébb szerek – nikotin, alkohol, szerves oldószer, esetleg marihuána a pubertáskorban, illetve a receptre kapható (egyébként legális, orvosok által alkalmazott) gyógyszerek fiatal felnőttkorban – élvezete megelőzi a veszélyesebb illegális drogok fogyasztását. Ezeket a gyengébb szereket, sokan *közvetítő* (gateway, kapu) drogoknak tartják. Általában azok a személyek, akik legális (receptre kapható gyógyszer, alkohol, nikotin) vagy illegális drogot használnak, többfelét fogyasztanak egyszerre (*polytoxicomania, polydrogabusus*).

A vulnerabilitás kialakulásának hátterét elemzők szerint, genetikai tényezők szerepe is felvethető. A legtöbbet vizsgált alkoholdependencia esetében végzett ikerkutatások, öröklődésteszték eredménye nem egyértelmű. A legújabb kutatások szerint a krónikus stresszhatások, a megnövekedett mellékvesekéreg-hormon (kortikoszteron) kiválasztás vagy a hormon iránti nagyobb érzékenység – amit akár stressz-szituáció váltott ki – fokozza a drogbevitel iránti fogékonyságot, ami végül is abúzust hoz vezet.

Állatkísérletekkel bizonyították, hogy a fizikai stressz (elektromos ütés), éhezés, mozgáskorlátozás, szociális izoláció stb., fokozzák egyes kábítószer (opioidok, pszichostimulánsok, alkohol) önadagolását.

A kábítószer hatása az emberi szervezetre

A legfontosabb kábítószer:

OPIÁTOK	morfin, heroin
ÁLTALÁNOS KÖZPONTI IDEGRENDSZERI DEPRESSZÁNSOK	barbiturátok, alkohol, benzodi- azepinek
INHALÁLHATÓ SZEREK (szípu)	ipari oldószerek, anesztetikumok
SZIMPATIKUS PSZICHOMOTOROS STIMULÁNSOK	amfetaminok, kokain
KOFFEIN ÉS NIKOTIN	
KANNABINOIDOK	marihuána, hasis
HALLUCINOGÉNEK	(pszichedelikumok, pszichotomimetikumok) LSD, meszkalin, fenciklidin (PCP)

Opiátok

Opiátoknak nevezzük általában a máknövényből (*Papaver somniferum*) nyerhető tejnedv, az ópium, természetes, fő hatóanyagait (morfin, kodein), illetve az azok kémiai szerkezetének csekély módosításával előállított vegyületeket (fél szintetikus származékok), mint pl. heroin, oximorfon stb. Szintetikus előállított (a morfin szerkezetétől jelentősen eltérő) vegyületek például a methadon, pethidin, fentanyl stb.

Opioidok

Opioidoknak nevezzük az összes természetes, fél szintetikus és szintetikus, származékokat, sőt az állati és emberi szervezet által termelt (endogén) mor-

finszerű fehérjét – az endorfinokat, dinorfinokat, enkefalinokat és endorfinokat is.

Az ópiumot az ókori sumérok is ismerték, használták „orvosi” célokra: fájdalomcsillapításra, altatásra, hasmenés ellen. Alkalmazásának első kétségtelen említése Kr. e. a 3. században Theophrastus írásaiban, majd az Ebers papyrusokon történt (Kr. e. 1600–1500). A nepenthe (görög szó, jelentése: szomorúságtól mentes), amelyről az Odüsszeiában történik említés, valószínűleg ópiumot tartalmazott. Az ópiumszívás egészen a közelmúltig nagyon gyakori volt Kínában és a Közel-Keleten, az aktív hatóanyagok izolálása és az injekciós tű felfedezése után Nyugaton is elterjedt. Az első „epidémia” időszak az amerikai polgárháború idejére tehető, amikor az ópiumot szinte kizárólagos gyógyszerként alkalmazták harctéri sérüléseknél. A felnőtt lakosság kb. 4%-a használt rendszeresen opiátokat a háború utáni időszakban. Az új „epidémia” 1964-ben kezdődött és napjainkban is tart.

Opioid receptorok

Az opioidok gyógyszer-tani hatásait az emberi (és állati) szervezetben, elsősorban a központi idegrendszerben elhelyezkedő, e vegyületek jellegzetes kémiai szerkezetét felismerő kötőhelyek, specifikus fehérjemolekulák – receptorok – közvetítik. A morfin-szerű, rendkívül erős fájdalomcsillapító és az azt kísérő kábító eufóriát előidéző hatásért, valamint a dependenciáért a morfin nevének kezdőbetűje után elnevezett *mu-receptor* (μ) felelős. A kellemetlen pszichés közérzettel (diszforia) járó, gyenge fájdalomcsillapító hatású, *kappa-receptoron* (κ) ható vegyületek esetében addikció nem alakul ki. A *delta-receptorok* (δ) jelentősége kevésbé tisztázott a hozzászokás kialakulásában.

Az egyes származékok a receptorokhoz való kapcsolódásuk és viselkedésük alapján lehetnek: *agonisták* (kötődésük a receptorhoz jellemző gyógyszer-tani/élettani hatásokat vált ki), *antagonisták* (kötődésük a receptorhoz önmagában hatástalan; fő funkciójuk, hogy az agonisták helyét elfoglalják, hatásait meggátolják), *kevert agonista/antagonisták* (egyik receptortípuson pl. kappa, agonisták; a másikon pl. mu, antagonisták).

A morfin gyógyszer-tani hatásai

Fájdalomcsillapító, euforizáló (örömszerző), intravénás adáskor orgazmushoz hasonló, kábító, kellemes, alváshoz vezető, nyugtató, szorongásoldó, köhögéscsillapító, légzőközpontot bénító (túladagolások esetén a halál oka), hánytató, pupillaszűkítő (mérgezéskor „tűhegy” pupilla), székrekedést, vizelet-visszatartást okozó, enyhe vérnyomáscsökkentő, pulzusgyérülést, viszketést, allergiát okozó, krónikus alkalmazás esetén toleranciát (hatásgyengülés), fizikai,

illetve pszichés dependenciát kiváltó hatások a csoport azonos receptoron ható tagjainál gyakorlatilag azonosak.

A morfin adagolása

A morfint és származékait sokféleképpen lehet bejuttatni a szervezetbe, amelynek eredményeképpen változó sebességgel változó vérkoncentráció alakul ki. Az abúzus kialakulása a bevitel módjának függvénye. A vágyott eufóriát ugyanis csak az agyba egyszerre bejutó nagyobb morfin (vagy azzal egyenértékű opiát) mennyiség képes előidézni.

A morfint régebben elsősorban injekcióban alkalmazták intravénásan vagy bőr alá, izomba fecskendezve. Az utóbbi évek nagy vívmánya, hogy a fájdalomcsillapító terápiában a beteget injekciózás nélkül lehet kezelni. Az orális (szájon át: per os) adagolás újabb lehetőségei: elhúzódó felszabadulású, tartós hatású készítmények – tabletták, szuszpenziók (M-eslon, MST-continus, MST-uno stb.) – kerültek forgalomba. Bár morfinból orvosi rendelvényre a patikában kúp, oldat, csepp készíthető, ma mégis a korszerűbb gyári gyógyszerformákat részesítik előnyben. A transzdermális (bőrön át) bejuttatással (tapasz) is megfelelő hatás, stabil vérszint érhető el. Elsősorban fentanylt adagolnak ilyen módon onkológiai betegek tartós fájdalomcsillapítására (Durogesic). A legtöbb morfin-származék az orr nyálkahártyáján keresztül is jól felszívódik. A legújabb adagolási módok is gyorsan ismertté válnak a kábítószerrel élők között. Leírtak már eseteket, amikor halottról eltávolították a tapaszt, vagy amikor halálos mérgezést szenvedtek a tapasz-rezervóir hatóanyagának intravénás befecskendezésével. Jellegzetes (olcsó), kelet- és közép-európai fogyasztási szokás a mákgubókból főzött máktea megívása (vagy intravénás befecskendezése).

A morfin hatástartama

Általában a morfin-származékok hatástartama 4-6 óra. 10 mg morfin várható hatásmaximuma intravénás adásnál 20-30 perc, per os vagy izomba adva 60-90 perc. A beadott morfinadag már 6 órán belül nagyrészt eltávozik, a vízdékony bomlástermékek elsősorban a vizelettel ürülnek, így abból könnyen kimutathatók. Terhességben a méhlepényen át bejut a magzati keringésbe. A heroin (diacetilmorfin) hatástartama rövid, a szervezetben morfinná alakul, hatása feltehetően ennek tudható be. A zsírdékonyabb fentanyl (szintetikus morfin-származék) hatása gyorsabban kezdődik, gyorsabban múlik el, az ép bőrön át is jól felszívódik, ezért alkalmazható tapasz formájában is.

Morfinmérgezés. Túladagolás

Öngyilkosság, ritkábban összecszerelés, napjainkban elsősorban kábítószer-túladagolás a kiváltó okok. A túladagolás morfinistáknál (heroinistáknál) általában véletlenül fordul elő, az „utcai” heroin változó tisztasága (hatóanyag-tartalma) miatt, kivéve a szuicid szándékot. A főbb tünetek: eszméletvesztés (kóma), légzésbénulás (2-4 légzés/perc), extrém pupillaszűkület („tűhegy”-pupilla).

A morfin krónikus adagolásának következményei

Tolerancia (hatásgyengülés) rendszerint többhetes folyamatos vagy ismételt adagolást követően, elsősorban a fájdalomcsillapító, illetve az euforizáló hatásokhoz alakul ki.

Míg nem toleráns személyeken pl. 60 mg morfin légzésmegállást okoz, addig morfin-tolerancia állapotában előfordulhat, hogy még 2000 mg (2 g!) napi összdózis sem befolyásolja jelentősen a légzési funkciókat ugyanakkor, amikor a székrekedés és a pupillaszűkület jelentős mértékű.

Morfin típusú dependencia

A morfin (heroin) típusú dependenciát a tolerancián kívül, specifikus elvonási tünetegyüttes (absztinencia szindróma: fizikális dependencia) és jellegzetes pszichés dependencia (drogéhéség, drogkereső magatartás) jellemzi: súlyos addikció alakulhat ki.

Kezdetben a morfin a szellemi képességeket, az emlékezést, sőt a művészi alkotómunkát sem rontja, esetleg az eufóriás, nyugodt lelkiállapot még elő is segítheti azt. Fokozatosan kialakul azonban egy olyan stádium, amikor a betegek csak addig rendezettek, amíg a morfin hatása alatt állnak, és amint a hatás elmúlt, fokozatosan elveszítik munkaképességüket. Jellemük lassanként átalakul. Érzelmi világuk középpontjába a morfin megszerzése kerül; ennek érdekében mindenre képessé válnak. Idővel a felfogás, emlékezőképesség és minden intellektuális művelet nehézkes lesz, a kábítószerfüggő elhanyagolja a munkáját, karrierjét, családját, erkölcsileg teljesen elzúllik. Tovább súlyosbítja a helyzetet, hogy hallucinációk, félelemérzés, üldöztetési téveszmék támadhatnak.

Morfinelvonási tünetegyüttes

A jellegzetes szimptomákat részben a szer elhagyása, részben antagonistá beadása válthatja ki: rendkívül heves izgatottság, szorongás, félelemérzés, sírás,

remegés vezeti be: gyakoriak a dührohamok, hallucinációk. A feldúlt állapotban a beteg gyilkosságot, öngyilkosságot követhet el. A pszichés tüneteket jellemző *testi* elvonási tünetek kísérik. A morfin elhagyása után 5-6 óra múlva erős folyadékélválasztás indul meg: bő nyáladás, izzadás, orrfolyás, tejfolyás, magömlés, hányás, hasmenés, ásítás, borzongás (libabőr), légzésfokozódás, testhőmérséklet-emelkedés, pupillatágulat, izomfájdalmak, hasi görcsök. A pszichés változásokkal egyidejűleg a *krónikus mérgezés* jellemző testi tünetei is kialakulnak. A beteg fokozatosan leromlik. Bőre halványsárga színű, száraz, petyhüdt és korpázó lesz. Mindenütt tűszúrások, és a számtalan össze folyó injekciós sérülés, fertőzés, gennyedés nyomán hegesedések borítják testét. A haj őszül, és csomókban hullik. Az emésztőnedvek hiányos termelése étvágytalanságot okoz. Idült bélhurut, tartós székrekedés (időnkénti hasmenés) alakul ki. A pupillák szűkek, a fogak szuvasodnak, a szexuális aktivitás gyengül, majd megszűnik. Végül a beteg csonttá-bőrré soványodva valamilyen szerzett betegségben (pl. szepszis, AIDS, hepatitis stb.) hal meg.

Központi idegrendszeri depresszánsok

Mivel ezek alapvetően legális – az alkohol kivételével receptre kapható – gyógyszerek, az addikciókban játszott szerepüket csak röviden tárgyaljuk. Az alkohollal, mint kábítószerrel terjedelmi okok miatt nem foglalkozunk.

Szorongásoldó és altatószerek

Meprobamat, clomethiazol, glutethimid; *benzodiazepinek*: alprazolam; chlor-diazepoxid; clonazepam; diazepam; nitrazepam stb. tartoznak ide. A benzodiazepin származékokra jellemző lehet a *függőség kialakulása*, különösen ha nagyobb adagokat és hosszabb ideig használnak az orvosilag előírtaknál, illetve ha más szerekkel (leggyakrabban alkohol) együtt fogyasztva visszaélnek velük. Az alkohol és e szerek kölcsönhatása kiszámíthatatlanul veszélyes, súlyosan csökkentik a fizikai és szellemi aktivitást, az ítélőképességet; számos toxikus tünetet, emlékezetkiesést (bűncselekmények, nemi erőszak áldozatainál kihasználják ezt) idéznek elő. Az illegális kábítószerekkel élők arra is használják ezeket a gyógyszereket – sokszor igen nagy adagban, tablettákat feloldva, intravénásan befecskendezve –, hogy elvonási tüneteiket enyhítsék.

A *depresszió* ellen használatos gyógyszerek: pl. imipramin, citalopram, fluoxetin, fluvoxamin, moclobemid, paroxetin, sertralin, tianeptin, buspiron hatékonyak a különböző szorongásos kórképek kezelésében, azonban nem okoznak dependenciát. Az *antipszichotikus* (elmebetegségekben használatos) gyógyszereknek – mint például a haloperidol,

thioridazin, laevomepromazin vagy a clozapin – abúzus potenciáljuk nincs, függőség nem alakul ki krónikus alkalmazáskor sem.

Inhalálható kábítószeres (szipuzás)

A kábítószerként inhalált szerek között található a benzin, a különböző ragasztók, oldószerek, festékek, a cipők ápolásához használt spray-k, körömlakklemosó stb. Ezek a szerek könnyen beszerezhetők és olcsók. Kisebb adagok inhalálása esetén a gátlások oldódása, alkoholos részszegséghez hasonló állapot figyelhető meg. Nagyobb adagok hallucinációkat, tudatzavart, halált okozhatnak. Rendszeres használatuk nagyfokú értelmi és érzelmi károsodást okoz: elbutulást, ingerlékenységet, közömbösséget. Igen mérgező szerek, súlyos idegrendszeri károsodásokat – köztük agysorvadást, perifériás ideg-, vese- és májkárosodást – okoznak. Gyakori a halálos kimenetel is: egyrészt a mérgező szerek szövődményei, másrészt a túlادagolás okozhatják. Többnyire fiatal fiúk, jellegzetesen zacskóval a fejükön lélegzik be ezeket a szereket, így találnak rá holttestükre.

Pszichostimulánsok: rekreációs szerek (amfetaminok, ecstasy, kokain stb.)

Amfetaminok

Használatuk az 1990-es évektől kezdve fokozatosan nő. Legjellegzetesebb és legismertebb képviselőjük az *ecstasy* (*metiléndioximetilamfetamin*, *MDMA*; *E*, *XTC*, *Ádám*), amelyet elsősorban szórakozóhelyeken, partikon aktivitásfokozás, „felüdülés”, kikapcsolódás (rekreáció) céljából fogyasztanak. Ezeket a vegyületeket azért nevezik pszichostimulánsoknak (pszichomotoros stimulánsoknak), mert az agyi/szellemi teljesítőképességet fokozzák, az álmoságot megszüntetik, bizonyos körülmények között pedig (például intravénás beadást követően) eufóriát okoznak, növelik a fizikai (szexuális) teljesítőképességet, csökkentik a fáradtságérzést, hatásuk alatt nincs szükség alvásra, evésre. Intravénás injekció formájában az anyagok hirtelen nagy mennyiségben jutnak be az agyba, és az orgazmushoz hasonló, rövid ideig tartó és nagyon intenzív jó érzést („rush”; „flash”) váltanak ki. A pszichostimulánsok – elsősorban a kokain – adagolása során *akut tolerancia* alakul ki, ezért a várt hatás eléréséhez egyre nagyobb adagban, egyre rövidebb időközökben alkalmazzák. A hatásgyengülés ellenkezője, az érzékenység fokozódása (*szenzitivizáció*) is előfordulhat. Pszichés *függőséget* okozó hatásuk közepes, fizikai függőség kialakulása nem jellemző. Elvonási tünetek lehetnek: fáradtság, hosszú alvás, depresszió.

Az amfetaminok hatásmódja

Az amfetaminok kémiai szerkezete erősen emlékeztet a mai felfogásunk szerint az addikcióért felelős agyi jutalmazó (reward) rendszer (l. később) fő transzmitterének – a dopaminnak (DA) – a kémiai szerkezetéhez. Feltehetően, a központi idegrendszeri dopamin transzmisszió növekedése a felelős a stimuláns hatás, eufória, de a *következményes mentális kórképek* (pszichózis, depresszió) kialakulásáért is. Egyes származékok (pl. MDMA) serkentik az agyi *szerootonin* transzmissziót is, valószínűleg ez játszik szerepet a hallucináció fellépésében. Ezek a vegyületek a perifériás szimpatikus idegrendszert is izgatják; ez a hatás áll a toxikus tünetek nagy részének hátterében: tág pupilla (szemben a heroin-túladagolt tűhegypupillájával), szapora pulzus, remegés, mellkasi fájdalom, vérnyomás-emelkedés, az anyagcsere fokozódása, a *testhőmérséklet jelentős* (akár 41 °C fölé történő) emelkedése, erős izzadás, hányinger, hányás, nagy folyadékvesztés, savanyú lehelet, merev izomzat, görcsrohamok, súlyos esetben eszméletvesztés – ritkán hirtelen halál is – bekövetkezhet, ennek oka többnyire szívinfarktus, agyégörcs vagy hirtelen fellépő agyvérzés. Az izgalmi tünetek megjelenése zárt, rossz szellőzésű meleg helyiségben (diszkó, „rave”-party) különösen veszélyes lehet. Bár a tünetek hasonlóak az amfetamin vagy a metamfetamin által okozottakhoz, az ecstasy toxikusabb, a kialakult tünetek hevesebbek mint az előbbieknél. *A pszichés tünetek:* pánikszerű, szorongásos állapot, delírium (zavart tudat) mellett a szokásos adagban nem okoz érzékszálódást, nagyobb adagai, illetve túladagolása azonban kiválthat hallucinációt. Az ecstasy *rendszeres alkalmazására* jellemző: agresszív viselkedés, depresszióra, öngyilkosságra való hajlam, pszichózis, a kognitív funkciók (tanulási képesség, a tanultak megértése, a tanultak visszaidézése) romlása. *A metamfetamin* igen nagy hatású, erős abúzus potenciállal rendelkező, toxikus amfetamin-származék, viszonylag olcsó kábítószer. Az alkalmazás módja: lehet intravénás injekció formájában, tablettá vagy por (szájon át), újabban a kristályszerű anyagot („ice”, „crystal” utcai elnevezések) üvegpipában szívják el, így a hatás az intravénáshoz hasonlóan gyors, átütő.

Míg a metamfetamin az állatkísérletekben nagy dózisokban adagolva a szerootonin- és a dopamintartalmú idegsejteken neurotoxikus (idegkárosító) hatást vált ki, addig az MDMA hatására elsősorban a hangulat alakulásában jelentős szerepet játszó szerootoninrendszer működése sérül.

A metamfetamint (ellentétben az amfetaminnal vagy az MDMA-val) gyakran használják együtt más – szinte az összes – droggal (heroin, kokain/crack, alkohol, főleg marihuána), ráadásul a gyártók, illetve a terjesztők sokszor egyéb anyagot is hozzátesznek, „felütik” a kábítószereket, például az ecstasyt

amfetaminnal, metamfetaminnal keverik. A kémiaiilag nem „tisztá” készítmény azért is veszélyes, mert nem várt, ismeretlen hatások keletkezhetnek. Komplikálja az állapotot, illetve a diagnózis felállítását, hogy a fogyasztók 40-50%-a a nyugtalanság, álmatlanság csökkentésére altató/nyugtató szereket is alkalmaz.

Kokain

Az erős függőséget kiváltó, bonyolult kémiai szerkezetű vegyületet a szintetikus amfetaminokkal ellentétben a Dél-Amerikában honos kokacserje (*Erythroxilin coca* és *Erythroxilin truxillense*) leveléből nyerik.

Frissítő hatását évszázadok óta ismerik. A dél-amerikai őslakosság a növényt a fáradtság csökkentésére és az éhségérzet mérséklésére használja oly módon, hogy a leveleket rágcsálja. Az így bejutott viszonylag kis mennyiségnek enyhe stimuláns hatása van, erős függés nem alakul ki.

A természetes kokain sósavas sója (kokain hidroklorid) fehér, vízben jól oldódó kristályos anyag, erre utal a „flake – pehely” elnevezés, amelyet fogyaszthatnak por formában, lenyelve, beszippantás útján az orron keresztül vagy intravénásan. Az 1980-as években vált népszerűvé a *kokain-crack*, a szabad bázis. A kokain hidrokloridból állítják elő, egyszerűen szódabikarbónával és vízzel melegítve, amelynek során kemény rögök („chips, rocks”) keletkeznek. Hevítve aeroszollá alakítható, amely belégzés útján könnyen és gyorsan bejuttatható a szervezetbe. Használatának módja lehet inhalálás (elszívás), intravénás adagolás.

A kokain hatásmódja

A kokain az amfetaminokhoz hasonlóan az agyi dopamin transzmissziót fokozza, bár némiképpen eltérő mechanizmussal. Míg az amfetaminok a DA kiáramlását serkentik, addig a kokain azt gátolja meg, hogy az ingerület hatására kijutott dopamin a megszokott módon újból visszakerüljön az idegvégződésbe, ezért több DA marad az ingerületfogadó idegsejt felületén (eufória). Elvonáskor a dopamin hiánya vezethet a kokainfüggőkre igen jellemző „drogkereső” viselkedéshez, a „kokainvágy”-hoz.

A kokainnak igen erős az abúzus potenciálja. Önadagolásos állatkísérletben megfigyelték, hogy a kísérleti állatok a kokaintartalmú injekciót bejuttató kart akár 4000-szer is képesek lenyomni annak érdekében, hogy kokainhoz jussanak.

A *pszichés függőséget* okozó hatás kifejezett, *fizikális függőséget* nem (vagy bizonytalanul) okoz. Ezek intenzitása erősen függ a bevétel módjától. *Tolerancia* kialakul. Kokain és alkohol, illetve kokain és heroin együttes használat a „speed ball”) gyakori, ilyenkor az eufória fokozott.

A kokain hatásai hasonlóak a pszichostimulánsokéhoz (szuperamfetaminnak is nevezik), de azok között a legtoxikusabb szer. A kokain használata egyes közlemények szerint elnyújtja és intenzívebbé teszi az orgazmust, kényszeresen fokozza a szexuális kapcsolatkeresést és növeli a promiszkuitást. Rendszeres kokainhasználat során ugyanakkor csökken a szexuális vágy, és számos, a szexuális élettel kapcsolatos zavar lép fel. A kokaint rendszeresen szippantóknál figyelemfelhívó tünet lehet a gyakori orrvérzés, krónikus rekedtség, orrsövénygyulladás, súlyos esetben orrsövény-átfúródás. A *túlادagolás* tünetei lényegében megegyeznek az amfetamin származékoknál tapasztaltakkal, de azoknál súlyosabbak, illetve gyakrabban jelennek meg: agyérgörcs, agyvérzés, koszorúérgörcs, szívritmuszavar, esetleg szívinfarktus, görcsök, máj- és/vagy veseelégtelenség. A kokain-abúzusra pszichózis, az üldöztetési téveszmék megjelenése mellett jellemző lehet élénk képek, akusztikus (hallási), taktilis (tapintási) téveszmék megjelenése is. Kokain használata alatt jelentősen nő a balesetveszély, és gyakoribbak a kriminális események.

Hallucinogének

Ezeket az anyagokat nevezik *pszichedelikumoknak* (a név a tudat kitágítására utal) vagy *pszichotomimetikumnak is*, mivel a hallucinogének által kiváltott állapot emlékeztet bizonyos *pszichotikus* állapotokra, elmebetegségekre (szkizofréria).

A *hallucináció* érzékelési zavar (lehet: vizuális: látási; akusztikus: hallási; olfaktorikus: szaglási; taktilis: tapintási), olyan külvilági inger nélküli észlelés, amely az érzet minden sajátosságával rendelkezik, az érzékszerveknek megfelelő térbe vetül. A hallucináló személy a hallucinációt realitásként éli meg, amely számos esetben akár végzetes ítéletalkotást eredményezhet. Ez magyarázza, miért érezheti valaki hallucinogén szer hatása alatt azt, hogy repülni tud, és lép ki könnyedén az ablakon, vagy miért képzei azt, hogy meg tudja állítani a robogó vonatot, és lép elé megfontolás nélkül.

LSD (lizergsavásdietilamid)

Fogyasztásakor jellemző a látászavar, túlérzékenység a külső ingerek iránt, deperszonalizáció (álomszerű állapot, a környezettel történő összeolvadás érzése), fokozott kreativitás, szavakkal nem kifejezhető „nagy felismerések”

érzése, továbbá idő- és térérzékelési zavar, színek élesebbé válása, tárgyak alakjának megváltozása, túlérzékenység a külső ingerek iránt, zavart tudati állapot, gondolkodási nehézség, memóriazavar, bizarr képzetek megjelenése. Mindemellett a tudat bizonyos értelemben „tisztá” maradhat; az egyén mintegy kívülről szemléli önmagát, intenzíven átéli a különleges érzéseket, és egyúttal tudatában lehet annak, hogy mindezt az LSD váltotta ki. A fizikális tünetek közül a szimpatikus idegrendszer izgalmi tünetei dominálnak, így szapora pulzus, tág pupilla, enyhén emelkedett vérnyomás, nyálfolyás, könnyezés. Emellett: szédülés, remegés, hányinger, izomgyengeség, mozgáskoordinációs zavar is előfordulhat. A pszichotikus reakció akár 2-3 napig is tarthat, utóhatásként jellemző a fáradtság, szorongás, lehangoltság. Az ismételt/rendszeres alkalmazás során kialakuló tünetek lehetnek idült szorongásos reakció, paranoid állapot, hosszan fennmaradó érzékelési zavar, melynek legjellegzetesebb megnyilvánulása az ún. „flashback” jelenség („bad trip”, a rossz utazás, a korábbi LSD-mámor alatt átélt képek, érzetek, hallucinációk újbóli megjelenése), fokozott görcshajlam. A pszichés/fizikális függőség gyenge vagy nincs, a tolerancia kifejezett lehet. A hallucinogének közé soroljuk még a PCP-t (*phenylcyclidin*), egyes atropinszerű anyagokat (*atropin*, *szkopolamin*, *homatropin*), amelyek nálunk a maszlagos nadragulya (*Atropa belladonna*) a csattanós maszlag (*Datura stramonii*), beléndek (*Hyosciamus niger*) nevű növényekben fordulnak elő. Egy kis populáció a csattanós maszlag magjának rágása, főzetének elfogyasztása útján jut delíriumhoz.

A delíriumot (zavart tudati állapotot) is okozó növényi eredetű hallucinogén anyagok, pl. az atropin kémiai szerkezete és hatásmódja is eltér az LSD jellegű anyagok hatásmódjától. Ezek a vegyületek az acetilkolin transzmissziós rendszer működését befolyásolják, az acetilkolint kötő, ún. muszkarinos ingerület fogadó fehérjét gátolják.

Az atropin és az atropinszerű vegyületek a környéki paraszimpatikus idegrendszerre is gátlólag hatnak (antikolinerg hatás), ezért szájszárazságot, székrekedést, pupillatágulatot okoznak. Számos egyéb gyógyszer is rendelkezik a fentiekhez hasonló, acetilkolin gátló hatással. Magyarországon egy időben például, bizonyos szubkultúrákban divatos volt a Parkinson-kór kezelésére használatos, antikolinerg-hatással is rendelkező szerek (pl. Parkan), fogyasztása.

Marihuána (hasis; (Δ^9 -tetrahydrocannabinol; THC)

A marihuána, az indiai kender (*Cannabis sativa* L.) – az emberiség egyik legrégebben termesztett növényének – hatóanyaga.

A *Cannabis sativa* Közép-Ázsia mezőföldjeiről, a Himalája északi lejtőiről származik. Kínából terjedt el a kannabisz az indiai szubkontinensre, ahol már Kr. e. 2000 évvel említést tesznek róla mint szent növényről. Eleinte rostjáért és olajat adó magjáért termesztették. Amerikában a 16. század közepéig nem ismerték

A marihuána a növény szárított, összetört levele és virágzata. A növény hatóanyagait *kannabinoidoknak* nevezik, amelyek között vannak pszichoaktívak és alig vagy egyáltalán nem kábító hatásúak is. Pszichoaktív anyagokat legnagyobb mennyiségben a kiperéselt olaj (50%), ezt követően a virágzat gyantaszerrű kivonata (20%) tartalmaz. A legfontosabb pszichoaktív hatóanyag a (Δ^9 -tetrahydrocannabinol. A szokványos marihuánás cigaretta 2-5% THC-t tartalmaz. A THC-nek farmakológiai értékelhető, újabb vélekedések szerint terápiásan hasznosítható – fájdalomcsillapító, hányinger- és hányáscsillapító, hörgőtágító, gyulladáscsökkentő, a kórosan megnövekedett szembenyomást (glaukoma) csökkentő stb. – hatásai vannak. Egyes vizsgálatokban ideggyógyászati megbetegedésekben is hatásosnak találták a kannabinoidokat, így sclerosis multiplexben, a harántcsíkolt izmok gerincvelő-sérülés okozta görcsös bénulásában, Huntington choreában.

Kannabisz receptorok és endogén ligandok

Az 1980-as évek végén kannabinoid receptorok létezését mutatták ki először az agykéregből (CB_1), majd a periférián is (CB_2). 1992-ben sertésagyból előállítottak egy anyagot, amely erősen kapcsolódott a kannabinoid receptorokhoz, és a kannabinoidokra jellemző farmakológiai tulajdonságokkal rendelkezett. Ezt az endogén anyagot *anandamidnak* nevezték el, igen találóan: ananda szanszkritül ugyanis boldogságot jelent.

Az endokannabinoid szisztéma számos élettani funkcióban játszik szerepet: részt vesz a különböző neurotranszmitterek hatásaiban a vegetatív idegrendszerben, vagy az érző végkészülékek működésében. Szabályozószerepet játszhat az immunválasz létrejöttében, szaporodási (női ciklus, szülés) és gyomor- vagy bélrendszeri folyamatok regulációjában, hat a szív működésre és az erek összehúzódását szabályozó idegsejtekre. Részt vesz a centrális hőmérséklet-szabályozásban, motoros működések koordinációjában (egyensúly), valamint hatással lehet az egyes gondolkodási folyamatokra (rövid távú memória), illetve az alvásra.

Kannabiszhatások

A marihuána fogyasztására jellemző a téves időérzékelés, változhat az ízérzés vagy akár egy film nézésének, a zene hallgatásának hangulata. Krónikus neve-

tési inger, a beszédképesség fokozódása figyelhető meg. A motoros funkciók lelassulhatnak, egyes reflexmechanizmusok, a figyelem, a rövid távú memória károsodik, komplex információk megjegyzése problematikus lehet. Nyúlik a reagálási/reflex idő; a gépkocsivezetés zavara, közúti balesetek gyakoriak. Előfordulhat pánikreakció, fokozott nyugtalanság. A fájdalomcsillapító és izomelernyesztő hatás kifejezett lehet. A marihuánát fogyasztókra jellemző a szem belövelltsége („vörös szem” tünet), a hörgők tágulata, és az ehhez kapcsolódó légzészavarok. Akut mérgezés igen ritka. Irodalmi adatot nem ismerünk arra nézve, hogy egy-egy marihuánás cigaretta elszívása vagy hasis fogyasztása után toxikus változások következtek volna be. *Krónikus alkalmazáskor* gyakoriak a *légcsőhurut*, a *reproduktív funkciók zavarai*. Férfiakban csökken a libidó, az ejakulátumban levő spermiumok száma (sterilitás). Nőknél a libidót nem zavarja, ugyanakkor a havciklus rendszertelen lehet. A terhesség alatti marihuána szívása kihat a magzatra, de magzatkárosító hatást feltehetőleg a kannabinoidok nem okoznak. A kannabinoidok az immunrendszerre is hatnak. Tizenéveseknél rendszeres kannabiszfogyasztás után *pszichés zavarok*, a magasabb színvonalú szellemi munkavégzés (tanulás) nehézségei léphetnek fel. *Tolerancia* kialakulhat, *fizikai dependencia* nem, az elvonási tünetek hasonlóak a nikotin elvonási tüneteivel. Számos vizsgálat azt bizonyítja, hogy hosszan tartó kannabiszfogyasztás nem vezet olyan súlyos elváltozásokhoz, mint az alkohol.

Az addikció tudományos, neurobiológiai magyarázata

A drogok „pozitív megerősítő” („reinforcing” „reward”) természetének szerepe az addikció kialakulásában

A különböző típusú pszichoaktív szerek közös sajátossága, hogy valamilyen „reward” (jutalom, ajándék, pozitív élmény, örömszerző, eufória) tulajdonsággal rendelkeznek. Ez az a tényező, amely előidézi, megerősíti („reinforcing”) az ismételt használatot, az önadagoló magatartást.

Állatok a legkülönbözőbb kábítószerket – pl. opiátok, barbiturátok, benzodiazepinek, alkohol, altatógázok, szerves oldószerek, központi idegrendszeri stimulánsok, nikotin, koffein – önadagolják, meglepő hasonlóságot mutatva az emberi viselkedéssel. A kannabisz vagy az LSD önadagolását állaton eddig nem sikerült kiváltani.

Az egyes drogok nem egyformán hatékony megerősítők. Az opioidok, a kokain igen erős, a koffein gyenge reinforcer. *Pozitív megerősítésnek* tekinthető minden olyan – akár környezeti, akár magatartásbeli – tényező, amely emberen növeli a drogszedés frekvenciáját, állatkísérletben pedig önadagoláshoz

vezet. Amikor egy „reward” tulajdonságú szer krónikus adagolásához a szervezet adaptálódott, s az adagolást elhagyjuk, az elvonási tünetek miatt a szer adásának abbahagyása kellemetlen (averzív) hatású. Ezt az egyed önadagolással tudja elkerülni, tehát az elvonás *negatív megerősítőként* funkcionál. A pozitív és negatív „reinforcing”-en kívül a *kondicionálás* – a kábítószerhez megszokott környezete, szereplői – játszik fontos szerepet a dependencia fenntartásában. A kábítószer-élvező egy adott helyszínen, a fecskendő vagy a cigaretta látványára a drog hatásának kellemes emlékére asszociál.

Az addikció alapvetően biológiai folyamat: egy kémiai/biológiai anyag (drog) ismételt adása hat egy biológiai szubsztrátra: az agyra, amely *adaptálódik* ezekhez a hatásokhoz. A kezdeti események, amelyek az addikcióhoz vezetnek, a drog akut hatásán alapulnak. E hatásokat specifikus fehérjék közvetítik, amelyek olyan proteinek expresszáálásához vezetnek, amelyek később a drog ismételt adásakor komplex fiziológiai változásokhoz vezető molekuláris és sejtszintű folyamatokat idéznek elő – mint a dependencia, tolerancia, szenzitizáció, sóvárgás stb. –, amelyek együttesen jellemzik az addikciót. Az addikció folyamán így specifikus agyi neuronok adaptálódnak az ismételt drogadagoláshoz. Kiterjedt kutatások folynak annak eldöntésére, hogy milyen típusú adaptációk felelősek a *pszichés dependenciáért* és a *relapszusért* (visszaesés), vagy azokért az egyéni differenciáért, amelyek a vulnerabilitásért felelősek. Míg a relatíve rövid ideig tartó adaptációs folyamatok – amelyek az átmenetileg fennálló szomatikus és motivációs elvonási tünetekért, a szer iránti érzékenység csökkenéséért felelősek – egyre inkább ismertté válnak, meglehetősen keveset tudunk a hosszú életű adaptációs folyamatokról, amelyek a jóval nehezebben befolyásolható sóvárgásért (pszichés dependencia), illetve a csaknem törvényszerű visszaesésekért felelősek, és feltehetően élethosszig tartanak. A krónikus kábítószer-adagolás következtében fellépő receptor szenzitivitásváltozás (pl. tolerancia), illetve a specifikus *viselkedési plaszticitás* magyarázatára, a hosszú távú memória analógiájára feltételezik, hogy ezek a hosszú távú adaptív változások olyan relatíve stabil befolyást gyakorolnak a gén expresszióra, amelyek a neurotranszmisszió morfológiai és funkcionális változásaihoz vezetnek. E folyamatok megértése azért is nagyon fontos, mert ezen ismeretek vezethetnek el új terápiás célpontok felismeréséhez, sikeres kezelési stratégiák kidolgozásához.

Az agyi jutalmazó (reward) szisztéma

Bár az egyes szerek kezdetben más és más támadáspontokon hathatnak, az addikció kialakulásának számos kulcsmozzanata közös. Az agyi „jutalmazó” szisztéma a különböző típusú kábítószereknél – a specifikus, csak az illető szerre jellemző rendszereken kívül – fontos közös anatómiai elemeket, agyi

idegpályákat, magvakat, centrumokat, illetve fontos agyi ingerületátvivő (transzmitter) rendszereket – dopamin, gamma-amino-vajsav (GABA), serkentő aminosavak (glutamaterg-rendszer) és a szervezet által termelt (endogén) morfinszerű fehérjéket – érint. A drogok okozta változásokat részben ellenregulációk is előidézhetik. Mindezen folyamatok tehetők felelőssé az elvonás okozta diszfória (rossz közérzet), valamint különböző működési zavarok kialakulásáért, amelyek elkerülésének sürgető vágya vezet a droghasználat folytatásához.

A dopamin szerepe az addikcióban

Az agyi jutalmazó rendszer fő transzmittere a dopamin. Kimutatták, hogy krónikus opiát, pszichostimuláns, kokain, alkohol, kannabinoidok vagy nikotin adagolása fokozza a reward DA-pályarendszer aktivitását.

Opiátok, nikotin, amfetamin, kokain, etanol – agyi dialízis technikával kimutathatóan – növelik az extracelluláris DA koncentrációját egyes fontos agyi magvakban. A DA-rendszer aktivitását növelő mechanizmusok eltérőek az egyes szereknél. Például az amfetaminok fokozzák a DA felszabadulását az idegvégződésekből. A kokain egy ingerületátvivő-transzport fehérje gátlásán keresztül okozza a DA-szint növekedését. Opiátok bizonyos GABA- neuronokat gátolnak, amelyek tónusosan gátolják a DA-erg neuronokat, így a gátlás gátlása egyes agyi régiókban DA-kiáramlást okoz. A DA szerepét bizonyítja, hogy szelektív DA-receptor blokádnak (dopamin antagonisták gyógyszeres adása) gátolja a kokain és az amfetamin pozitív megerősítő hatását, csökkenti a heroin és a kokain önadagolást állatkísérletekben. A DA-agonisták helyettesíteni képesek a kokaint és az amfetamint önadagolási modellekben.

Opiátreceptorok szerepe az addikcióban

Ismeretes, hogy a főbb morfinhatások közül a fájdalomcsillapító, kábító (euforizáló), dependenciát kiváltó hatásokat a *mu-receptortípus* közvetíti.

Az utóbbi években genetikusan manipulált egerekben (transzgén és knock out metódikák) oki összefüggéseket igyekeztek feltárni az egyes kábítószeres molekuláris és viselkedési hatásai között. Így például bizonyították, hogy *mu-receptor-hiányos* (knock out) egéren nincs a morfinnak fájdalomcsillapító hatása, nem alakul ki önadagolás. Érdekes módon, ilyen egerekben csökken az alkohol önitálás mértéke is, illetve bizonyos kokain-addikcióra utaló magatartás sem váltható ki.

A másik opioid receptortípus a *kappa* (endogén ligandja a dinorfin), egyes adatok szerint aktiválódik kokain, illetve intermittáló morfinadagoláskor. Egyes elképzelések szerint a dinorfinrendszer a DA-tónus ellenregulációjának részeként modulálhatja a DA-kiáramlást. Ezt látszik alátámasztani, hogy

kokain krónikus adagolásakor, amikor az idegvégződést előnti a DA, a dynorfin és a *kappareceptor* expressziója nő.

Glutamát-receptorok (NMDA, AMPA).

Excitátoros aminosav-receptorok szerepe az addikcióban

Az utóbbi évek kutatásai e receptoroknak többek között a fájdalomérzésben, a kognitív funkciókban, a tanulási és memóriefolyamatokban, az idegrendszer plaszticitásában játszott szerepét igazolták. Sokan gondolják azt, hogy a hosszú távú droghatások egyik fő mediátora a glutamátergrendszer, különös tekintettel az izgató aminosavak feltételezett szerepéről a neuronális plaszticitásban.

A glutamaterg transzmisszió szerepét támasztja alá, hogy glutamát-receptor antagonisták krónikus együttadása kábítószerekkel gátolja a tolerancia kialakulását, egyes lokomotoros hatásokat, opiátoknál a fájdalomcsillapító hatást is.

A stressz. HPA-tengely szerepe az addikcióban

Egyre több közlemény jelenik meg a stressz, a hipotalamus–hipofízis–mellékvese (HPA) tengely szerepéről. Emberben a megváltozott stresszreakció fontos szerepet játszik az addikció kialakulásában és fenntartásában, valamint a visszaesésben. A visszaesést állatkísérletben rendkívül nehéz modellezni. A jelenséget leghatékonyabban stresszhelyzetekben lehet tanulmányozni, amely releváns a humán magatartás szempontjából, és amelyben számos stressz responzív idegi és hormonális rendszer vesz részt.

Drog és társadalom

A kábítószer-fogyasztás társadalmi tényezői

Az illegitim droghasználat világszerte tapasztalható terjedésének hátterében olyan változások állnak, amelyek révén a fiatalok egyre erőteljesebben *konfrontálódnak* a gyors szociális és technológiai változásokkal, valamint a sikerorientált, tisztán kompetícióra épülő társadalommal. Mindeközben a tradicionális értékek és a családi kötelek gyengülnek. A fiatalok fokozott mértékben vannak kitéve a populáris ifjúsági kultúra és a tömegkommunikáció hatásainak, s ezek bizonyos illegitim szerek fogyasztásával kapcsolatban meglehetősen toleránsak. A droghasználat a társadalom minden rétegében megjelenik, azonban a társadalmi integrációból kiszoruló fiatalok esetében a

droghasználat és hátrányos következményeinek valószínűsége nagyobb. A droghasználat elleni fellépés ezért csak komplex gazdaság-, szociál-, oktatás-politikai és egészségügyi intézkedésekkel képzelhető el. A droghasználat és a hátrányos gazdasági-családi helyzet nem feltétlenül függenek össze. Nyugat-Európában például a droghasználat nagymértékű elterjedése éppen a jóléti társadalmak kialakulására, az 1950–1960–1970-es évekre esett).

A kábítószerelés deviáns magatartás. Rendszerint *szegregációhoz* (elkülönülés, elszigetelődés), nem homogén csoportképződéshez vezet. A társadalom hozzáállása általában negatív, előítéletes, különösen ha már külső megjelenésük alapján egy lenézett, elesett társadalmi csoporthoz (hajléktalanok, romák, prostituáltak, börtönből szabadultak stb.) tartozónak ítéli meg őket. Jellemző a *leszakadás* folyamata is, amikor a csoportok elvesztik családi-társas kapcsolataikat, munkájukat, s így egyre távolabb kerülnek a korosztályuknak megfelelő, többségi csoportoktól. Hazánkban már vannak olyan törekvések, hogy ezeket a leszakadt, illetve szegregált droghasználókat segítsék. Erre a csoportra jellemző a szerves oldószer abúzus, a politoxikománia, illetve a hozzájutás függvényében bármely szerkombináció előfordulhat. Kivétel a kokain, amelynek élvezete nem jellemző erre a főleg képzetlen, az önérték-értvényesítés alacsony fokán álló, szegény és kapcsolat nélküli fiatalokból álló csoportra, akik között igen jelentős a volt állami gondozottak aránya. Közös használnak fecskendőket és tűket, ezért a hepatitiszfertőzöttség igen magas. Tbc is előfordul. Rossz általános egészségügyi állapot, alultápláltság, bőrbetegségek, elősködők jelenléte jellemző.

Hogyan viszonyul a társadalom a drog okozta problémákhoz?

A nyugati országokban az illegális kémiai szerekekkel való visszaélés jóval korábban elkezdődött, mint hazánkban, s így a probléma orvosi, jogi, társadalmi vonatkozásainak kezelésében jóval előttünk járnak. Nálunk csak mintegy egy évtizede erősödött fel és terjedt el a kábítószer-használat, amely készületlenül érte a társadalmat, az intézményrendszer pedig teljesen kialakulatlan és felkészületlen volt. A drogfogyasztás terjedése a társadalomban félelmet vált ki, az emberek tartanak egyes csoportok destabilizáló hatásától, sürgetik az intézkedések, törvények meghozatalát, az intézményrendszerek felállítását. Mára már nálunk is kialakultak a feladatkörök: a drogellenes tevékenység hatékonyságát fokozó rendszeres ellenőrzések, monitorozás, direkt államhatalmi beavatkozások (pl. a tiltás, a felderítés, az üldözés, büntetés). További feladatok: a drogfüggők gyógyszeres és pszichológiai kezelése, életútjuk nyomon követése, a kábítószeres jelenlétének megbízható, objektív, nemzetközi szabványokon alapuló minősített laboratóriumokban elvégzett kimutatása. A kimutatások objektív adatokat szolgáltatnak a drogfogyasztók valódi számáról és arányáról, a drogfogyasztási szokásokról, területi megoszlásáról.

Az *epidemiológia* eredetileg járványtani, a fertőző betegségek elterjedtségére vonatkozó fogalom. A kábítószerrel kapcsolatosan egyes területek „fertőzöttségét”, a drogok elterjedtségét vizsgáló szociológiai tudomány. A drogfogyasztás előfordulási gyakoriságát, elterjedtségét (*prevalencia*) eredendően nehéz reprodukálhatóan és objektíve mérni, illetve felbecsülni a drogok illegális jellege és a fogyasztók speciális viselkedésmintái miatt. A felmérések módszere, hogy mindenkinek azonos kérdéseket tesznek fel: fogyasztott-e kábítószer: *addigi élete folyamán* (lifetime: életprevalencia), az *elmúlt évben*, az *utóbbi 30 napban*, az *előző napon*. E kérdések alapján jól elkülönülnek az életük folyamán kábítószerrel csak néhányszor kipróbálók (*rekreációs használat*) és a krónikus droghasználók. A felmérések során valószínűségi (reprezentatív) mintákat használnak, s az adatokat extrapolálják a lakosságra. A *prevalencia* változik például kor, nem, geográfiai régiók szerint is.

Drog és jog – drogpolitika és büntetőjog Európában

Az európai államok többségében – hazánkhoz hasonlóan – a kábítószer-használattal kapcsolatos ügyek jelentős része bűncselekménynek minősül. A törvényekben általában elsősorban a megszerzést és birtoklást büntetik – az egyéni fogyasztást kevésbé. Általában a kábítószerfüggő árus börtön helyett gyógyító intézményben töltheti el a kiszabott időt (elterelés). Az ENSZ-tagállamok különböző modelleket alkalmaznak: (1) *Nulla tolerancia* modell (USA): rendkívül szigorú törvényekkel lép fel minden érintett ellen. Az Egyesült Államokban 1982-ben meghírdették a drogháborút. Ennek hatására 1997-ben több mint 400 ezer amerikai ült börtönben, vált bűnözővé. A költségek dollár-milliárdokra rúgtak. A szigorú törvények hatására azonban a kábítószerfüggők száma nem csökkent. (2) *Normalizáló* modell (Hollandia): az illegális szerek gyártását és forgalmazását a többi országhoz hasonlóan itt is szigorúan büntetik, de a kis mennyiségű fogyasztást nem szankcionálják. A marihuánát engedéllyel rendelkező üzletekben árusíthatják. A holland felfogás szerint a tudatmódosító szerek használata a kultúra részévé vált, meg kell tanulni együtt élni vele, és meg kell találni a módszereket, a stratégiát, amelyekkel csökkenteni lehet a kábítószerrel való kapcsolat által okozott károkat. (3) *Kompromisszumos* modell (Németország): a célkitűzés az ideális helyzet, a drogmentesség elérése. E modell elsősorban a büntetőjog eszközeivel próbálja ezt elérni, de nem elsősorban börtönbüntetés kiszabásával, hanem az *elterelés*, azaz a gyógykezelésre kényszerítés/vállalkozás módszerét alkalmazva.

A büntető törvénykönyv (1978. évi IV. törvény, Btk.) 282–282/A §-ai szabályozzák a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény tényállását. E jogszabályokat 1999. március 1-jén módosították. A módosítás célja a szigorítás, a kábítószer-fogyasztás és az azzal összefüggő jelenségek visszaszorítása volt. Ekkor változott meg a tiltott drogokra vonatkozó „*csekély mennyiség-jelentős mennyiség*” fogalma is. Magyarországon a Legfelsőbb Bíróság először 1995-ben definiálta ezeket, majd 1999-ben módosította úgy, hogy mindkét kategóriában csökkentek a felső határok. A terjesztő–forgalmazó körbe tartozó bűncselekmények esetében a törvény egyértelműen szigorodott. A büntetőjogi felelősségre vonás alternatívájaként alkalmazható gyógykezelés – a korábbinál szűkebb körben – csak a kábítószerfüggő személyeknek biztosított büntetleniséget. A módosítás egyik fő célja volt, hogy a droggal kétféle kapcsolatban állók – kábítószer-birtoklás „*csekély mennyiségben*” saját célra, illetve kábítószer-birtoklás „*jelentős mennyiségben*”, kereskedelmi célra – büntetőjogilag biztonsággal elkülöníthetők legyenek. Jelentős társadalmi és jogi problémát jelent ugyanis annak meghatározása, hogy ki minősül betegnek (drogfüggő, drogbeteg, „narkós”), gyógyítandó embernek vagy bűnözőnek, esetleg futárnak („kurir”), vagy a szervezett kábítószer-kereskedelem fontos láncszemének, forgalmazónak („dealer”).

Az Országos Kriminológiai Intézetben 2001-ben megvizsgálták a Btk. 1999. március 1-jén hatályba lépett módosításának eredményességét. Megállapították, hogy a restriktív tendencia nem volt eredményes. A vizsgált periódusban a módosítást követően például 19,2%-kal növekedett a kannabinoidok előfordulási gyakorisága. Ezért 2002-ben megkezdődött – többek között – a kábítószerrel visszaélés bűncselekmény törvényi tényállásának változtatását célzó kodifikációs munka, amelynek eredményeképpen az 1978. IV. törvényt 2003. január 31-én módosították.

Függőségi állapotok. A hazai helyzet

Prevalencia

Magyarországon 1990 előttről nem rendelkezünk megbízható kutatásokon alapuló adatokkal. 1995-ben 26 ország vett részt a középiskolás populációra vonatkozó European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) vizsgálatban. Konkrét felmérések adatait közli a magyarországi kábítószerhelyzetről a *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről* (ISM, 2000; Gyermek és Ifjúsági Minisztérium: GYISM: 2002). A felmérések alapján a *tiltott szerek/inhalánsok* életprevalencia-értékei 1995-től 2002-ig jelentős növekedést mutattak: míg 1995-ben ezek értéke 10,5–13,7% között mozgott,

2002-re 28,3–35,7%-ra nőtt. A csoporton belüli legnagyobb növekedés a kannabiszfogyasztásban észlelhető: míg 1995-ben 6,8–8,6%, 2002-ben már 25,7–32,9%. Legutóbb 2000-ben Budapesten készült ESPAD-standardok szerint átfogó vizsgálat, amely megállapította, hogy a középiskolás populáció domináns szerepe ebben az időszakban is a marihuána. A marihuána mellett azonban felzárkózni látszanak – bár továbbra is jóval kisebb életprevalencia-értékekkel – a szintetikus parti-drogok is. *Életkor* alapján vizsgálódva megállapították, hogy a legfiatalabb, 18–24 éves válaszolók körében 20% a drogfogyasztás életprevalencia-értéke, a 25–29 éves korosztályban már csak 13%, s az életkor előrehaladtával tovább csökken, olyannyira, hogy a 35 éves vagy annál idősebb korosztályban már csak 1,6%-ot ér el. A csoportokon belül a férfiak életprevalencia-értéke mintegy két és félszerese a nőkének. A különböző tiltott drogok kombinálásának értékelésére az életprevalencia-értékek alapján ún. „tiltott drog-fogyasztási piramist” konstruálnak. Ebből megállapítható, hogy a különböző szerfogyasztó magatartások erősen kapcsolódnak egymáshoz. Összességében a kannabiszfogyasztók több mint fele (54,4%-a) használt más tiltott szert is, többnyire ecstasyt és/vagy LSD-t, amfetamint, legkevésbé heroint, illetve a valamilyen drogot valaha fogyasztók 87,7%-a használt már életében kannabinoidot. A második-negyedik helyen a különböző szintetikus drogok (ecstasy, amfetaminok) találhatók, elterjedtségük 1,6–2%, hasonlóan az LSD-hez. Legkisebb a kokain és az opiátok fogyasztói tábor (1% alatt). Az epidemiológiai adatok szerint és a kezelték területi megoszlásában is kiugróan magas értékekkel szerepel Budapest.

Egészségügyi intézményekben kezelték aránya

Az illegális szerekkel élők között az opiátok miatt kezelték aránya 1995-ben 22% volt, amely 2000-ben 39% -ra nőtt, 2001-ben némileg csökkent, de jelenleg is az összes kezelt beteg 36%-át képviseli a legnagyobb csoport. A kannabinoidok miatt kezelték száma: 1995–1999 között 5%-ról 13%-ra, majd 2001-ben 25%-ra emelkedett, az összes beteg 19%-át képviselve a második legnagyobb csoportként. Az amfetaminok miatt kezelték száma 1995–2000 között 5%-ról 13%-ra növekedett, majd csökkenni kezdett, és 2001-ben az összes beteg 6,9%-át tette ki. A kokainfogyasztók száma 2001-ben az előző évhez képest 20%-kal nőtt, arányuk az összes kezelt beteghez viszonyítva 1,7%. Az elmúlt évek során ennek a rétegnek az összes kezelt beteghez viszonyított aránya lényegében nem változott. A hallucinogének fogyasztása miatt kezelték aránya az összes beteghez képest szintén mindig alacsony volt, számuk 2001-ben 13%-kal csökkent az előző évhez képest. Bár a szerves oldószereket fogyasztók száma kissé emelkedett az elmúlt évek alatt, számuk relatíve alacsony a más kábítószert fogyasztókhoz képest. Az összes

kezelt beteghez viszonyított arányuk lényegében nem változott, 2001-ben 4% volt. A *legális* szerek kategóriájában a *nyugtatókkal*, *altatókkal* visszaélők aránya a legmagasabb (az összes kezelték 16%-a), az összes kábítószerekhez viszonyítva pedig harmadik az opiátok és kannabinoidok után. A *politoxikománia* (kábitószer, nyugtatók, altatók együttes fogyasztása alkohollal) miatt kezelték száma 1995–1997 között több mint kétszeresére nőtt, 1998 óta évről évre ingadozó értékeket mérnek. Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium statisztikája szerint figyelemreméltó fordulat következett be a legális és illegális szerek fogyasztásában: 1995 óta a *legális* szerek fogyasztása 67%-ról 35%-ra csökkent, míg ezzel párhuzamosan az *illegális* szerek aránya 33-ról 65%-ra nőtt.

Túladagolások, mérgezések

Az Erzsébet Kórház sürgősségi belgyógyászat és klinikai toxikológiai osztálya látja el az agglomeráció és Budapest összes mérgezési eseteit. Ez évente összesen 7500 beteget jelent, amelynek 10-12%-a drogtúladagolás. A túladagolások 80%-a heroin. A túladagoltak egy része alkalmi használó vagy életében először használt kábítószer. Budapestről származik a betegek 90%-a. Becslések szerint a fővárosban 7-8 ezer intravénás heroinfüggő él. A 2001 vége óta folytatott szűrővizsgálaton résztvevők 35%-át hepatitis C vírussal fertőzöttnek találtak, HIV-pozitív eset nem fordult elő.

A HIV epidemiológiája drámaian változott térségünkben, amely összefüggésbe hozható az intravénás droghasználat terjedésével. Ukrajnában, Moldáviában, Oroszországban, a balti államokban „HIV-robbanásról” beszélhetünk. A HIV terjedéséért a kábítószerhasználathoz kapcsolódó prostitúció, valamint a fertőzött anyák fertőzött születő csecsemői is hozzájárulnak.

Kábítószerekkel kapcsolatba hozható halálesetek

Hazánkban *kábítószer-túladagolás* következtében 1994-ben 4, 1997-ben 25 halálesetet regisztráltak, 2001-ben pedig 42 olyan igazságügyi boncolást végeztek, amelyben a drog szerepet játszott. Az életkor 26–46 év. A halál oka szinte kizárólag heroin-túladagolás (29 eset), kettőben játszott szerepet kokain, egyben szerves oldószer, a további esetek nem hozhatók közvetlenül kapcsolatba a drog hatásával, hanem annak következményei: leugrás, öngyilkosság, gyilkosság stb.

Kábítószerrel kapcsolatba hozható bűncselekmények

A hazai statisztika az egységes rendőrségi és ügyészégi kimutatások alapján riasztó növekedést mutat. 1990-ben 34 volt a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők száma, majd 1997-ig fokozatosan 943-ra emelkedett, 1998-ban már 2068 a bűncselekmények száma, amely 2001-re 4332-re nőtt. Külön kategóriát képvisel a kóros szenvedélykeltés büntette, amelyek száma 2001-ben 82 volt. Kétségtelen, hogy a hazai összбүнőzési statisztikákhoz viszonyítva ez a бүнőzési forma nem képvisel jelentős arányt, de figyelemreméltó, hogy az évek folyamán az 1996. évi 0,1%-ról 2001-ben 0,96%-ra nőtt. 2001-ben kábítószerrel való visszaélés miatt 177 fiatalkorút és 1599 felnőttet ítélték el. Ezek a számok nagyok a korábbi évekhez viszonyítva (1991–1995), amikor összesen 11 fiatalkorút és 323 felnőttet ítélték el. Az esetszámok növekedése betudható a kábítószeres terjedésének, de a бүнүлдöző szervek határozottabb fellépésének is köszönhető. A fiatalkorúak бүнeseteiben hozott ítéletek többsége próbára bocsátás (75,7%) volt, felfüggesztett szabadságvesztést 18%-ban, végrehajtandó бөртönbüntetést 1,7%-ban szabtak ki. A felnőtt elítéltek 57,7%-a általános iskolát, 40%-a középiskolát, és csupán néhány fő végzett felsőfokú tanulmányokat.

A kábítószer-probléma költségkihatásai

A kábítószer-abúzzsal kapcsolatos problémák költsége jelentős mind az egyén, mind a társadalom számára. Az egészségügyi költségeken túl számos közigazgatási szerv, állami intézmény és civil szervezet működik ezen a területen. Magas a költsége a kábítószerrel való visszaélés típusú бűncselekmények felderítésének, kimutatásának, a szakértői díjnak, bár pontos adatokkal az ügyek szerteágazó volta miatt nem rendelkezünk.

A kábítószer-addikció terápiája

Miért szednek az emberek drogokat?

Az individuális motiváció megértése kritikus fontosságú a terápia szempontjából. Noha a drogszedéshez vezető okok sokfélék lehetnek, a kábítószerrel élőket két alapvető kategóriába lehet sorolni: (1) szenzációt, újdonságokat keresők. Ők elsősorban a drogok okozta kellemes érzéseket (eufória) keresik, általában elismerésre vágyó fiatalok (serdülők). Számukra az jelenti a legfőbb problémát, hogy a drogok pszichoaktív hatásai zavarják napi tevékenységeiket, mint például az iskola, a tanulás, a munka. (2) Az idetartozók hangulat-

javítás céljából használják a szereket, mert életük problémáit, depressziójukat vagy más mentális betegségüket akarják megoldani (öngyógyítás, önmedikáció). Gyakori megfigyelés azonban, hogy a prolongált droghasználat ezeknek a betegségeknek a fellobbanásához és súlyos, kóros mentális állapot kialakulásához vezet.

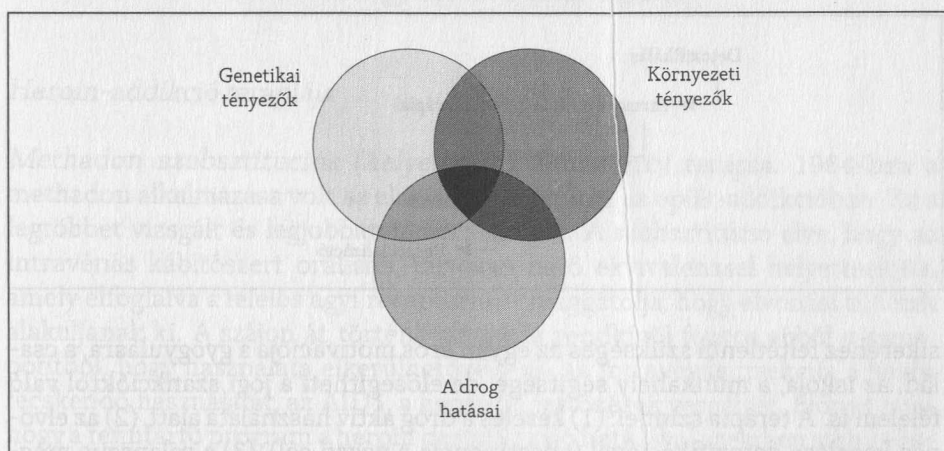
Depresszív magatartási rendellenességek gyakoriak stimulánsszerfüggő egyedekben. A stimulánselvonás jellegzetes tünetei közé tartozik a depressziós szindróma. Ez a co-morbiditás közös neurokémiai elváltozásokra vezethető vissza. Ez azért fontos, mert a közösnek tekinthető elváltozások terápiás célpontok is lehetnek.

Az addikció kezelése más-más megközelítést kíván a kétféle esetben. Az „öngyógyítók” esetében az alapbetegség felismerése és gyógyítása alapvető. Stimulánsfüggő, egyidejűleg depresszióban szenvedő páciens pszichiátriai kezelése antidepresszív gyógyszerekkel csökkentheti a stimuláns abúzust. Általában a mentális betegség és az addikció együttes kezelése a legcélszerűbb.

Az addikció mint betegség

Mi tehát az addikció, mi az a súlyos állapot, amely kábítószeres krónikus használatkor fenyegeti a legfogékonyabb éveiben az ifjúságot, eltérítve őket a munkától, tanulástól, családtól? Sokan vitatják, hogy valóban betegségről van-e szó? Vannak, akik úgy gondolkodnak, hogy fiatal (felnőtt) emberek, szabadon határozhatják el, hogy miként éljenek: ha kábítószereseket akarnak szedni – bár ismerik azok veszélyeit – tegyék, de akkor ne várják el a társadalomtól, hogy milliókat költsön gyógykezelésükre, elhelyezésükre, rehabilitációjukra. Racionálisan szemlélve, az egyénnek ez a szabadsága addig fogadható el, amíg másokat nem veszélyeztet – például az AIDS, a hepatitis terjesztése, bűncselekmények. Korszerű orvosi felfogás szerint az addikció *krónikus, visszatérő betegség*, amelynél az egyes kezelési periódusokat többszörös visszaesések követhetik, s a kezeléseket ismétlése, a hatékonyság növelése szükséges a kívánatos tartós absztinens állapot eléréséig. Noha a függőség kezdete, a drog kipróbálása tudatos, akaratlagos cselekvés eredménye, az ismételt használat észrevétlenül átmegy a nem akaratlagos, kényszeres droghasználatba, addig a pontig, amikor már az egyéntől független leküzdhetetlen hajtóerő vezet a szer folyamatos bevételére. Ez a kényszerítő erő főleg azokra a drámai funkcióváltozásokra vezethető vissza, amelyek az agy bizonyos területein a tartós droghasználat következtében jönnek létre. Amint az addikció kialakult, a legtöbb áldozat számára gyakorlatilag lehetetlen az addikciós ciklus spiráljából egyedül, segítség nélkül kijönni. Elemi jelentőségű, hogy a családi, munkahelyi, iskolai környezet és az orvosok időben felismerjék az állapotot. Ennek eredmé-

Az addikció kialakulását elősegítő faktorok



nyességét széles körű felvilágosító munka segítségével, minden erővel fokozni kell. Hasznos eszköz az *addikció súlyossági index* – egy strukturált interjú – használata: 7 olyan területet vizsgálnak, amely valamennyi típusú kábítószer esetében érintett lehet: egészségi állapot, munkahely, drog- vagy alkoholhasználat, illegális tevékenység, családi kapcsolatok, mentális állapot (más pszichiátriai betegségek egyidejűsége). Mai tudásunk szerint három fő faktor (1. ábra) járulhat hozzá a addikció kialakulásához, illetve fenntartásához: (1) individuális, örökletes vagy genetikai élettani eltérések, polimorfizmusok; (2) a drogok hatása a szervezetre; (3) környezeti, mint a születés előtti/utáni anyai hatások, egyidejű egyéb betegségek, családi/baráti/iskolai/munkahelyi környezet stb.

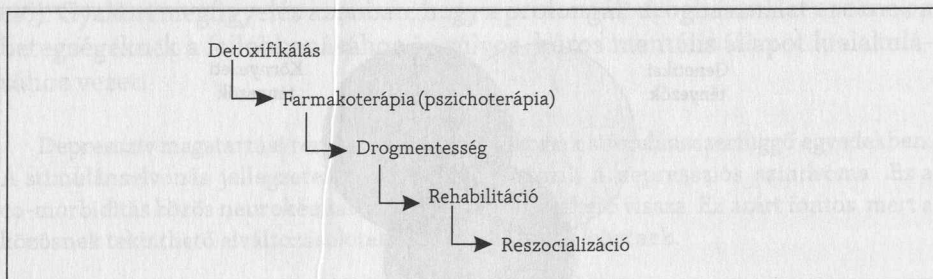
Detoxifikálás

A tartós droghasználat szempontjából nem minősíthető valódi terápiának, hanem csupán az akut fizikális elvonási tünetek kezelését, az absztinencia (drog- és alkoholmentesség) elősegítését jelenti.

Farmakoterápia

Az addikció mint betegség kezelése speciális, komplex orvosi/pszichológiai megközelítést igényel. Első lépésként a teljes feladatot kezelhető, áttekinthető részekre kell bontani: ezeket az egyén szükségleteihez kell igazítani. A terápia

Az addikció kezelésének általános szempontjai



sikeréhez feltétlenül szükséges az egyén erős motivációja a gyógyulásra, a család, az iskola, a munkahely segítsége, de elősegítheti a jogi szankcióktól való félelem is. A terápia szintjei: (1) kezelés a drog aktív használata alatt, (2) az elvonás kezelése detoxifikációval (absztinencia a végső cél), (3) a relapszus megelőzése: krónikus fenntartó, illetve szubsztitúciós kezelés és a reszocializáció, azaz a társadalomba visszakerülés (2. ábra). Bár a különböző drogok esetében nem ismeretes általános kezelési gyakorlat, mégis számos tudományalapú kezelési modalitást ismerünk, amelyek sok esetben konvertálhatók az egyes kábítószerek terápiás stratégiájának felállításakor (1. táblázat).

A kezelések kb. annyira hatásosak, mint amennyire más krónikus betegségek – diabétesz, hipertónia, asztma stb. – esetében alkalmazott terápiák. A legfontosabb alapelv a kezelések kombinációja. Egyes USA-beli statisztikák szerint a megfelelő kezelés 40-60%-kal csökkenti a droghasználatot, szignifi-

1. táblázat

Az addikció átfogó kezelési programja

„Core” elemek	Másodlagos szolgáltatások
Felvételi, értékelési eljárások	Mentális segítség
Kezelési terv	Orvosi segítség
Farmakoterápia	Nevelési segítség
Pszichológiai terápia/tanácsadás	AIDS/HIV/TBC-kontroll
(counseling, kognitív terápia)	
Droghasználat monitorozása	Jogi segítség
Önsegítő, tanácsadó vezette csoportterápia	Pénzügyi segítség
Kórházi kezelés	Lakhatási, közlekedési segítség
Folyamatos gondozás	Családi segítség
	Gyermekfelügyelet segítése

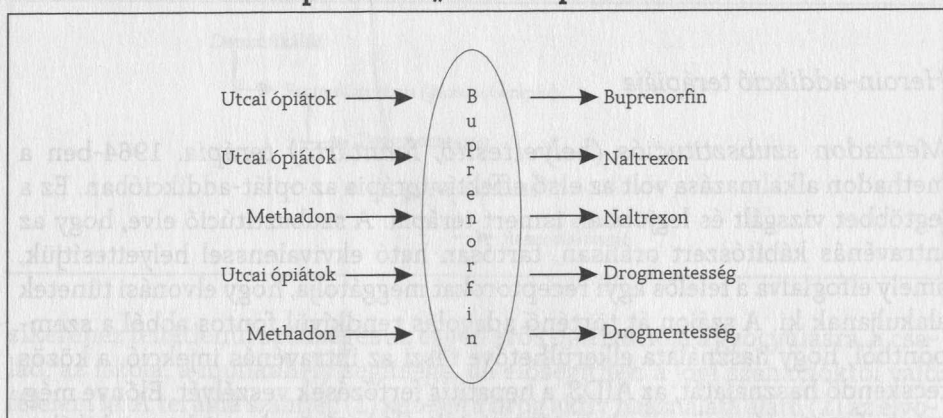
kánsan csökkenti a bűnözést, a HIV előfordulását. Javítja a foglalkoztatottak arányát – akár 40%-kal – már egy kezelési ciklus után is.

Heroin-addikció terápiája

Methadon szubsztitúciós (helyettesítő, fenntartó) terápia. 1964-ben a methadon alkalmazása volt az első effektív terápia az opiát-addikcióban. Ez a legtöbbet vizsgált és legjobban ismert terápia. A szubsztitúció elve, hogy az intravénás kábítószer orálisan, tartósan ható ekvivalenssel helyettesítjük, amely elfoglalva a felelős agyi receptorokat meggátolja, hogy elvonási tünetek alakuljanak ki. A szájon át történő adagolás rendkívül fontos abból a szempontból, hogy használata elkerülhetővé teszi az intravénás injekció, a közös fecskendő használatát, az AIDS, a hepatitis fertőzések veszélyét. Előnye még, hogy a fenntartó program a heroin destabilizáló hatásával szemben stabil életvitelt biztosít a résztvevőknek. Az USA-ban 179 ezer korábbi heroinista van jelenleg *methadon-programon*, kb. ennyi lehet a számuk Európában is. Súlyosbítja a helyzetet, hogy a heroin-addikt betegek 70-90%-a egyúttal kokaindependens is: ez az arány a megfelelő methadonkezelés alatt 30%-ra esik vissza. Kedvező, hogy methadon fenntartó programban nincs progresszív tolerancia (pl. leírtak egy olyan esetet, amikor 35 éven át nem kellett a dózist emelni).

Buprenorfin terápia. Közel két évtizedes intenzív kutatómunka után a Food and Drug Administration (FDA) – az USA-ban, a gyógyszereket engedélyező intézmény – elfogadta a buprenorfin mint az opiát-addikció új terápiás lehetőségét, amely mérföldkőnek tekinthető a drogabúzus kutatásában és gyógyításában. 2400 betegen elvégzett klinikai vizsgálat igazolta a betegek számára is elfogadható kezelés biztonságát, hatásosságát. Amerikában legalább kétezer gyakorló orvos számára vált lehetővé a buprenorfin használata. Bár közel egymillió amerikai opiátfüggőt tartanak nyilván, csak mintegy kétszázezren részesülnek methadon terápiában a szigorú törvényi előírások (a methadon is kábítószer, visszaélhetnek vele, bevétel csak az orvos jelenlétében történhet stb.), a stigmatizálás miatt. A buprenorfin hatásmódja eltér a methadontól. Mivel nem teljes, hanem parciális agonista az opioid *mu-receptorokon*, alacsonyabb a maximális hatása (plafon), ezért nehéz túlادagolni. Együttadáskor blokkolja a heroin hatását (elfoglalja annak helyét az azonos receptoron), csökkenti a sóvárgást, megelőzi, csökkenti vagy megszünteti az elvonási tüneteket. Előnyös, hogy nem okoz eufóriát, mert nem elég erős ahhoz, hiába emelik a dózist, így abúzus nem alakul ki. A buprenorfinra jellemző a hatás lassú kialakulása, a hosszú hatástartam. Adhatják önmagában (subutex), vagy tartós

A buprenorfin „híd” terápiás kaszkád



szubsztitúcióra naloxonnal (opiát antagonistá gyógyszer) kombinálják (suboxon) tablettá formájában.

A naloxonnal való kombináció magyarázata, hogy ha a tablettákat abból a célból feloldják, hogy intravénásan befecskendezzék, a készítmény nem hat, illetve elvonási tünetek lépnek fel a naloxon antagonistá hatása miatt. Tablettában, orálisan beadva viszont a naloxon nem hat!

A methadontól eltérően a buprenorfin alkalmas arra, hogy a beteg otthonában akár hosszú időn át használja, és segítségével tartalmas produktív életet élhessen. Az új terápiás lehetőség megengedi, hogy további mintegy 800 ezer embert kezelhessenek anélkül, hogy állandóan kórházi kezelés, megfigyelés alatt állna. Az ún. „híd” terápia azt jelenti, hogy az opiát-addikció szinte bármelyik kezelési módjánál a buprenorfin közbeiktatásával el lehet érni a drogmentességet (3. ábra).

Naltrexon terápia. Az opiát antagonistá gyógyszer, elvonás után, szájon át adagolva meggátolja a heroin euforizáló hatását. A naltrexon az addiktoknak kevesebb mint 15%-án hatásos: mégis alkalmazása célszerű olyan egyedeknél, akik valamilyen oknál fogva, nem kaphatnak methadont: például orvosok, egészségügyi személyzet, foglyok stb.

A pszichostimulánsok, kokain, hallucinogének esetében az addikció valódi terápiája nem ismert. A tüneti terápiát az adott drog tulajdonságai szabják meg. (Pl. szimpatikus béta-receptorgátló propranolol csökkenti a kokainelvonási tüneteket stb.) **Alkohol:** az addikció valódi terápiája nem ismert. Naltrexon blokkolja az endogén opioid rendszert,

továbbá stressz rezponzív HPA-tengely aktivációt okoz, s a betegek mintegy 20-50%-ánál hatékony. Az acamprosat (NMDA receptor antagonist) új terápiás lehetőség.

Kutatási trendek új terápiás eszközök kifejlesztésére. A kábítószeres hatásmechanizmusának jobb megértése, az ismeretek fejlődése, új perspektívát nyithat új farmakoterápiás eszközök kifejlesztésére. A kokain-addikció terápiájára kutatás tárgyat képezi a DA-agonisták (amantadin); a butorphanol (kevert *mu-kappa* opiát receptor parciális agonista) és számos egyéb ismert gyógyszer, a dexamethason (mellékvesekéreg-hormon), az angiotenzin-konvertáló (ACE) enzimgátlók, a fluoxetin, a kalciumcsatorna-blokkolók, a naltrexon, a reserpin, a deprenyl alkalmazásának lehetősége. Ma nagy jelentőségük van ismert gyógyszerek új gyógyszer-technológiai eljárásokkal való átalakításának, a betegek életminőségének, az együtműködésnek a javítására: pl. lassan, programozottan felszabaduló gyógyszerkészítmények, tapaszok stb., amelyek egyszerűbb, ritkább adagolást tesznek lehetővé. Bár a kokain, heroin- és alkohol-addikciók óriási tömegeket érintenek, s az egészségügyi problémák kezelésének jelentős az ára a társadalom számára, mégis ilyen célú farmakonok fejlesztése a gyógyszeripar számára nem képvisel vonzó innovációs területet. Csak remélni lehet, hogy az eddig negligált ipari kutatások lehetőségeit a gyógyszeripar újraértékeli.

Pszichoterápia, rehabilitáció, a civil szervezetek szerepe a drogfüggők kezelésében

A *pszichoterápia* célja a rehabilitáció, a drogmentes élet, a normális családi/lakhatási/munkahelyi élettevékenységek helyreállítása, a visszaesések megelőzése. A pszichoterápia és a farmakoterápia általában együttesen a leghatásosabb. A hazai viszonyok között alkalmazott módszerek a pszichoterápia (ilyen szakképesítéssel rendelkező orvos a pszichiáter vagy a gyermek/felnőtt szakpszichológus), illetve *konzultáció* (tanácsadás: counseling). A konzultáció kétoldalú kommunikáció, egy olyan tanulási folyamat, amelynek eredménye a segített személy fejlődése, az intra- és interperszonális kompetencia növekedése a problémamegoldásban.

Csoportterápiák

A pszichodinamikus csoportterápiában elsősorban a visszaesés megelőzése, illetve a visszaeséshez vezető folyamatok azonosítása és módosítása a cél. A *terápiás közösségek* a szermentesség *fenntartásában* és a szermentes életstílus kialakításában kiemelkedő szerepet töltenek be. Cél az antiszociális magatartás megszüntetése, proszociális attitűdök és értékek kifejlesztése. Nálunk *drogterápiás, drogrehabilitációs otthonok, hosszútápaiás kezelőhelyek szerveződtek* multidimenzionális jelleggel: azaz egészségügyi, pszichológiai, szociális és foglalkoztatási szolgáltatásokat/oktatásokat nyújtanak. A sze-

mélyzet gyógyult szenvedélybetegekből, illetve a megfelelő szakemberekből áll. Az intézmények célja elsősorban a rehabilitáció, reszocializáció.

Önsegítő csoportok. A *Névtelen Alkoholisták* (AA – Alcoholics Anonymous) terápiás programjának alapja az ún. 12 lépéses program. Működésükben a spirituális dimenziót hangsúlyozzák egyfajta szeretet ideológia alapján: segítik az egyéneket, hogy énközpontúságukból az „alázatosság” és a másik ember szeretete felé mozduljanak el. Más szenvedélybeteg névtelen csoportok: *Névtelen Narkósok* (NN – Narcotics Anonymous), *Pills* (gyógyszerhasználók), *Sex, Love, Gambling* (szerencsejáték), anonim csoportok is alakulnak már hazánkban is. Ezek mellett létrejöttek olyan szerveződések is, amelyek munkájában a *drogosok szülei, hozzátartozói* vesznek részt, akik nevelési/kommunikációs technikákat tanulnak, hogy azok segítségével megtanulják a problémát kezelni, a megoldásban közreműködni.

Prevenció

Az USA-ban egy 8000 személyeni végzett felmérés szerint a marihuána kipróbálása a 18 éves korra esik, s az egyszer-kétszer használók 9%-a 25 éves kora előtt rendszeres élvezőjévé válik. Kokain esetében az első használat idejét a 20. életévre teszik, s a többség 23-25 éves korára dependenssé válik: tehát a prevenció szerepe óriási. A megelőzés szervezett formái: (1) a *kínálatcsökkentés*, azaz a drogok hozzáférhetőségének korlátozása; (2) a *keresletcsökkentés*, azaz a fogyasztók vagy a lehetséges fogyasztók körében a kábítószer iránti igény csökkentése, a kábítószerekkel szembeni elutasítás erősítése; (3) az *ártalomcsökkentés*, azaz a már kialakult kábítószer-használat vagy addikció mellett a különféle ártalmas következmények (szövődmények, egészségügyi, lélektani vagy szociális károk, másodlagos megbetegedések, mellékhatások stb.) elhárítása.

Az ártalomcsökkentés alapelve: ha nem lehet teljesen megátolni a kábítószerezést, el kell érni, hogy kevésbé veszélyes szereket, kevésbé kockázatos módon szedjenek (tűcsere-program: HIV vagy HCV ellen). Híres a svájci heroinkísérlet: tiszta, ellenőrzött heroint adtak azoknak, akik már 5 éve szedik és legalább 2 sikertelen elvonókúrán részt vettek. Biztonságos, rendezett, ún. belövő helyiségeket alakítottak ki számukra. Az eljárás azzal az eredménnyel járt, hogy a betegek állapota javult, nem követtek el bűncselekményeket, és végül leszoktathatókká váltak. E módszer ellenzői az eljárást a drogprobléma megértésének, belenyugvásnak, egyfajta kapitulációnak tekintik. Számos gazdag és fejlett országban ennek az alapelvnek a figyelembevételével, más krónikus betegségekhez – diabétesz, AIDS stb. – hasonlóan, élethosszig tartó gondoskodásban részesítik a beteget.

A WHO ajánlása szerint a prevenciónak 3 szintje van. Az *elsődleges* megelőzés a kóros állapot keletkezését, annak oki, kialakulási feltételeit igyekszik

megakadályozni (kínálat- és részben keresletcsökkentés alapján). A *másodlagos* megelőzésre azoknál van szükség, akik már a betegség vagy a kóros állapot felé haladnak, kockázati tényezőket hordoznak, veszélyeztetettek (itt elsősorban a keresletcsökkentés a célra vezető módszer). Mindkét prevenciós forma megóvjá a drogot a hepatitisztől, a kriminalizálódástól, drogterjesztővé válástól. A prevenció fontos része a drogos megtanítása a drog-visszaautasítási technikákra, antidrog normákra, személyes önmenedzsment gyakorlatokra. A *harmadlagos* megelőzésben a már megbetegedettek állapotának stabilizálása, a további romlás megakadályozása, szövődmények kialakulásának meggátálása a cél (ártalomcsökkentés szükséges). A harmadlagos megelőzés része a *rehabilitáció* is, vagyis a károsodott egyén testi, lelki vagy szociális teljesítőképességének helyreállítása, aktiválása, a társadalomba visszahelyezése.

A prevenció hatásosságára jó példa az USA-ban iskolás gyerekek körében folytatott nevelési kampány az inhalánsok ellen. A kampány hatására – a korábbi évektől eltérően – mind több gyermek ismerte el veszélyesnek az inhalánsokat, és ennek következtében jelentősen csökkent azok használata. Színes képeslapokon felvilágosították őket arról, hogy öntudatlanság, hirtelen halál bekövetkezhet már közönséges festékspray, benzin, propán stb. egyetlen beszipantásától is, hogy a krónikus abúzus veszélye óriási: agy-, máj-, vesekárosodás, értelmi funkciók romlása (veszélyesebb kognitív zavarokat okoz mint a koka-in), mozgászavarok stb. léphetnek fel. Az USA-ban a felvilágosító kampányon túl 2 millió dollárt költöttek az inhalánsok *kutatására*, amely kiterjed a molekuláris mechanizmusoktól a prevenciós és kezelési lehetőségekig.

Összefoglalás

A rendelkezésre álló statisztikai adatok szerint az előző évekhez viszonyítva 2001-ben összességében csökkent az egészségügyi intézményekben kábítószerral kezelték száma. 1999–2000–2001-ben az összes kezelték száma 12 ezer körül mozgott, azóta ez nem változott. Öröndöletes, hogy a statisztikai adatok és a kutatási eredmények alapján megállapítható, hogy az illegális szerek fogyasztásának növekedési üteme hazánkban lelassult. A magyarországi változások irányukat tekintve az általános európai trendekbe illeszkednek. Bizonyos minőségi változások azonban felismerhetők: például terjed az intravénás droghasználat, észlelhető mértékűvé vált a kokain alkalmazása is. Nő a hepatitis B, C (HBV, HCV) fertőzöttek aránya (1996–1997-ben 9,4–17%, 2001-ben 20–26%). A HCV előfordulása a 13–19 éves korosztálynál a leggyakoribb. Az első droghasználat egyre fiatalabb korosztályban tapasztalható. Új jelenség, hogy a gyermek- és fiatalokú roma népesség körében is terjed a kábítószer-fogyasztás, ezen belül a heroinnal intravénásan visszaélők száma jelentős növekedést mutat. Növekszik a kábítószer megszerzése érdekében elkövetett bűncselekmények száma, s az elkövetők egyre fiatalabbak (14–18 év).

Minden hatodik ilyen bűncselekményt elkövető fiatalkorú. Ugyanakkor jelentős a fejlődés az egészségügyi, társadalmi, jogi környezet adaptációjában, hatékonyságában, a problémakezelő jártasságban.

Cselekvési lehetőségek, perspektívák

A magyar kormány 2000-ben elfogadta az ISM által előterjesztett *Nemzeti drogstratégia a kábítószerfogyasztás visszaszorítására* című dokumentumot, amely a nemzetközi ajánlások figyelembevételével, multidiszciplináris megközelítési modellt alkalmaz (96/2000. XII. 11. OGY). Központi gondolata egy szabad, magabiztos és produktív társadalom kialakítása, amely a testi és lelki szociális jóllétet, illetve az alkotóképességet kiemelt fontosságúnak tartja, a kábítószerkérdést mindnyájunk problémájának tekinti, és rámutat az együttes cselekvés jelentőségére. Fő célként jelöli meg: (1) a közösségi együttműködések különböző formáinak kialakítását; (2) az esélyteremtés lehetőségeinek kiszélesítését, átfogó segítségnyújtási program kidolgozását a produktív, tartalmas életstílus kialakításához, a megelőzésre helyezve a fő hangsúlyt; (3) a drogproblémával küzdő egyének és családok segítségét (szociális munka, gyógyítás, rehabilitáció terén); (4) a kínálatcsökkentés módszertanának kidolgozását. A Nemzeti drogstratégia megvalósítása érdekében további szervezetek, intézmények kialakítása kívánatos. Már működik a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, létrejöttek kábítószerügyi egyeztető fórumok (KEF). PHARE-projekt keretében megkezdődött az Európai Unió epidemiológiai és drogadatbázisához való csatlakozás. Felállt egy szervezeti egység, amelynek feladata, hogy előkészítse a magyar Focal Point, másodlagos adatszolgáltató központ kialakítását. A Nemzeti drogstratégia *hosszú távú*, (2009-ig) *középtávú* (2002–2003) és *rövid távú* célokat jelölt meg. A legfontosabb terület a keresletcsökkentés: a család, a munkahely, különböző közösségek, a szórakozóhelyek érzékeny tétele a drogproblémák iránt. Ezen belül a *hosszú távú* célok között szerepel a büntetés-végrehajtás intézményeiből szabadult kábítószer-fogyasztók reintegrálása a közösségbe széles körű intézményhálózat kiépítésével, koordinálásával. A hajléktalanok egyre fokozódó szerves oldószér- és kábítószer-fogyasztásának radikális kezelése, a reszocializációs elemek erősítése, a társadalomba való visszailleszkedés esélyének növelése. A *középtávú* célok a drogproblémák iránt fogékony közösségek segítségével drogmentes programok, színterek kialakítása, a nemzetközi ajánlások hazai adaptációja, magas színvonalú utógondozói program elkészítése, szociális, igazságszolgáltatási, munkaügyi, egészségügyi intézmények együttműködésének hatékonnyá tétele. *Szociális célprogramok* keretében lakhatási feltételek kialakítása. *Rövid távú* célok: helyi közösségi epidemiológiai kutatások szervezése, az adatok gyűjtése, nyilvánossá tétele, közigazgatási/jogi környezet fejlesztése, a nemzetközi környe-

zethez – EU, WHO, UNCDP – való kapcsolódás, a tapasztalatok felhasználása, a büntetés-végrehajtási intézmények egészségügyi részlegeinek bővítése, speciális elvonó, terápiás és utógondozó programok létesítése.

A gyógyító munka, az oktatás és a tudományos kutatás oldaláról szemlélve a kérdést, a legnagyobb jelentőségűnek a megelőzést, felvilágosítást tartjuk, annak minden szintjét és formáját – óvodás kortól az egyetemig, írott, elektronikus (internet) képi formákban egyaránt. Ilyen felvilágosító mozgalmak, kampányok jól működnek más országokban is. Ezek költségei messze alatta maradnak a már kialakult kábítószerelés egészségügyi/társadalmi költségeinek, és ez az a terület, ahol az egyetemek, főiskolák is részt vehetnek a munkában. Mindenképpen kívánatos lenne e szerteágazó terület tudományos kutatásának támogatását is pályázati prioritásokkal elősegíteni.

A WHO definíciója az egészségről elősegítette az egészségpromóció elvének, az egészséges életmódnak mint „termék”-nek a reklámozását, a káros tényezők elleni aktív védekezés módozatainak elterjesztését. Az egészségpromóció interdiszciplináris alapokon nyugszik: az orvostudomány, a szociológia, a média, a reklámpropaganda stb. eszközeivel élve mindnyájunknak sürgető feladata és kötelessége felvenni a küzdelmet korunk egyik legfenyegetőbb kihívásával szemben.

Felhasznált irodalom

- Cowan, A. J. – Lewis, W.: *Buprenorphine: combatting drug abuse with a unique opioid*. (Eds) New York, Wiley-Liss, 1995.
- Fürst Zs. – Wenger, T.: *A kábítószerkérdés orvosi, jogi és társadalmi vonatkozásai*. Budapest, 2001.
- Fürst Zs.: *Farmakológia*. Budapest, Medicina, 2001.
- Hammer, R. P. Jr.: *Neurobiology of Cocaine. Cellular and Molecular Mechanisms*. CRC Press, 1995.
- Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről*. Szerk.: Topolánszky Ákos. Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium, 2002.
- Kreek, M. J.: Pharmacotherapy of drug addiction. *Nature Reviews*, 1: 710–726. 2002.
- Leshner, A.: Science-Based Views of Drug Addiction. *JAMA*, 282: 14. 1999.
- Meyer, R. E.: The disease called addiction: emerging evidence in a 200-year debate. *The Lancet*, 347: 162–166. 1996.
- Nemzeti drogstratégia a kábítószer-fogyasztás visszaszorítására*. Ifjúsági és Sportminisztérium, 2000.
- Rácz J.: *Addiktológia. Tünettan és intervenciók*. HIETE, 1999.
- Van Ree, J. M. – Gerrits, M. A. F. – Vanderschuren, L. J. M. J.: Opioids, Reward and Addiction: An Encounter of Biology, Psychology, and Medicine. *Pharmacological Reviews*, 51/2: 341–396. 1999.
- Zickler, P.: Methamphetamine Abuse Linked to Impaired Cognitive and Motor Skills Despite Recovery of Dopamine Transporter. *NIDA Notes*, 17/1: 1–6. 2002.

Az ápolás szerepe, tudománya, gyakorlata, intézményrendszere az öregedő társadalomban

*„A világ népességének öregedése az egyik legnagyobb
kihívás, ugyanakkor óriási lehetőség is, ugyanis az idősök sok
mindenben lehetnek valamennyiünk szolgálatára, segítségére.”*

Gro Harlem Brundtland, főigazgató (WHO)

Az öregség olyan állapot, amelyet mindenki szeretne megélni, de amitől mindenki fél. Az időskor a maga jellegzetes szomatikus, pszichés, emocionális és szociális változásaival lassan, elkerülhetetlenül nehezedik rá életünkre.

Az ifjúság megőrzése, az öregedés feltartóztatása minden kultúrában alapvető problémakört jelent. Az idősök társadalmi elfogadottsága rendkívül összetett. Irányukban a társadalmi attitűdök történelmi koronként váltakoztak. A tradicionális társadalmakban az idősebb embereket rendszerint nagy tisztelet övezte. Az ókort részben az elutasítás, a középkor keresztény Európáját pedig az idősök felé irányuló karitatív szeretet jellemzi. Kifejezésre jut, hogy a gyöngéket, az öregeket és a szegényeket nem szabad elpusztítani, hanem védeni és segíteni kell. Ebben az attitűdben azonban benne rejlik az elkülönülés: amíg a fogyatékos, öreget gyöngének tekintjük, addig magunkat erősnek, nagynak tartjuk, azaz az elfogadás a „nem vagyunk azonos szinten” gondolatból fakad. A társadalmi attitűd szempontjából a harmadik korszak a francia felvilágosodással kezdődik: a „szabadság, egyenlőség, testvériség” jelszava a teljes elfogadást fejezi ki, és az idősök és sérültek társadalmi integrációját kényszeríti elő. Ugyanakkor a gazdasági életből kikerülve az idős emberek nehezen tudják életük utolsó szakaszát hasznossá tenni.

Az egyes társadalmak viszonyulása az öregedéshez tehát sokféle volt a történelem folyamán, a gerontokráciától a szolidaritáson át a társadalom számára teherré vált idősök elpusztításáig. A társadalom civilizáltságának, kultúráltságának indikátoraként tekinthetjük az idősökhöz és a gyengékhez való viszonyát.

Az idősök fokozott ápolásra, gondoskodásra szorulnak. Az ápolás tudománya, gyakorlata és intézményrendszere igen nagy szerepet tölt be abban, hogy az emberek minél később váljanak öreggé, és akkor is minél tovább éljenek egészségesen és aktívan.

Az öregedés globális jelenség, amely mélyreható változásokat eredményez az emberiség társadalmi rendszerében, befolyásolva a fejlődést, a politikát, a gazdaságot, a kultúrát, az egészségügyet, a jólétiséget, azaz az egész emberiség létezését és létének minőségét.

Az öregség viszonylagosan relatív kategória, a különböző tudományágak képviselői más-más módon definiálják. Sokszor az évek számához (pl. 60 vagy 65 év, ez jellemző a szociológusok részéről), más esetekben a nyugdíjkorhatárhoz kötik. Ez utóbbi meghatározás problémája, hogy a nyugdíjkorhatár országonként változó, de még hazánkban sem egységes, hiszen a nők esetében alacsonyabb.

Az ápolástudomány szempontjából is nehéz definíciót felállítani. Más-más szempontokat figyelembe véve többféle módon csoportosíthatunk (az életkor kevésbé meghatározó):

1. Aktivitás alapján (amely a fizikális, mentális állapottal egyaránt összefügg):

- „fiatal öreg”, aki akár nyugdíjas is lehet már, de aktivitása alig csökkent, fiatalos lendülettel éli életét,
- „idős öreg”, akinek aktivitása erősen lecsökkent egészségi állapotának romlása következtében.

2. Az ápolásra való rászorultság alapján lehet:

- önellátó,
- segítségre szoruló vagy
- teljes ellátást igénylő.

Egységes és mindenki számára egyértelműen behatárolt kategóriákat állított fel az emberi életkorok meghatározására a WHO, amelyek a következők:

- | | |
|-----------------|-------------------------|
| - 14 évig | - gyermek |
| - 15-30 év | - ifjú, fiatal felnőtt |
| - 30-45 év | - érett korú |
| - 45-60 év | - idősödő, változó korú |
| - 60-75 év | - idős |
| - 75-90 év | - öreg |
| - 90 év felett | - nagyon öreg, agg |
| - 100 év felett | - matuzsálem korú. |

Napjaink helyzete

Magyarország csatlakozása az Európai Unióhoz megtörtént. Kitekintve az unió korösszetételére azt tapasztalhatjuk, hogy a lakosság több mint 30%-a 50 év feletti, de ezen csoport kétharmada túl van a 60. életévén is. Ez a tény előrevetíti ellátásuk, ápolásuk, gondozásuk költségeinek növekedését. Az Európai Unióban ez várhatóan nem fog gazdasági problémát jelenteni. Ezzel szemben a kelet-európai térségben a szegénység eleve sok gondot okoz az egészségügyi és a szociális ellátórendszerben egyaránt. Az itt élők 60%-a (kb. 120 millió ember) él nagyfokú szegénységben. Súlyosbítja a helyzetet az is, hogy a születési arányszámok nem követik az öregedés ütemét, és nem lesz, aki eltartsa a már nem kereső időseket.

Magyarország sajátos demográfiai helyzetére a következők jellemzőek:

- Öregedő, de ugyanakkor nagymértékben fogyó népesség. A születéskor várható élettartam és életminőség elmarad az unió átlagától. Csökken a produktív középréteg aránya és száma, továbbá a népesség reprodukciója is csökkenő tendenciát mutat. A természetes gyarapodás mínusz 6 ezrelék, ami 1955-ben még plusz 11,4 ezrelék volt.
- Emelkedik a 60 évesek és ennél idősebbek, ezen belül elsősorban a nők aránya.
- Meghatározóan nagy a férfiak fogyatkozása a nőkhöz viszonyítva.
- A középkorú férfiak morbiditása és mortalitása egyre korábbi élet szakaszra tehető, csökkentve ezáltal életkilátásaikat.
- Csökken a családok száma, a becslések szerint 2025-re csaknem 200 ezerrel kevesebb család lesz.
- Nő az idős népességen belüli öngyilkosságok gyakorisága, különösen a férfiak között.
- Az idős népességen belül a krónikus betegségek előfordulásának aránya több mint 50%.
- A krónikus betegségek okai között mintegy 40%-ban a nem megfelelő életmód szerepel, ami előrevetíti a prevenció fokozott szükségességét.

A jövő dilemmái

A szakemberek előrejelzései szerint a jövőben további jelentős változásra számíthatunk:

- népességrobbanás (már 6 milliárdan élünk a Földön),
- az élettartam kitolódása (előrejelzések szerint a tudomány fejlődésével az ember fajkapacitása elérheti a 130-135 éves maximális élettartam lehetőségét),

- a tudomány és technika további fejlődése, az információs társadalom „robbanása”, ami a *civilizáció* előnyei mellett annak hátrányait is magában hordozza.

Az elkövetkező 150 évben az emberiség képes lesz az anyagot atomonként és a testeket génenként összerakni. Ez azt jelenti, hogy majdnem minden betegség, beleértve a rákot és az AIDS-t, gyógyíthatóvá válik.

Az öregedés folyamata azonban leküzdhetetlen marad. A jelenlegi elképzeléseink szerint a 21. század gazdag társadalmában gyakorlatilag mindenki, akivel nem történik valamilyen baleset, megérheti azt az életkort, amely az ember természetes élettartamát jelenti.

Az öszülő társadalomban prioritásként lép elő az az igény, hogy ne csak „éveket adjunk az életnek”, de ezek az évek megfelelő minőségben teljenek el. Az ENSZ és a WHO üzenete a harmadik évezred számára így hangzik: „egészséget mindenkinek, minden életkornak megfelelően, és olyan nemzedéki szolidaritást, mely az emberi együttélés társadalmi és intézményes integritását, kohézióját segíti elő”.

Az ún. hagyományos társadalmakban a „nagycsalád” képes volt a szociális funkciók ellátására, gondoskodott az idősekről és a betegekről. Saját képességeinek és a kor színvonalának megfelelően eltartotta, ápolta, gondozta őket. Akiket ez a tradicionális „szociális háló” nem tudott felfogni, azokról a társadalom tehetős tagjai karitatív módszerekkel (többnyire valláserkölcsi alapon) gondoskodtak.

Az idők folyamán a családmodell megváltozott. Nő a „nukleáris családok” száma, amelyek nehéz helyzetbe kerülnek, ha el kell látniuk az idős vagy beteg rokont. Ezek a feladatok olyan speciális funkciókká váltak a társadalom átalakulása során, amelyet más csoportok, így például az *ápolók* hatékonyabban teljesítettek. Mentésítették a családot, hogy szociális egységként működjék, többletfeladatot róva így a közösségre és a szakemberekre. A családok támogató, gondozó és ápoló szerepét pótló, azzal egyenértékű társadalmi *intézményrendszer* megteremtését és eredményes működtetését azonban még nem sikerült megvalósítani.

További problémákat vet fel a társadalmi értékrend változása. Az ápolói hivatás gyakorlásához elengedhetetlenül szükséges bizonyos mértékű önfeláldozás, a saját érdek háttérbe szorítása a reá bízott beteg vagy egészséges ember érdekeinek javára. Ez az attitűd napjaink rohanó, erőteljes érdekérvényesítő világában nem segíti elő az eredményes életpálya kialakítását. Ez a tény hozzájárul ahhoz a jelenséghez, hogy Európa legtöbb országában *nővérhány* tapasztalható, s ez egyre emelkedő tendenciát mutat. Ezen problémák megoldása az előttünk álló évtizedek feladata lesz.

Az ápolói hivatás

A hivatás valamely pálya iránti hajlamot, elhivatottságot és ennek alapján választott foglalkozást, életcélt jelent. „Nem a hivatala teszi az embert, hanem a hivatás” – mondta Eötvös József.

Aki az ápolói foglalkozást választja élethivatásul, annak szakmai tevékenységét minduntalan az emberek iránti figyelemnek, tiszteletnek, megbecsülésnek, szeretetnek, felelősségérzetnek kell vezérelnie.

Az ápolás társadalmi küldetése, feladata az egyének, családok, csoportok segítése a társadalomban az egészség megőrzése, fejlesztése vagy helyreállítása érdekében. Az egészséggel, betegséggel kapcsolatos ápolási diagnózist állít fel, ellátja az ápolási-gondozási funkciókat, amelyek nagymértékben befolyásolják az egész társadalom egészségi állapotát, és ebbe bevonja az ellátandók körét is. Az ápoló személyzet partneri alapon működik együtt más egyéb egészségügyi szolgálatok és ezzel kapcsolatos hivatások képviselőivel.

Az ápolás tudománya

Az ápolás tudomány és művészet. Felhasználja a fizika, biológia, a társadalom- és az orvosi tudományok és humániorák ismereteit. A tudományra jellemzően saját képzési rendszerrel, curriculummal, önálló kutatással és erős szakmai szervezettel rendelkezik. A megszerzett tudást speciálisan építi be sajátos rendszereibe, miközben a végrehajtás során ellátást nyújt az egyének, családoknak, csoportoknak. Az ápolók fejlesztik „művészetté” e tevékenységet, amikor gyakorlati munkájuk során az egyén szükségleteinek megfelelően a tudományokból vett ismereteket saját személyiségükkel is ötvözve integráltan alkalmazzák.

Az ápolás önálló diszciplína, különálló tudományág. Olyan komplex tevékenység, amely foglalkozik az egyénnel, a családdal és a közösséggel egészségben, betegségben egyaránt. Tevékenységi köre kiterjed az egészség fenntartására, előmozdítására, védelmére, a betegek ápolására, rehabilitációjára, az élet pszichoszomatikus és pszichoszociális aspektusaira, amennyiben ezek a betegséget vagy a halált befolyásolják.

Az ápolás egyidős az emberiséggel, bár korántsem rendelkezik annyi írásos hagyománnyal, mint az orvoslás. Már az ősközösségi társadalomban is felfedezhetők ápolásra utaló nyomok. A korai kereszténység a betegek ápolásának új dimenzióját hozta, mivel a könyörületességet mint új tényezőt építette be az ápolásba. A kereszténység új szelleme: a felebaráti szeretetről szóló tan és az emberi méltóság felismerése segítette a beteg, idős és szegény emberek felkarolását. A beteg emberről évszázadokon át egyházi szervezetek gondoskodtak: a jelentőségét máig megtartották, karitatív jellegük mellett szak-

mailag is elismerten jó katolikus ápoló rendek és a protestáns diakónia mellett kialakult a világi ápolók tanult rendje, kezdetben még zárt, egyházi mintára szervezett formában.

A világi ápolóképzés megteremtője az angol származású *Florence Nightingale* (1820–1910), a nagy angol ápolásfilozófus, szakértő és iskolaalapító. Szerinte „az ápolónő munkája háromszoros érdeklődést kíván: szellemi érdeklődést az eset iránt; szívbeli érdeklődést a beteg iránt; szakmai érdeklődést a gyakorlat iránt”.

Saját nemzeti ápolástörténeti hősünk, *Kossuth Zsuzsanna* a magyar szabadságharc idején fogalmazta meg az ápolás és az ápolók feladatát: „Egy legyen bennünk az akarat, felkeresni szenvedést s enyhíteni azt!”

Az ápolásban, mint szervezett és intézményesített tevékenységben, napjainkig igen sok változás történt. A változások nehezen követhetők, mivel az ápolásra vonatkozó feljegyzések, írásos dokumentumok *Florence Nightingale* előtt szinte nem is léteztek. A krími háború idején, illetve egész élete során *Nightingale* számos értekezést, ápolási tankönyvet és glosszát írt, valamint széles körű levelezésében szintén kifejtette az ápolásra vonatkozó téziseit, megállapításait, terveit. Írásai megőrzik küzdelmeit, eredményeit, s fevil-lantják az ápoló akkori imázsát:

„Az ápoló legyen józan, becsületes és megvesztegethetetlen,
legyen igazmondó és megbízható,
legyen pillanatra pontos és hajszálíg rendes,
gyorskezü, de nem kapkodó,
szelíd, de nem lassú,
nyájas, de nem fecsegő,
tapintatos, de sohasem tétovázó,
legyen derűs és bizakodó,
tisztá saját személyében és tisztaságot teremtő a beteg körül,
legyen szíves és szolgálatkész, a betegre gondoljon és nem önmagára.”

Kossuth Zsuzsanna (1820–1854) néhány évvel a krími háborút megelőzően, a magyar szabadságharc idején végzett kiemelkedő ápolásszervezői és -képzői tevékenységet. Számára sajnos nem adatott meg a hosszú tevékeny élet öröme. Így az életéről, ápolásszervezői, -képzői tevékenységéről fennmaradt dokumentáció is lényegesen kevesebb.

Új trendek

Az élet minden területén zajló és egyre gyorsuló ütemű változások az ápolási-gondozási tevékenységre is igen nagy hatással vannak.

Az elmúlt évtizedek ugrásszerű tudományos és technikai fejlődése, az ápolásban bekövetkező paradigmaváltás a megfigyelések, tanulmányok, a dokumentáció révén ma már egyértelműen regisztrálhatók. Az ápolóképzés és -továbbképzés rendszere, az eljárásrendek, a minőségi követelmények szabályozottsága, a technika fejlettsége, a szervezettség, a dokumentáció kötelezettsége mind a fejlődés jellemzői, ugyanakkor a további fejlődés lehetőségei is.

Makroszinten az új trendek a következők: az informatika fejlődése, a globalizáció, az úgynevezett szociális „nyugtalanág”, a környezeti rizikótényezők szaporodása, a demográfiai változások és a betegségi sémák változása.

Az *egészségügyet* befolyásoló új trendek: a gazdasági megfontolások által vezérelt egészségügyi reform, a technika növekvő szerepe az ellátásban, a kutatás, az új terápiák és technikák kifejlesztése, a betegjogok előtérbe kerülése, az alapellátás fejlesztése, a szocio-kulturális determináltság, valamint az alternatív medicina iránti igény megjelenése.

Az *ápolás* új trendjei, amelyek hivatásunkat s a hivatás imázsát alakítják: az ápolóképzés változásai, az ápolói hivatás „előléptetése”, ugyanakkor ellentmondások az ápolói hivatáson, képzésen és gyakorlaton belül, az ápolás környezetének megváltozása, az ápolás szabályozása és „kormányzása”, valamint az ápolás kapcsolatának változása a partnerség irányába az egészségügyi ellátás többi szereplőjével.

Az ápolás fejlődéséhez szükséges, egymással szoros kapcsolatban álló komponensek:

- A technológiák, tudományosan igazolt módszerek, eljárások, technikák és eszközök használatának ismerete.
- Képesség, tudás, beállítódás és alkalmasság egy cselekedet, folyamat véghezviteléhez.
- Valamilyen viselkedéssel, magatartásmódokkal leírható tulajdonságegyüttes.
- Kompetencia: meghatározásával megvalósulhat az ápolási stratégiai cél, amely a szervezeti hatékonyságot biztosítja, a munkaerő szaktudásának és képességeinek megfelelő alkalmazásával.
- Változások felismerése: „jövőbe látás és kreativitás”, az ápolók szakmai tudásának hasznosítása, ápoláskutatás, pro aktív ápolásvezetés.
- Naprakész információ az egészségügyi tervezést érintő jogi, gazdasági, szociális kérdésekben a közép- és felsővezetői szinten.
- Stratégiai tervezés: biztosítja a menedzsment számára a következetes tevékenységet, az ellenőrzés lehetőségét, elősegíti a források jó kihasználását.

Az ápolás szerepe

Az új évezred kihívásai, az új trendek, az ápolók feladatait, az ápolás szerepét, imázsát markánsan befolyásolják.

Az ápolók nemzetközi *szakmai szervezetei* megfogalmazzák az egészségügyi ellátás és az ápolás új irányvonalait, az ápolókkal szembeni elvárásokat és folyamatosan alakítják, fejlesztik az ápolói hivatás imázsát.

Az *Ápolók Nemzetközi Tanácsa* (International Council of Nurses, ICN, Genf) az ápolók világméretű nemzetközi szakmai szervezete. Az ICN több mint százéves múltra tekint vissza (1899-ben jött létre). A szövetséget 124 tagország nemzeti ápolói szervezete alkotja. Minden országból csak egyetlen, az ápolókat képviselő szakmai szervezet lehet a tagja, ez hazánkban a Magyar Ápolási Egyesület. Az ICN az ápolók „nemzetközi hangja”, az egészségügyet és az ápolásügyet érintő minden kérdésben képviseli az ápolónőket. Részt vesz az egészségpolitika globális alakításában és megfogalmazza az ápolás megfelelő színvonalát biztosító irányelveket.

Az Európai Unió szintén rendelkezik európai szintű szakmai szervezettel, ez az *Európai Unió Állandó Nővérbizottsága* (Permanent Committee of Nurses of EU, PCN/EU, Brüsszel). A PCN/EU 1971-ben jött létre, amikor az unió az áruk és munkaerő szabad mozgására vonatkozó szabályozások kidolgozásával kezdett foglalkozni. Az Európai Unió Állandó Nővérbizottsága az ápolás európai szintű, hivatalosan bejegyzett, önálló, független orgánuma, 1,2 millió ápolót képvisel. Tagjai: az ICN által hivatalosan elfogadott Nemzeti Ápolási Egyesületek. Hazánkat e bizottságban a Magyar Ápolási Egyesület képviseli. Az Európai Unió Állandó Nővérbizottságának küldetése: képviselni az ápolókat az unióban és Európában, együttműködni a nemzeti és nemzetközi szervezetekkel, továbbá elősegíteni az ápolói hivatás megfelelő státuszának érvényre jutását, biztosítani az ápolás és az ápolók központi helyét az európai szintű egészségpolitikában, erősíteni a nemzeti ápolási szervezeteket.

A *WHO Európai Régió Nővérfóruma* (EFNNMA/WHO, Koppenhága) az ICN, a PCN és a WHO együttműködését jeleníti meg. A 21. századi egészségstratégia kidolgozásában, az ápoló új feladatainak megfogalmazásában a fórumnak nagy szerepe volt. A 2000 júniusában Münchenben megtartott Második Miniszteri Konferencia az Ápolásról és a Szülésznőiségről kijelöli az ápolás szerepét a 21. században. A megfogalmazásokban bennfoglaltatnak a nemzeti ápolási egyesületek – hazánkból a Magyar Ápolási Egyesület – véleményei és feladatai is.

A magyar ápolói társadalomnak a fentiekben bemutatott nemzetközi testületek által elfogadott, hivatalos képviselője a *Magyar Ápolási Egyesület*. Az egyesület tagjai: ápolók, illetve az egészségügyi ellátás bármely területén működő alapfokú, középfokú és főiskolai vagy egyetemi képzettséggel rendel-

kező egészségügyi szakdolgozók, továbbá hallgatók és nyugdíjasok. Tiszteletbeli és pártoló tagjai neves közéleti személyiségek, egészségügyi vezetők.

A Magyar Ápolási Egyesület a magyarországi ápolók első, független szakmai érdekképviselői szervezete. Az egyesületet az 1980-as években a Magyar Kórházszövetségben belül tevékenykedő ápolói „értelmiségi” réteg, az új Egészségügyi Főiskola intézetvezetői szakán végzett főnövérek hozták létre. A tagság az 1989. évi megalakulás óta önkéntes, a taglétszám a kezdeti létszámnak több tízszeresére emelkedett. Az egyesület a 2000. év óta kiemelten közhasznú szervezetként működik.

A Magyar Ápolási Egyesület *céljainak* szinte mindegyikében fellelhető a kor követelményeit – így az idősök figyelemmel kísérését – követő tendencia:

- az ápolás/gondozás elméletének és gyakorlatának fejlesztése;
- az ápolási/gondozási szolgálat minőségének, hatékonyságának növelésében való részvétel az oktatás, nevelés, szervezés, vezetés, tudományos kutatás eszközeivel;
- az egészség építése, megőrzése, helyreállítása az ápolási/gondozási munka révén;
- a magyar ápolásügy képviselete a nemzetközi szinten;
- az ápolók szakmai és etikai érdekeinek képviselete hazánkban;
- részvétel az egészségpolitika alakításában;
- a magyar nép egészségi állapotának javítását célzó hosszú távú társadalmi programok végrehajtásában való közreműködés.

A szakmai szervezetek mellett a *menedzsment* is jelentős szereppel bír az ápolás arculatának alakításában.

A szakmai szervezetek a nemzetközi trendek ismeretében, azokat a hazai sajátosságoknak megfelelően alkalmazva felvázolják a hivatás és a hivatás gyakorlóinak jövőképét. Határozott elképzeléssel rendelkeznek a jövőről, és képesek az ennek megfelelő célok kitűzésére. Motivációjuk nem az egyéni érvényesülés, hanem az ápolás ügye iránti elkötelezettség, amelyet hitelesen tudnak reprezentálni. Karizmatikus személyiségek közreműködésével képesek megfogalmazni és megjeleníteni azt az ápolói hivatástudatot, amely az e pályát választó emberek lelkében benne él.

Mit ad a szakmai szervezet a hivatásnak? A tagok elméleti és gyakorlati képességeinek, tudásanyagának, tapasztalatának esszenciáját, az összetartozás erejét, az ész, a kéz és a szív ötvözetét.

Az ápolásmenedzsment feladata, hogy hozzájáruljon a célok elérését biztosító út és módszerek kimunkálásához. Kellő hatalommal rendelkezik ahhoz, hogy irányítsa mások munkájának és igazgatásának folyamatát az előre meghatározott irányelveknek megfelelően. Fenntartja a rutint és a rendet az ellenőrzött és racionális struktúrában, értékeli az embereknek a munkahelyen

betöltendő szerepük megvalósulását. Felelősséggel rendelkezik az ápolás imázsának és az ennek megfelelő feltételeknek a biztosításában.

Az ápolók – Európa egészségügyi ellátásának legnagyobb létszámú homogén csoportjaként – hagyományos betegápolói szerepüket számos és széles körű új feladattal bővítve végzik. Ez nem csupán nemzetközileg, de hazánkban is érvényes elvárás, amelynek az ápolók eleget tesznek.

Az ápolók ellátói, védelmezői és szószólói mindazoknak – különösképpen az idős embereknek –, akik segítségükre, közreműködésükre, tanácsukra szorulnak akár betegség, akár az egészség állapotában. Hozzájárulnak a prevenció, az ápolás és a gyógyítás mint alapvető emberi jog eléréséhez.

A teljes ápolói professzió filozófiája és gyakorlata révén elősegítik a holisztikus szemléletű és individualizált ápolást, az egészséges életmódot, a lakosság egészségi állapotának javulását. A gyakorlatot tudományosan megalapozott tényekkel, kutatásokkal támasztják alá, a kompetenciák újabb füzéreinek kidolgozásával reagálnak az egészségügyi ellátás dinamikus változásaira.

Megőrzik az ápolói hivatás hagyományos értékeit, amelyeket szakértelemmel és lelkesedéssel alkalmaznak. Tiszteletben tartják az emberi személyiséget, és partneri alapon dolgoznak együtt az egészségügy más szakmai csoportjaival.

A ma ápolói gondolkodó, értő, érző és cselekvő emberek.

Az ápolók előmozdítják az egészségügyi ellátás fejlődését, tudatosan és intelligensen vesznek részt az egészségpolitika formálásában, szakmai szervezetük, önkormányzatuk és saját karrierjük fejlesztésében. Tevékenységük jellemzője az ICN által kiadott Fehér Szív jelszava: a tudás, a szakértelem, a gondoskodás és az emberiség.

Napjaink ápolóképzése méltó alapul szolgál ahhoz, hogy az ápolói hivatás a társadalmi ranglétrán idővel az őt megillető helyet foglalja el, művelői a társadalom megbecsült tagjai legyenek. Az ápolóképzésnek az 1980-as években történt reformjában és az egyetemi ápolóképzés bevezetésében a Magyar Ápolási Egyesületnek jelentős szerepe volt. E reform értelmében vált képzésünk eurokonformmá, amelynek belépési követelménye az érettségi. Az érettségire épülő ápolóképzés hároméves, a főiskolai képzés négy évet vesz igénybe, az egyetemi képzés erre épülő további másfél év.

Az ápolóképzésben külön stúdiumként szerepel az idős emberrel foglalkozó *geriátriai szakápoló* speciális képzése. Tevékenységi körében a geriátria különböző területén – az egészségügyi team tagjaként, irányítással vagy önállóan az ápolási folyamat lépéseinek megfelelően – részt vesz az idős betegek ellátásában, amiről ápolási dokumentációt vezet. Közreműködik a diagnosztikai és terápiás eljárásokban. A megállapított ápolási diagnózisok alapján – ápolási protokollok szerint – ápolási tevékenységet végez, részt vesz a geriátriai betegek egészségmegőrzésében és életmódformálásában, a gondozási programok megvalósításában, az időskorúak rehabilitációjában, a sürgős-

ségi betegellátásban a geriátria területén, életveszély esetén elsősegélyt nyújt. Kapcsolatot tart a beteg hozzátartozóival és az otthoni ellátásban dolgozó szakemberekkel, tájékoztatja a beteget és hozzátartozóit a terápiás utasítások betartásáról, ápolási, gondozási és rehabilitációs tevékenységek kivitelezéséről. Részt vesz a beteg és a hozzátartozók pszichés vezetésében, gondoskodik a haldoklás elfogadásának pszichés hátteréről.

Az ápolás gyakorlata

Az ember bio-pszicho-szociális lény. Ez feltételezi a holisztikus szemléletű ápolást, amely az öregeknél különös jelentőséggel bír. Az idős ember életminősége, fenntartható egészségi állapota és aktivitása a társadalom egész vertikumát érinti.

Az idősek életminőségét – az ennek során elérhető legjobb egészséget, szomatikus, pszichés és szociális dimenzióban egyaránt – nagymértékben befolyásolják a politikai és szakmapolitikai események, elsősorban a család-, az egészségügyi és a szociálpolitika. Az idős emberek testi-lelki ápolása, gondozása során az egészségügyben a humán erőforrásokkal való gazdálkodás – különös tekintettel az ápolóhiányra – meghatározó.

Az életkor előrehaladtával elkerülhetetlen az egészségi állapot romlása. A szomatikus egészség gyengülésével és a társas kapcsolatok lazulásával párhuzamosan megjelennek a lelki problémák is. Igen nagy gondot jelent az elmagányosodás. A nyugdíjazással és a mozgékonyság csökkenésével lazulnak az interperszonális kapcsolatok. Nagyobb problémát jelent, ha az idős ember elveszíti házastársát és teljesen egyedül marad háztartásában. Ez a nehéz helyzet különösen érvényes a magasabb átlagéletkorú nők esetében.

Az idősödő ember az életének során – az ún. „deficit modell” megközelítése szerint – egyre több dologra válik képtelenné. Az ápoló feladata annak megfigyelése, hogy mire képes az idős ember, majd ezen funkciók elősegítése, tudatosítása, erősítése. Meg kell értetni az idős emberrel, hogy képességei állandó gyakorlásával, erősítésével fenntarthatja önállóságát, ami a jólétnek és az alapvető egyéni méltóságnak elengedhetetlen feltétele.

Az ápolónak munkája során pozitív megközelítést kell alkalmaznia. Ki kell használni az idős ember tapasztalatát és tudását, valamint nevelő szerepüket, együttműködésüket, segítségüket.

A generációk együttműködése során az idősek termékeny talajra találnak a fiatalokban bölcsességük és tapasztalataik átadására, a fiatalok pedig az idősek révén fedezik fel saját gyökereik gazdagságát. Megtanulják felelősséggel tervezni életüket és értékelni azt, ami valóban értékes.

Az idős ember *szomatikus ápolása*, gondozása során rendkívül fontos az idős korral járó testi változások – például a súlytöbblet vagy soványság, az

őszülés, a kialakuló hyperpigmentáció – megfigyelése. Az idős ember érzékszervei tompulnak, sokszor segédeszközökre van szüksége a világban való tájékozódáshoz. Társadalmunkban az információknak az érzékszerveken keresztül való feldolgozása alapvető jellegzetesség, ennek hanyatlása jelentősen megnehezíti az életet.

Az idősek szociális, emocionális, illetve kognitív fejlődése bonyolult jelenség. Nagyszámú testi és mentális folyamat áll kölcsönhatásban egymással, amelyek külön is és együttesen, egymást erősítve jelenthetnek ápolási problémát.

A szomatikus problémák megelőzése érdekében különös gondot kell fordítani az idős ember táplálkozására és folyadékháztartásának egyensúlyban tartására. Napjában többször kell számukra kis mennyiségű, könnyen emészthető, energiadús, vitaminban és ásványi anyagokban bővelkedő étkezést biztosítani. Ügyelnünk kell az egész napra egyenletesen elosztott két, két és fél liter folyadék elfogyasztására.

A testi higiéne elősegítése, a hőmérséklet-ingadozáshoz való csökkent alkalmazkodó képesség támogatása, a száraz, sérülékeny bőr és a szájüreg gondos ápolása mind fontos feltétele a megfelelő szomatikus állapot fenntartásának. A mozgás, a rendszeres elfoglaltsággal, kis fizikai megterheléssel járó életmód szintén előnyös életvitelt jelent az idős ember számára.

Az ápolóknak tisztában kell lenniük az öregedő társadalom *pszichoszomatikus* problémáival és annak megoldási lehetőségeivel. Tudjuk azt, hogy az idős embernek beköszöntött élete utolsó fázisa, és ez a szakasz sokáig is eltarthat. De nem mindegy, milyen életminőségben. Elérhetik az időseket pozitív és negatív periódusok egyénileg és a társadalom oszlopos tagjaként egyaránt. Az életkor, az öregség elfogadása centrális helyet foglal el az idősek szociális és emocionális fejlődésében.

Az idősek korábbi társadalmi képével szemben napjainkban új típus van kialakulóban: *az új idős ember képe*. Egyetlen más korcsoportban sincs olyan nagy eltérés az egyén fizikai és pénzügyi körülményeiben, mint az időseknél. A ma élő átlagember sokkal hosszabb élettartamra számíthat, mint aki száz évvel ezelőtt született. Javultak az életkörülmények, sokkal kedvezőbb a higiéniás helyzet, jobb az egészségügyi ellátás színvonala és mindezek hatására növekedett a születéskor várható élettartam. Tehát az ápolóknak is egyre több idős emberrel kell foglalkoznia.

A legnehezebb, ám egyik legnehezebb ápolói feladat az idős ember hatékony gondozása, ápolása és ellátása. Az életvitelben bekövetkező számos és jelentős változás és az élettani hatások együttes következményeként az idős populáció fokozottabban van kitéve a megbetegedéseknek és sérüléseknek, mint bármely más korcsoport.

Az ápolás intézményrendszere

Az idős ember életminőségének, a fenntartható egészségének lényeges biztosítója az idős emberek ellátását szolgáló intézményrendszer. Az intézményrendszer kialakítását és működtetését a következő tényezők befolyásolják: az egészségügy, a szociális politika, a családpolitika, az egészségügyi és szociális ellátó rendszerek fejlesztése és állandó reformja, a források áttekintése és delegálása.

Az életkor meghosszabbodása szükségessé teszi az idősek egészségi és szociális helyzetének javítását, amelyben interszektorális részvételre van szükség. Kiegyensúlyozott egészségügyi és szociális ellátórendszert kell kiépíteni, amely az alapellátás keretein belül megfelelő színvonalú idősellátást nyújt.

Az emberi élettartam növekedése, amelyhez alacsony reprodukciós struktúra és az idősek aktív csoportjának szélesedése társul, napjainkban az európai idősellátás egyik legnagyobb kihívása. Szükség van olyan intézkedések kidolgozására, amelyek a lehető legjobb segítséget nyújtják az időseket ápoló családtagoknak.

Ennek érdekében az Európai Unió tagállamai által elfogadott Amszterdami Egyezménynek megfelelően (1997) a kormányok évről évre kiadják a foglalkoztatási útmutatót, a női, férfi foglalkoztatásban egyenlően, flexibilis munkaidő beosztással a gondozói tevékenység elősegítéséhez. A munka és a családi élet jobb összeegyeztetése érdekében az unió tagországai családbarát szociálpolitikai elvek szerint cselekvési tervet dolgoztak ki a gyermekek és idős rászorultak gondozásának magas szintű biztosítása érdekében. Az 1997-es *Egyenlő lehetőségek nőknek és férfiaknak az Európai Közösségben* című éves jelentés hangsúlyozza, hogy a gondozás-gondoskodás fogalmi köre kibővült, és nemcsak a gyermekekre szorítkozik, hanem kiterjed a családok jövőjére, az idősek gondozására és a férfiak bevonhatóságára a gondozásba. Az Európai Közösség projekteket, tanulmányokat, konzultatív megbeszéléseket és koordinációs törekvéseket is támogat.

Az Európai Unió Leonardo da Vinci projektjén belül is finanszíroz egy külön programot, amelynek címe Az aktív időskor felé. A projektben finn, holland és lengyel kutatási és képzési szakemberek mellett a Magyar Ápolási Egyesület is részt vesz.

A program célja, hogy európai modellt tárjon fel az idősellátásban dolgozó szakemberek, ápolási szervezetek és az idősödő nemzedék bevonásával – általuk kitöltött kérdőívek révén – a jövőbeni idős emberek ellátására.

Több gondozóhálózat-építő EU-program mellett, amelyek az 1980-as évektől folyamatosan fogalmazódtak meg, 1998–1999-re megalakult az *Idős-gondozó hálózat* az idősgondozók és a munkahelyteremtés koordinálására, amelyet az EURO LINK AGE fog össze.

Az Európai Közösség tagországainak egészségügyi rendszere nem egységes (az ellátás hozzáférhetősége, a nyújtott szolgáltatások, a finanszírozás módja és a GDP-ből erre fordítható összegek nagysága), de közösnek mondható az a szemlélet, amely az egészségügyi ellátást – azon belül az idősek ellátását és az egészséget – alapvetően szociális dimenzióknak és mint ilyen elsőrendű politikai tényezőnek tekinti.

Míg az európai országok a GDP-ből 6-9%-ot fordítanak az egészségügyre, addig Magyarországon ez az arány 4,7-6% között mozog. Ily módon a már meglévő és alakuló gondozási rendszerek hatékonysága és minősége nem éri el az Európai Unióban kialakultakét.

Az önkéntes gondozás hazánkban még kevésbé szervezett és nem épült be a professzionális gondozószolgáltatásokkal a napi idősellátásba. Pótolhatatlan szerepet töltenek be azonban ezen a területen az ellátást és érdekképvi-
seletet biztosító civil szerveződések, az egyházi és az egyre terjedő telefonos segélyszolgáltatások. Az oktatás, képzés, továbbképzés és szakképzés is elindult, különös tekintettel a geriátriai szakápolóképzésre, a hatékony működéshez azonban további évekre van szükség.

Az idősellátás intézményrendszeréhez kapcsolódó ellátási formák mindegyikében fellelhető az ápolás-gondozás nélkülözhetetlen szerepe.

- Az alapellátás területén működik a háziorvosi szolgálat, a házi betegápolás, a házi szociális gondozás, házi segítségnyújtás, valamint a falugondnoki szolgáltatás; míg a járóbeteg szakellátáshoz tartozóan működnek az otthoni szakápolási szolgálatok. A háziorvosi szolgálat ápoló tagja, a körzeti nővér az ismert rendelői tevékenysége mellett területi munkát is ellát. A betegek otthonában végzett ápolói feladatok, családlátogatások alkalmával olyan személyes kapcsolatot képes kialakítani betegével, amely során annak nemcsak egészségi állapotában, hanem élethelyzetében, szociális körülményeiben kialakult változásokat is képes észlelni, azok megoldására intézkedéseket tenni vagy azt kezdeményezni.
- Az otthoni szakápolás a biztosított otthonában vagy tartózkodási helyén, kezelőorvosának rendelkezésére szakképzett ápoló által végzett tevékenység. A szakápoló feladata: a szakápolói tevékenységek elvégzése a *Magyar Közlönyben* leírtak alapján, valamint a beteg pszichés vezetése és mindazon tevékenységek megtanítása, amelyet maga a beteg és/vagy családja megtehet az egészsége megtartásáért, helyreállításáért vagy állapota romlásának megakadályozásáért. Továbbá az ápolási anamnézis felvétele, ápolási diagnózis felállítása, az ápolási folyamat dokumentálása, jelentési kötelezettség teljesítése, rendszeres kommunikáció a házi-, illetve kezelőorvossal és más, a beteg ellátásában részt vevőkkel.

Ez az intézmény mindazoknak az időseknek előnyös ellátást jelenthet, akik megromlott egészségi állapotuk vagy rokkantságuk ellenére saját otthonukban szeretnének maradni. Gyakran igénylik ezt az ellátási formát kórházi kezelést követően is, mivel e szolgáltatással lerövidíthető a kórházi ápolás időtartama, elősegíthető a beteg felépülése, továbbá elhárítható az ápolási osztályra kerülés, esetleg az újabb hospitalizáció.

- A *házi szociális gondozás*, házi segítségnyújtás igen széles profillal rendelkező ellátási forma. Igénybevétele a bevásárlástól a takarításon át az étkeztetés biztosításán keresztül a különböző egyéni szükségleteknek megfelelően lehetséges. A tevékenységben a gondozás dominál.
- *Napközi ellátás*: történhet ápolást, gondozást nyújtó intézményekben, mint például az idősek otthona, nappali ellátást nyújtó intézményekben, mint az idősek klubja, valamint átmeneti elhelyezést nyújtó intézményekben mint az időskorúak gondozóháza. Ezen ellátásnak általában az a célja, hogy az intézeti elhelyezés elodázható legyen. Az idősek itt közösségben tölthetik napjaikat, jobb közérzettel, jobb hangulatban élnek. A jelenlévő szakellátás, az ápolás, valamint a szocializációt elősegítő társasági programok képesek megakadályozni a beteg állapotának romlását, lehetővé teszik a meglévő funkcionális kapacitások sokkal hosszabb ideig történő megőrzését, esetleg fokozását.
- A *home-care hálózat* magában foglalja a szociális és egészségügyi alapellátást: a családorvosi, a gondozói/ápolói alap- és szakápolói tevékenységeket, valamint a hospice szolgáltatást folyamatos vagy átmeneti formában.
- A *falugondnoki szolgáltatás* célja az aprófalvakban, kerületi, tanyasi lakott helyeken az intézményhiányból eredő hátrányok enyhítése, az alap- és közösségi szintű szükségletek teljesítésének segítése.
- A *geriátriai ambulanciák* létrehozása a jövő sürgető feladata. Célja a geriátriai szakképesítéssel rendelkező szakorvos vezetésével, az ápoló közreműködésével az időskorúak biológiai, pszichoszociális és funkcionális állapotfelmérése, ambulanter ellátása (terápiás javaslat, prevenció, életmód javaslatok), esetleg osztályos felvétel indikálása. Az idős emberek egészségi ellátással kapcsolatos biztonságérzetének javítására széleskörűen ki kell alakítani a vészjelző eszköz (karkötő, lánc, „pánik gomb”) használatához szükséges infrastruktúrát a házigondozó-szolgálat fejlesztésével együtt. Annak érdekében, hogy a beteg rehabilitációja ott történjék, ahol az számára legmegfelelőbb, otthonápolási/laikus gondozási lánc és az ehhez szükséges képzés kiépítése szükséges. Növelni kell az idősek otthonaiban a férőhelyek számát, különös tekintettel az egyedül álló idősek marginalizálódásának megelőzésére. Továbbá érdeklődési körüknek és képességeiknek megfelelően biztosítani kell az idősek szá-

mára a tanulást, kiemelten a kor követelményeinek megfelelő ismereteket (például a bankkártya használatának ismertetésétől kezdve a senior-egyetemig, nyelvvoktatásig).

- A *fekvőbeteg-ellátás* intézményeihez tartoznak a geriátriai osztályok, mint a belgyógyászati, geriátriai rehabilitáció és a gerontopszichiátria. Mivel ezek az osztályok zömmel multimorbiditásban szenvedő vagy el-esett állapotú időseket látnak el, működésük alapvető feltétele a multidiszciplináris megközelítés mind terápiás, mind ápolási szempontból.
- *Ápolási osztály*: a kórháznak az a saját ápolási irányítással működő egysége, amely meghatározott ideig – legfeljebb azonban hat hónapig – ápolási szolgáltatást nyújt azok számára, akiknek folyamatos ápolásra van szükségük, de rendszeres orvosi ellátásra már nem szorulnak.
- *Ápolási intézet*: önálló intézetként vagy fekvőbeteg-ellátó intézet egységként saját ápolási irányítással működtetett egység, amely meghatározott ideig, legfeljebb azonban egy évig nyújt szakápolási szolgáltatást azok számára, akiknek folyamatos ápolásra van szükségük, de rendszeres orvosi ellátásra nem szorulnak. Az ápolási intézetet ápolási igazgató vezeti.
- *Hospice ellátás*: a haldokló beteg gondozásának célja a hosszú lefolyású, halálhoz vezető betegségben szenvedő személy testi, lelki ápolása, gondozása, életminőségének javítása, szenvedéseinek enyhítése és emberi méltóságának haláláig való megőrzése. A beteg jogosult fájdalmának csillapítására, testi tüneteinek és lelki szenvedéseinek enyhítésére, valamint arra, hogy hozzátartozói és a vele szoros érzelmi kapcsolatban álló más személyek mellette tartózkodjanak. A hospice ellátást lehetőség szerint a beteg otthonában, családja körében kell nyújtani.
- *Szociális otthon*: idős személyek otthona, amelynek biztosítania kell a megfelelő életminőséghez szükséges valamennyi feltételt. Gondoskodni kell a napi étkeztetésről, szükség szerint ruházattal való ellátásról, mentális gondozásról, esetleg egészségügyi ellátásról, valamint a szocializációt elősegítő közösségei, társasági programokról. Elsősorban nem betegotthonként kell funkcionálnia, hanem az idős lakók kellemes, közösséget formáló, végső otthonaként.

Az idősellátás intézményrendszeréhez sorolható az *ápolásbiztosítási* rendszer.

Az *önálló ápolásbiztosítási ág* létrehozása Németországban igen jó eredményeket hozott. A német szövetségi munka- és szociálisügyi miniszter nyilatkozata szerint „az eddigi mérleg pozitív” (dr. Norbert Blüm: Szövetségi Munkaügyi Közlöny 1997/10). Németországban az ápolásbiztosítást több mint 80 millió embert érintő új biztosítási ágként hozták létre a kilencvenes évek közepén. A kezdeti nehézségek után a fent idézett közlönyben már egy-

értelműen pozitív a mérleg: „... az ápolásbiztosítás sikeresen működik, megbízhatóan segít, pénzügyileg biztos lábakon áll, ráadásul új munkahelyek létrehozásához is hozzájárult”.

Elismert magyar szakemberek álláspontja szerint „a rendszer elemei strukturális, finanszírozási és személyi vonatkozásban koherensek, Magyarországon fellelhetők. Az egységes rendszerbe integrálás humán erőforrás oldalról a lakosság ellátásának adekvátabbá tételét jelenti, míg forrásallokációs szempontból koncentráltabb, hatékonyabb pénzfelhasználást tesz lehetővé”.

Az ápolásbiztosítás kialakítása szorosan összefügg a házi ápolás finanszírozásának kérdésével, valamint a házi ápolásba bevonhatók körével. A házi ápolást a háziorvos rendelkezése szerint igénybe veheti az otthonában ápolható és kezelhető, valamint az a kórházi körülmények között kezelt beteg, akinek meghatározott fázisú kezelése otthonában továbbfolytatható. Továbbá azok a krónikus betegségben, fogyatékosságban szenvedő emberek, akik állapotromlás miatt átmenetileg aktívabb ápolást igényelnek, illetve azok az idős betegek, kiknek önellátó képessége csökkent ugyan, azonban rendszeres otthoni ápolás/gondozás mellett intézeti elhelyezést nem igényelnek.

A néhány európai államban bevezetett ápolásbiztosítási rendszer is hangsúlyozza az ápolás szerepét és feladatait Európa egészségügyi ellátásában.

Egész Európában az ápolónők képezik az egészségügyi szektor legnépesebb szakmai csoportját és ők nyújtják a betegek és kliensek szolgáltatásainak legnagyobb részét a legszélesebb értelemben, az alapellátástól egészen az akut és krónikus osztályokig és ápolási otthonokig. Az ápolóképzés széles körű tudást biztosít számukra, amely többek között az orvostudomány, a természettudomány, a pszichológia és a jogi tudomány köréből átvett ismeretekből áll. Az ápolók alapvető szerepet játszanak a változások és fejlesztések bevezetésében, nemcsak a közvetlen környezetükben, de az egész egészségügyi szektorban, és befolyásolják a betegek véleményét az egészségügyi ellátásról. Az egészségügyi szolgálatoknak szükségük van az ápolók segítségére az idős emberek ellátására szolgáló szervezetek fejlesztése és a sikeres öregkor biztosítása szempontjából.

A sikeres öregkor – amin az idős ember jó fizikai, szociális és mentális funkcióit, autonóm, független életvitelét értjük – sok esetben az ápolótól függ. Az ápoló közel áll az idős emberhez, és képes azonnal felismerni az állapotromlás legkorábbi jeleit. Képes megelőzni ezen tünetek rosszabbodását, és el tudja dönteni, mikor kell más ellátó, például gyógytornász, dietetikus vagy orvos segítségét kérni.

Az Európai Unió Állandó Nővérbizottsága (PCN) rendkívül nagy gondot fordít az idősek ápolásával, gondozásával kapcsolatos tevékenységre. Legutóbbi dublini ülésén (2003. április 3–4.) állásfoglalást dolgozott ki. Az ebben szereplő megállapítások és irányelvek alkalmazása egész Európára nézve ajánlottak.

A PCN fontosnak tartja, hogy az ápolók hozzájáruljanak az európai egészségstratégia jövőben megvalósítandó elképzeléseinek teljesítéséhez, amelyek az idősök gondozására és az aktív öregkor biztosítására irányulnak.

A közös európai piac kiáll az árucikkek, a szabályozott szakmák és szolgáltatásaik szabad áramlása mellett. Az Európa Unió *szabályozott szakmaként* a következőket ismeri el: orvos, ápoló, szülésznő, fogorvos, állatorvos, gyógyszerész, mérnök. Miután az ápolás az elismert és szabályozott szakmák közé tartozik, az idevonatkozó irányelvek és az e szerint képzett ápolók bármely európai országban alkalmazhatók.

A PCN szükségesnek tarja, hogy az idősök gondozását biztosító szolgáltatások az idős emberek egészségügyi szükségleteinek személyre szabottan történő kielégítésére irányuljanak.

Mindezek alapján a PCN az alábbiakra hívja fel az Európa Bizottság és a Parlament figyelmét:

- Garantálja az európai szociálpolitika és a szabad munkaerőpiac összehangolását. Az időskorúak ellátásának jövőjét biztosítandó, az Európai Uniónak vizsgálnia kell az idősellátás várható trendjeit és költségeit. Ezért a PCN támogatja az Európa Tanács goteborghi megállapításait és szorgalmazza, hogy a bizottság dolgozzon ki egy idevonatkozó ütemtervet.
- Biztosítsa, hogy az aktív időskorra megfelelő anyagi eszközök álljanak rendelkezésre. Fontos a munkaképes korúak hatékony prevenciója, ami az időskorúak önellátó képességének biztosítója. Fontos az idősök optimális életminőségének elérése a legköltséghatékonyabb módon.
- Ebbe a folyamatba az összes szereplőt be kell vonni, különös tekintettel az ápolókra és orvosokra.
- Európa-szerte azonos szinten kell képezni az egészségügyi szakdolgozókat, hogy biztosítsák számukra a megfelelő kompetenciákat az egészségmegőrzés és betegség megelőzése érdekében.
- Tudományos bizonyítékokon és kipróbált klinikai gyakorlaton alapuló orvosi és nővéri szolgáltatokat kell biztosítani. Európai szintű standardokat kell kifejleszteni és alkalmazni. A mortalitási és morbiditási arányok mellett mutató (indikátor) kell legyen a szolgáltatás minősége és eredményessége is.
- Fejleszteni kell a minőségi (jól képzett) személyzet toborzását, gondot kell fordítani az utánpótlásra, különös tekintettel a nehéz munkakörülményekre és az ápolóhiányra. A társadalomnak az egészségügyiek egészségére is gondolni kell.
- Az ápolónak a betegjogok érvényesítésében is fontos szerepe van.
- A modern információs technológiák mellett is szükség van – különösen az időskorúak tekintetében – az egészségügyi ellátásra való jogokkal és a

minőséggel kapcsolatban az ápolóknak a lakosokkal való közvetlen kommunikációjára.

- Az Európa Uniói egészségpolitikájának el kell érnie egy sokkal proaktívabb egészségpolitikát a tagországokban, beleértve a jogharmonizációt, az egészség védelmét és előmozdítását. Ez a megközelítés garantálni fogja az egészségpolitika koherens fejlesztését, a minőséget és a fenntarthatóságot.

Összefoglalás

Őszül a világ. Az átlagéletkor Európában szinte a legmagasabbnak mondható, és még mindig emelkedőben van. A legnagyobb kihívás pedig az, hogy a 80 év feletti korosztály az idős népesség egyre nagyobb szegmensét jelenti.

Az idős ember egészségi állapota az évek előrehaladtával fokozatosan romlik. Életminőségének, önellátásának a lehető leghosszabb ideig való fenntartása érdekében fokozott ápolásra, gondozásra szorul. Egyértelmű tehát a cél és a feladat. Az emberi élet során minél hosszabban egészséget, boldogságot és jólétet biztosítani, hogy minél többen hosszabb időn keresztül éljenek kielégítő egészségben, önellátó aktivitásban, autonómiájukat megőrizve, a társadalom hasznos tagjaként. Emberhez méltó, minél teljesebb életet élhessenek fiatal társaikhoz hasonlóan az idős emberek is. Mindehhez segítőkész és szolidáris társadalmi együttélésre, magasan képzett egészségügyi szakemberek, ápolók közreműködésére van szükség.

Európa öregedő társadalmában a legnagyobb homogén szakmai csoportot az ápolók jelentik, akik szakmai felkészültségük és elhivatottságuk, valamint a lakosság legszélesebb rétegeivel fennálló kapcsolatuk révén életfontosságú szerepet töltenek be a társadalom – mind a jelen, mind a jövő generációjának – életminősége szempontjából. Alátámasztja ezt a tényt az a WHO-megállapítás, miszerint „azokban az országokban, ahol az ápolást nem fejlesztik, a lakosság egészségi állapota nem tükrözi vissza az orvoslás fejlettségi szintjét”.

Az ápolás, ami egyedülállóan ötvözi a tudományt és a művészetet, felbecsülhetetlen értékekkel járul hozzá az aktív időskor biztosításához, az „új idős ember” imázsának megvalósításához.

*„Megyek, megyek az alkonyati fényben,
Piros reményben,
Előretárva két karom,
Mit bánom én, ha nő az árnyék!
Mindent, mindent, ami rendelve vár még:
Fiatal szívvel akarom.”*

Sík Sándor: Borongás naplementekor

... az országban a legjelentősebb gazdasági problémák egyike az elvándorlás, azaz a lakosság elvándorlása az ország különböző részeire, illetve az ország elvándorlásának megakadályozása. Az elvándorlás az országban a legjelentősebb gazdasági problémák egyike az elvándorlás, azaz a lakosság elvándorlása az ország különböző részeire, illetve az ország elvándorlásának megakadályozása.

Az országban a legjelentősebb gazdasági problémák egyike az elvándorlás, azaz a lakosság elvándorlása az ország különböző részeire, illetve az ország elvándorlásának megakadályozása. Az elvándorlás az országban a legjelentősebb gazdasági problémák egyike az elvándorlás, azaz a lakosság elvándorlása az ország különböző részeire, illetve az ország elvándorlásának megakadályozása.

Az országban a legjelentősebb gazdasági problémák egyike az elvándorlás, azaz a lakosság elvándorlása az ország különböző részeire, illetve az ország elvándorlásának megakadályozása. Az elvándorlás az országban a legjelentősebb gazdasági problémák egyike az elvándorlás, azaz a lakosság elvándorlása az ország különböző részeire, illetve az ország elvándorlásának megakadályozása.

Az országban a legjelentősebb gazdasági problémák egyike az elvándorlás, azaz a lakosság elvándorlása az ország különböző részeire, illetve az ország elvándorlásának megakadályozása. Az elvándorlás az országban a legjelentősebb gazdasági problémák egyike az elvándorlás, azaz a lakosság elvándorlása az ország különböző részeire, illetve az ország elvándorlásának megakadályozása.

A 21. század orvoslásának etikai kihívásai az orvosbiológiai kutatás és technika fejlődésének tükrében

Bevezetés

Az elmúlt évezred második felében egyre rohamosabban gyarapodtak az emberiség lehetőségei a módszeresen szerzett és alkalmazott tudás révén. Az emberiség legnagyobb szellemei fokozatosan elbontották a tudati akadályokat, és oldották az erkölcsi felfogásból fakadó gátlásokat a tudás felhalmozása és gyakorlati alkalmazása elől. A 21. századot sokan a tudomány és a technika évszázadának láttatják. Különösen az élettudományok és az orvosbiológiai alkalmazások utóbbi évtizedekben elért eredményei hozzák lázba azokat, akik felfogják távlatait. Akadnak azonban akiket ez egyúttal zavarba is ejt, s olyanok is, akiket pedig megriaszt.

A ma élő emberek jelentős része – bár korántsem mindenki – folyamatosan változó technikai környezetbe ágyazottan, azzal folyamatos kölcsönhatásban él. A tudomány és a technika segítségével az emberi közösség fordulatot ért el a természethez fűződő viszonyában. Felülkerekedésünknek azonban vitathatatlan eredményei mellett kockázata is vannak. A szándékolt és előre látható következmények mellett nem kívánt és előre nem látható velejárók is kialakulnak. A tudományos és technikai haladással újfajta fenyegetések érik azt a biztonságot, amelynek szavatolása eredetileg az erőfeszítések egyik fő mozgatórugója volt. Visszás az is, hogy a tudomány és a technika áldásaiból nem részesedik minden arra rászoruló embertársunk. Helyi és globális szinten is gyakran sérül az igazságosság. Időközben a tudomány és a technika mind meghatározóbb hatalmi tényezővé váltak, eredményeik egyeseket jelentős előnyökhöz juttatnak másokkal szemben. Jelentős a vetélkedés a közforrásokért, az eredmények kiaknázásáért, hasznosításáért is. A kapcsolódó tevékenységek és a forráselosztás állami-adminisztratív vagy piaci koordinációja egyaránt tökéletlen. A globalizáció ellentmondásos jelenségei is aggodalmak forrását jelentik. A tapasztalat szerint mindig akadnak, akik hajlamosak a visszaélésekre, a felelőtlenségre. Egyes szerzők felhívják a figyelmet egy harmadik koordinációs mechanizmus – az etikai – jelentősé-

gére és hiányára.¹ Mindezek átértékelik a tudomány semlegességével, a kutatás szabadságával kapcsolatos elképzeléseinket, dogmáinkat. Az emberi tudásba vetett bizalom megőrzése, az emberiség jövője érdekében elkerülhetetlen a közös gondolkodás, a kiváltott, megszervezett dialógus a tudomány, a technika, az innováció szerepéről a társadalom, a civilizáció, a jövő nemzedékeinek szempontjából. Ez a feladat a medicina esetében különösen időszzerű.

Hogyan döntsük el, hogy a jó célok elérése érdekében felkészültek vagyunk-e a megnyíló lehetőségek kiaknázására, egyáltalán megengedhető-e azoknak az eszközöknek a használata, amelyeket a tudomány és a technika a kezünkbe ad? Bármit gondoljunk is erről, súlyos etikai kérdések fogalmazódnak meg, amelyek sokszorosan megosztják az érintetteket. Nyilvánvaló követelmény, hogy az emberi közösség életét úgy kell megszervezni, hogy a tudományos eredmények alkalmazása ne veszélyeztesse se az egyén, se a közösség, se a jelen, se a jövő nemzedékeinek érdekeit, de lehetőleg természeti környezetünket, az élővilágot sem. Elvárás az is, hogy ennek során ne rekesztődjék ki eleve senki, senkit se vessenek alá másoknak, és senki se kényszerüljön személyes meggyőződése elleni cselekvésre. Mindez elsősorban a mindenkori hatalom birtokosainak a felelőssége: nem egyedül csak a politikai, hanem a gazdasági és az intellektuális hatalom letéteményesei is. Az ő dolguk a szabályok, törvények szükségességének felismerése, időben történő meghozataluk, és az örökös betartásuk felett. A jogi normák nélkülözhetetlenek, de csak akkor, ha etikai alapon állnak. Ez a törekvés a nemzetek együttélésére is kihat, hiszen ma már az egyik állam hiába tilt meg polgárainak valamit, ami máshol megtehető.

A tudományos és technikai haladás korszerű szemlélete ma már megköveteli az eredmények mindennapi alkalmazás előtti kritikus, minden következménnyel számoló, nyilvános és közérthető értékelését. Fontos annak a feltárása is, hogyan érvényesíthető az igazságosság: a tudomány áldásaihoz mielőbb mindenkinek hozzá kell férnie. A korszerű euroatlanti civilizációban a társadalmi közélet alapja az újra és újra kialakított konszenzus. A néha élesen eltérő irányzatok közül általában egyiknek sem sikerül tartósan a másik fölébe kerülnie. A közös felelősség azonban elháríthatatlan. Ennek csak a megmegújuló dialógus során kialakult, mindenki által elfogadható alapértékekre építkezve lehet megfelelni. Ugyanakkor nem lehet követelmény a feloldódás a konszenzusban: mindenkinek – egyénnek, közösségnek – lehetősége, sőt kötelessége kell maradjon sajátos értékeinek és elveinek képviselése. Mindez megfelelő társadalmi légkört, készséget és gyakorlati tapasztalatot, a közélet technikáinak elsajátítását igényli a lehető legtöbb embertől. Ez a feltétele társadalmi életünk elégséges mértékű stabilitásának, a napi működőképességen túl, az emberi közösség – család, nemzet, emberiség – fenntartható fejlődésének.

1 Kornai J.: Bürokratikus és piaci koordináció. *Közgazdasági Szemle*, XXX/9: 1025–1038. 1983.

Az ember-természet kapcsolatban történelmünk folyamán elért sikereink egyik legfontosabb feltétele az emberi elme alkotó működése volt. Ez a folyamat, amelynek mérőöldköveinél olyan szellemóriások álltak mint Arisztotelész, Aquinói Szent Tamás, Kopernikusz, Descartes vagy Teilhard de Chardin, kézbe adta az eszközöket egy egyedülállóan hatalmas és sokszínű civilizáció megalkotásához. Történelmünk eddigi évezredei során, minden kudarc, borzalom és keserűség ellenére, a máig élt generációk alapvető értékeket nem vesztegettek el. Korunk gondolkodói számára azonban minden korábbinál világosabban látszik a létbe avatkozásunk ára, s a kockázatok mellett a korlátok is előtűnnek. Nagy kár származna abból, ha a felületes tájékoztatás, az elhallgatás miatt a hazai és a világközvélemény meghatározó része illúziókban élne, vagy éppen bizalmát vesztené az élettudományokban és az orvoslásban. Eredményeik számos áldást hoztak már, és ígérnek a jövőben is. Ennek záloga az emberi elme sajátos képessége: az igazság lankadatlan, higgadt keresése.

A dolgozat először a tudomány, a technika és az orvoslás néhány jellegzetességét és egymáshoz fűződő kapcsolatát vizsgálja meg a folyamatosan változó társadalmi, gazdasági, kulturális környezetben. Majd áttekinti, hogy milyen módszerek, lehetőségek vannak a tudományos-technikai fejlődés holisztikus értékelésére a társadalom tagjai és a medicina művelői számára. A dialógus, a konszenzusteremtés, a normaalkotás alapjául és zsinórmértékéül sokan az emberi méltóságot és az emberi jogokat ajánlják, erről szól a következő rész. Lezárásul az orvoslás jellegzetes modelljeit elemzi a dolgozat az élet végén jelentkező problémákkal összefüggésben.

A tudomány, a technika, az orvoslás szerepéről és viszonyáról

A tudomány szerepével, lehetőségével kapcsolatban koránt sincs egyetértés még a mértékadó gondolkodók, tudósok körében sem. Nehéz eligazodni a vélemények között, hiszen tekintélyes személyiségek egymásnak néha nagyon ellentmondóan nyilatkoznak. Az egyik jellemző álláspont szerint a tudomány és a technika diadalútja újabb és újabb áldást hoz az emberiségre, ezért minden támogatást meg kell adni neki az előrelépéshez, hiszen ezzel lehet újabb és újabb területeket meghódítani a biztonságos és minőségi emberi élet számára. Az ezzel ellentétes vélemény szerint a tudomány és a technika rohamos fejlődése egyre súlyosbodó fenyegetést jelent számunkra, környezetünket elpusztítja, az életet fenyegeti és elembertelenítő hatású, ráadásul ma már tárgyává tette az embert magát is. Mindkét nézetnek vannak színvonalas, elegáns és mértéktartó, de igénytelen, felületes, szélsőségesen intoleráns képviselői is. A meg-megújuló szellemi és utcai frontokon egyaránt zajló összecsapások háttérében valódi problémák rejlenek. A felelősen gondolkodó közéleti emberek számára az Európai Unió egyik bizottságának korábbi tanácsadója, az EU

kutatási keretprogramjainak egyik szellemi előkészítője, Gilbert Hottois belga filozófus így fogalmazta meg a feladatot: „El kell kerülnünk mind a progresszista messianizmus, mind az apokaliptikus obskurantizmus tévútját”. Azaz sem a haladás kritikátlan hajszolása, sem a zavaros fejlődésellenesség nem elfogadható út.²

A modern orvoslás felülvizsgálata is elindult. Akárcsak a tudomány esetében, sok eltérő, gyakran egymással ellentétes vélemény fogalmazódott meg. A kritikusok között volt John Knowles, aki a *Daedalus* című lap egyik számát „Doing Better and Feeling Worse” címmel jelentette meg. A cím az egészségi állapot javulását jelző objektív mutatók és a betegek szubjektív beszámolói közötti nyilvánvaló eltérésre utal. E beszámolók az egészségügyi panaszok számának növekedését és az orvosokkal és a kórházakkal való növekvő elégedetlenséget mutatták.³ Carlson könyve, a *The End of Medicine* szintén arra utaló jelzés volt, hogy a szakma önvizsgálatot tart, és nyilvános vita is folyik az orvoslás társadalomban betöltött szerepét illetően. A könyv címe az orvostudomány kritikája, és arra is utal, hogy egy olyan túlméretezett technokrácia, ami elszakadt emberi gyökereitől, szükségszerűen hanyatlásra van ítélve és véget kell érnie.⁴ Ivan Illich *Medical Nemesis* című könyvében hasonlóan apokaliptikus látomásokat ismertetett. Nézetei szerint a modern orvostudomány túlságosan is a redukcionista technikai megközelítésre összpontosít olyan problémák esetében is, amelyeket sokkal inkább társadalmi reformok vagy megelőzés útján kellene megközelíteni.⁵ Howard Waitzkin *The Second Sickness* című könyvében kifejtette, hogy az Illich, Carlson és mások által leírt egyensúlyhiányért a visszas pénzügyi ösztönzők felelősek.⁶ Nagyon izgalmas eredményt hozott a Hastings Center nagy ívű vállalkozása, amelyben nemzetközi multidiszciplináris munkacsoport közreműködésével összegezte az orvoslás jó és rossz, régi és új céljaival, rendeltetésével kapcsolatosan felvetődő kérdéseket és válaszokat.⁷

Az orvoslás céljainak és társadalmi hivatásának felülvizsgálata nem kampánymunka, még csak nem is elhatározás kérdése. Mindenesetre ez napjainkban is folyik, a vizsgálat köre azonban mintha fokozatosan leszűkülne volna. A figyelem kezdetben a szabadjára engedett technikának az orvoslás humanizmusa csökkenésében játszott szerepére összpontosult. Később oldódott az

2 Hottois, G. M. – Parizeau, H.: *Les mots de la bioéthique*. Bruxelles, De Boeck Université, 1993.

3 Knowles, J. H.: Doing better and feeling worse: health in the United States. *Daedalus: Journal of the American Academy of Arts and Sciences*, 106 (1), 1977.

4 Carlson, R. J.: *The end of medicine*. New York, John Wiley & Sons, 1975.

5 Illich, I.: *Medical nemesis: the expropriation of health*. New York, Pantheon Books, 1976.

6 Waitzkin, H.: *The second sickness: contradictions of capitalist health care*. New York, Free Press, 1983.

7 Hanson, M. J. – D. Callahan (eds): *The goals of medicine: The forgotten issues of health care reforms*. New York, Hastings Center Report, 2001.

emberiességre hivatkozó technofóbia, a vitathatatlan eredmények láttán a technika költségei és az állandóan emelkedő kiadások visszaszorításának lehetséges módozatai kerültek a figyelem előterébe.

A tudomány néhány sajátos vonása

Martin Heidegger (1889–1976) hívta föl a figyelmet arra, hogy a korszerű tudományos paradigma többé nem foglalja magába a valóság „kontempláció-ját”, csupán csak „elaborációját”, ami gyökeresen új helyzetet teremtett.⁸ Az a realitás ugyanis, aminek a tudományos ész szenteli magát, nem a közvetlen tapasztalat, hanem hármas transzformáció eredménye. Először a teljes valóságból elhatárolunk, majd objektummá alakítunk, egyúttal elvonatkoztatunk egy megfigyelhető, vizsgálható, kezelhető részt. Az élettudományok tárgya sem a teljes élet, csupán az objektivált élet, amely a megélt élet absztrakciója. Ez a módszer ugyanakkor nagyon megkönnyítette és felgyorsította a tudományos megismerés folyamatát. Azonban az ebből fakadó következményeket mindenképpen figyelembe kell vennünk.

Francis Bacon (1561–1626) fejtette ki először, hogy a tudás elválaszthatatlan a hatalomtól: a megszerzett ismeret birtoklójának, illetve ellenőrzőjének hatalmi helyzetbe kerülését is maga után vonja.⁹ Ezt a helyzetet szilárdította meg Descartes (1596–1650) megállapítása, miszerint a természet az isteni tudás terméke: a korábban Istent a teremtés során szolgáló törvények most már az embert segítik a természet megismerésében.¹⁰ A tudós mintegy második teremtővé vált, közege stabilizálódott. Isten „semleges” helyzetbe került.

A tudomány, az alap kutatás is, hasznos tevékenységgé vált. Bacon-hez hasonlóan a tudományban Descartes is annak a hatalomnak a megtestesülését látja, amelyet Isten Ádámnak adott, hogy „uralkodjon” a természetén. Így szólnak az *Értekezés a módszerről* híres mondatai: ezentúl „az élethez nagyon hasznos ismeretekre lehet szert tenni, és az iskolákban tanított spekulatív filozófia helyett gyakorlat birtokába juthatunk”, hogy „a természet uraivá és birtokosaivá” lehessünk. Törekvésünk, hogy számtalan mesterséges eszköz révén „minden gond nélkül élvezhessük a föld javait”, s olyan eszközök megszerzése, amelyek „biztosítják az egészség megőrzését, ami kétségkívül minden más jó alapját képezi ebben az életben”.¹¹

8 Heidegger, M.: *Science et méditation*, in: *Essais et conférences*. Paris, Gallimard, 1958, 53 p.

9 Bacon, F.: *Novum Organum*, 1620.

10 Descartes, R.: *Discours de la méthode*. Paris, GF-Flammarion, 1992.

11 Descartes i. m., VI. rész.

Tudomány és szcientizmus

Az idegtudós Buzsáki György így nyilatkozik a tudományról: „(...) hiszek abban, hogy bármilyen probléma (...) megoldható tudományos kutatás segítségével.” Majd így folytatja: „A tudományban a haladás nem több (és nem kevesebb), mint hipotézisek szigorú elutasítása. Ebben a világban érzem magam biztonságban. Mihelyst túlhaladunk a tudomány Gibraltári-szorosán, a külső és belső világ egyaránt kényelmetlen ködbe burkolózik.”¹² A tudományos megismerésnek ez az ideálja nem járhat semmiféle visszassággal, hiszen tudományos valósága csak a tudomány által és érte létezik. A tudományt létrehozó mozgás egyúttal korlátozza is azt. Azonban amikor a tudásvágy hatalomvággal is társul, nagyon vonzóvá válhat a „szoroson túli” világ. Az „átkelés” után már nem a tudomány, hanem az ideológiák játsszák a főszerepet.

Ilyen ideológia a szcientizmus is. Ez a megközelítés korántsem tudományos, csupán hivatkozik a tudományra. Érvelése a megszerzett tudás valóságos állapotától függetlenül ugyanaz. Már a 19. században igen életképesnek bizonyult Lord Kelvin, Ernst Haeckel, Marcellin Berthelot és sokan mások megjelenítésében. Ma többek között „genománia”-ként jelentkezik, ahogy a kiemelkedő genetikus R. C. Lewontin elnevezte azt a többek között Richard Dawkins által is képviselt nézetet, miszerint a humán genom meghatározásával tudományosan megragadható és praktikusán kezelhető lesz az egyén, a társadalom, a kultúra, a gazdagság és a szegénység, a betegség és a halál, a boldogság és minden más.¹³

Elméletileg, a szcientizmus összecseréli a tudomány tárgyát az élő valósággal, hisz a fikciót tekinti valóságosnak. Mintha a festő, miután megtévesztően valóságghű ajtót festett a falra, hirtelen megpróbálna kilépni rajta. Ez a törekvés a platonai filozófus király helyébe a tudós királyt helyezné. Az etikának is sajátos szerep jutna. A kutatásetikában alaptétel, hogy „ami nem tudományosan megalapozott, az etikailag nem elfogadható”, röviden „ami nem tudományos, az nem etikus”. A szcientista rendszerbe átültetve ez azt jelentené, hogy „jelzőtlen”, a tudományos szférát meghaladó etikának nincs létjogosultsága.

A tudomány és a technika szövetsége

A modern tudomány további jellegzetessége, hogy elválaszthatatlanná vált a technikától. Ez a technika szubsztanciálisan különbözik attól a „tekhné” fogalomtól, amit nevében hordoz. Heidegger írta le ezt a természettel való

12 Buzsáki György: Agy és tudat: válaszok egy nehéz problémára. In: Vizi E. Sz. – Altrichter F. – Nyíri K. – Pléh Cs. (szerk.): *Agy és tudat*. Budapest, BIP, 2002.

13 Dawkins, R.: *The Selfish Gene*. Oxford University Press, 1978.

viszonyban beálló alapvető változást A technika kérdése című esszéjében.¹⁴ A „tekhné” révén az ember együttműködésbe lép a természettel, hogy anyagokat és erőket felhasználva érje el célját. A modern technika révén azonban a természet bármikor mozgósítható erőforrás-tartalékká változik, amit az ember habozás nélkül vet alá törekvéseinek, vágyainak. Előbbit a szélmalom, utóbbit a vízierőmű példázza. Nem a természetes és a mesterséges kerül itt szembe egymással, hisz mindkét esetben jelen van mesterséges elem. A tekhné, ahogy Arisztotelész mondja, lehetővé teszi létrehozni azt, amit a természet nem tudott véghezvinni, azaz természetalkotó, „naturáló” szerepe van. Ezzel szemben korunk technikája lényegében a természet helyébe lép, azaz denaturáló hatású.

Mindebből az következik, hogy a technika nem pusztán eszköztermészetű, és nem is semleges. A valóságban csak az olyan egyszerű szerszámok semlegesek mint a kés, amelyet evésre és ölésre egyaránt lehet használni. A technika nem redukálható egy-egy eszközre vagy szerkezetre, még csak a létező valamennyi instrumentum összességére sem. Mi is akkor a technika? (Akadnak akik a technológia kifejezést ugyanabban az értelemben használják, mint ahogy ebben a dolgozatban a technika kifejezés szerepel. A tudományos irodalomban a technológia definíciójával kapcsolatosan nincs egyetértés, ezért ez a dolgozat kerüli használatát.) Az emberi világ egy modalitása az a közeg, amelyben a jelenkori ember elhelyezkedik, amit azért létesít, tart fenn és fejleszt állandóan, hogy céljait elérje. Ennek során azonban mintha egyáltalán nem a racionálisan lehetséges létrehozásán munkálkodnánk, hanem mintha az emberi képzeletben létező virtuális lehetőségeket igyekeznénk megvalósítani. Valójában azt, amiről ősi mítoszaink szólnak, például a repülést (lásd: Ikarosz), a lombikbébit (lásd: Paracelsus homunculus-a, majd Faust) és így tovább. Francis Bacon az *Új Atlantisz*ban lényegében teljes felsorolásukat adja.

Hans Jonas (1903–1993) arra a következtetésre jutott, hogy a modern technika, amely nagyságrendekkel megnövelte a képességeinket, s „Bacon utáni *prométheuszi eufóriát*” váltva ki belőlünk, a korábbiakhoz képest alapvető változást hozott az emberi cselekvés természetében.¹⁵ Innen eredhet az ellenállhatatlannak tűnő kísértés minden kétkezi emberi tevékenység technikával történő kiváltására. Hamarosan az etikai döntések helyébe technikai döntések léphetnek. A technika – feledtetve, hogy korántsem értéksemleges – követve a tudomány példáját, Isten után a semlegesítettség sorsára juttathatja az etikát is. Pedig a technika értékelése szükségszerű, aminek során az etikai megítélést nem határozhatja meg egyedül a technikai hatékonyság (ahogy a pusztá hasznosság sem).

14 Heidegger, M.: Science et méditation. In: *Essais et conférences*. Paris, Gallimard, 1958.

15 Jonas, H.: *Le principe de responsabilité*. Paris, Cerf, 1990.

A felmerülő nehézségekért hasztalan a tudomány érték- és érdektelenségére hivatkozva egyedül a technikát kárhoztatni. A tudomány a természet tanulmányozása során maga igényli annak felruházását technikai jellegzetességekkel és modellezését, azaz redukálását számítható, előrelátható, manipulálható, használható elemek és erők részhalmazára. Ez úgy is megfogalmazható: a természet annyiban kezelhető, amennyiben racionalizálható. Ehhez a természetet s magát az embert is be kell terelni a tudományos racionalitás hátlójába. Így született meg a tudomány és a technika szoros szövetsége, összefonódása, amelyben „a tudományt a technika hordozza és jeleníti meg, annyira, hogy végül már összetéveszthetővé válik vele”.¹⁶ Sokan emögött nem a tudás, hanem végső soron a hatalom vágyát sejtik. Innen ered Nietzsche megállapítása, miszerint „nem az a megfelelő kérdés, hogy a tudomány mire képes, hanem hogy mit akar” – valójában a mögötte meghúzódó ember.

*Hogyan szolgálhatja a tudomány és a technika az orvoslás céljait?*¹⁷

Ilyen előzmények után az egyik legfontosabb kérdés az, hogy a medicina alaptermészetét figyelembe véve, hogyan valósítható meg a tudományos és technikai eszközrendszer medikalizációja, azaz asszimilációja, interiorizálása? Felül kell-e vizsgálni az új helyzetben az orvoslás rendeltetését, céljait? Nem kerekedik-e felül a tudomány, a technika, és alapvetően megváltoztatja-e a medicinát? Esetleg ez már meg is történt, csak nehezen vesszük tudomásul?

A tudomány és az orvoslás eredetét, szerepét és rendeltetését tekintve eltér egymástól. Miközben az orvoslás egy szenvedő egyénnel való személyes találkozásokon, kapcsolaton alapul, a(z orvos)tudomány azzal kezdi, hogy elvonatkoztat a konkrét történeti személytől, annak egyedi jelleget hordozó testétől, hogy eljusson a szigorúan személytelen folyamatokig. Miközben a medicina betegekkel foglalkozik, nehezen értelmezhető tüneteket vizsgál, a tudomány betegségeket és biológiai folyamatokat ismer. Röviden: a tudomány az embert emberi mivoltából módszeresen kibontja, ezáltal hozza létre vizsgálatának tárgyát, mert így tud ismeretekhez jutni. Ezenközben a medicina küldetése az, hogy optimális feltételeket biztosítson az egyén emberi létezéséhez. Ezt a tudomány közvetlenül nem szolgálja. Önmagában, saját logikai rendszerén belül nem tud olyan elvárásoknak megfelelni, ami fejlődésével, önnön törekvéseivel ellentétes. Az orvostudomány tehát nem automatikusan szolgálja az egyén vagy a közösség egészségét, jólétét. Ez csak akkor való-

16 Boutot, A.: *L'invention des formes*. Paris, O. Jacob, 1993, 115. p.

17 Az alábbiakban következő rész megírásában támaszkodtam Folscheid, D.: *Science, technique et médecine* című tanulmányára (in: Folscheid, D. – Feuillet-Le Mintier, B. – Mattai, J. F.: *Philosophie, éthique et droit de la médecine*. Paris, PUF, 1997. pp. 173–184.).

sul meg, ha egy „külső” mechanizmus egy átfogóbb rendszer keretében ennek szolgálatába állítja. Ennek megvalósítója, közvetítője a medicina, a gyakorló orvoslás.

A medicina és a tudomány találkozása tehát elkerülhetetlen, szükséges és természetesen lehetséges is. Ráadásul a medicinára is eleve jellemző az absztrakció-objektíváció mind elméleti, mind gyakorlati síkon. Több mint szimbolikus, hogy az orvos a hozzá forduló betegét levetkőzteti. Ez a gesztus mintegy zárójelbe teszi az érintett egyén történetiségét, és ősi mintára megnyitja az utat a módszeres orvoslás gyakorlásához – akár a tudományosság követelményei szerint, a korszerű technika mozgósításával. Azonban az orvos sohasem láthatja előre biztosan, hogy mi lesz a reakciója a betegének, és hogy mi a pontos határ az ártás és a jótevés között. „Remegve kísérletezünk, azaz kezelünk” – írja Georges Canguilhem, aki szerint „kezelni annyit tesz, mint megcsinálni egy kísérletet”, hiszen „az orvosok abban az értelemben mindig kísérleteztek, hogy folyamatosan ismeretet, tapasztalatot igyekeztek leszární tetteikből”.¹⁸

A tudományos módszer gyakorlati alkalmazása során gyakran megfogalmazódik a szubjektum kiküszöbölésének követelménye. Ami már csak azért is problematikus, mert a kvantumfizikai igazságot itt is érvényesnek kell tartasuk, miszerint elméletileg lehetetlen száz százalékosan objektív mérési módszert alkalmazni. A módszertől függően nagyon eltérőnek mutatkozhat ugyanaz az objektum. Továbbá a megismerésre törekvő alany és tárgy is kölcsönhatásba lép egymással a mérés, a megfigyelés során, ami mindkettőt módosítja. A tudományos orvoslás során is objektív rendszer, leginkább invariabilis technikai eszköztár szükséges, amelynek a megbízhatóságát többre tartjuk, mint a saját testünk percepció és obszerváció képességeit. Noha az orvostudomány is igyekszik kiküszöbölni a szubjektivitást, mindhiába, végső soron mégis ez határozza meg, hogy (adott időben) mit tartanak „valóságosnak” és „igaznak”.

A kezelés során az orvos elkülöníti a nem objektíválható-absztrahálható hatótényezőket, miközben összegyűjti a beteg által szolgáltatott tünetegyüttes objektíválható információit is. Az értékelés során meg kell haladnia az orvosi biológiai konstrukciók nyújtotta biztonságos terepet és a „biográfikus” élettudományok művelésével kell megpróbálkoznia. A vizsgált konkrét életjelenségek mind irányukat, mind értelmüket egy konkrét individuum eredeti életmegnyilvánulásaiaként nyerik el. Amikor ezt az adott páciens esetében feltárjuk, az nem tekinthető úgy, mint egy elvont hipotézis törvényszerű megvalósulásának pusztá bizonyítéka. Abban minden esetben egy konkrét „teljes” élet ölt aktuális formát, egyszerre szabályozottan és rögtönzötten. Ez az orvos által kötelességszerűen megragadott „totalitás” szükségszerűen és magától értetődően meghaladja az őt leírni törekvő tudományos hipotézist.

18 Canguilhem, G.: *Thérapeutique, expérimentation, responsabilité. Études d'Histoire et de philosophie des sciences*. Paris, Vrin, 1994, 389. p.

A fizikai objektumokkal szemben az élőlény „önmaga oka és következménye”, amint azt Kant (1724–1804) megfogalmazta.¹⁹ Ami egybecseng Hegel (1770–1831) megállapításával, miszerint az élőlény „esszenciálisan önmaga folyamata önmagában”²⁰. Az emberi lény nem létezik az önmagával és az őt körülvevő világgal megvalósuló érintkezésein túl, aminek során szakadatlanul újraformálja önmagát, folyamatosan újraértelmezve azt a világot, amelybe beleágyazódik. Az ember struktúrájának szimptomatikus, illetve magatartásbeli változásait tehát saját belső önszervező folyamatainak közvetett kifejeződéseként kell értelmezni. Miután az ember és környezete érintkezése esetleges, az nem szervezhető előre megjósolható, ok-okozati láncolatban záródó logikai rendszerbe. Ezek a kölcsönhatások nem okszerűen hatnak az élő rendszerre, hanem inkább olyan eseményként jelentkeznek, amelyek átformálhatják, módosíthatják, elősegítve önszervező képességének érvényesülését. A medicina szempontjából ez egy adott páciens esetében a szó szoros értelmében vett etiológia helyett genealógiát feltételez, amit egy szomatikus vagy pszichés elváltozás esetén patográfiában összegez.

Miután megszerezhető tudásunk távolról sem teljes és tévedhetetlen, eredményessége, sikere attól függ, hogyan és milyen mértékig tiszteli és védelmezi tárgya autonómiáját. A valóság hierarchikus rendjében nem a tudomány parancsol az életnek, hanem az utóbbi határozza meg az előbbit. A páciens „reintegrálását” célzó érdemi igyekezet paradox természetű: nem következetesen tudományos az elvont tudományosság szempontjából, ugyanakkor következetesen racionális az orvoslás szemszögéből.

Medikalizáció és technicizáció²¹

A tudomány stabil, zárt rendszereket épít, hipotéziseket állít fel, s annak módszeres igazolása vagy elvetése a (tudományos) bizonyosságot garantálja számára. A medicina azonban mindig a sürgősség állapotában létezik. Mindenkor számolnia kell ismerethiánnyal, bizonytalansággal és instabilitással. Sem tévedni nincs megfelelő felhatalmazása, sem elegendő idő nem áll rendelkezésére, hogy beszerezze a szükséges biztosítékokat, s kora tudományosságára sem támaszkodhat feltétlen bizalommal. Éppen erre hivatkozva érvelt Descartes az erkölcs létjogosultsága mellett: „*azért (szükséges az erkölcs), hogy ne maradjak határozatlan tetteimben, miközben az ész erre kötelezne ítéleteimben*”²².

19 Kant, I.: *Az ítélőképesség kritikája*, Filozófiai Művek, 64. §.

20 Hegel, F.: *Enciklopédia*, I. 167. §.

21 Lásd a 17. lábjegyzetet.

22 Descartes, R.: *Értekezés a módszerről*, III. rész.

Létező tudományos bizonyítékok értelmezhetők úgy, hogy azok az orvoslás szempontjából katasztrofális következményekkel járnak (pl. lobotómia alkalmazása mentális betegek kezelésére, HIV-fertőzött vérkészítmények beadása, növekedési hormon alkalmazása). A fordított helyzet is előfordul, amikor a medicina tudományos bizonyosság hiányában is be kell avatkozzék (pl. az AIDS-terápia során). A bizonytalan tudás katasztrófához vagy bénultsághoz vezethet, a döntéskényszerben nem marad más, mint az óvatosság, vagy ahogy Arisztotelész nevezte: a gyakorlati bölcsesség.

Az eredményes orvoslás olyan ismeretek, eszközök, szerszámok, gépek, technikák vagy eljárások orvosi célú felhasználását követeli meg, amelyek rajta kívül eső területeken születtek meg, és amelyeknek tőle erősen különböző természetű felhasználása is létezik. Az alkalmazás kapcsán ezeknek meg kell határozni rendeltetését, alkalmazási területét, módját, korlátjait az orvoslás területére. Amennyiben ez az „asszimiláció” vagy „medikalizáció” kudarcot vall, számolnunk kell a folyamat megfordulásával, a medicina „technicizálódásának” kockázatával. Utóbbi azt jelenti, hogy miközben a kívülről meghatározottság (exterioritás) elvének engedelmeskedő technikai kategóriákat nem technikai természetű realitásra – az élő emberre – alkalmazzuk, a meghatározó szerepet nem veszi át a medicina. A mechanika területén ez a probléma nem létezik, az autószerelő nem tudja technicizálni a megjavítandó gépkocsit, mivel az eleve technikai természetű létező. A medicinával azonban más a helyzet. A probléma nem a technikai eszköztár – akár kiterjedt – „bevetésével” függ össze. Így például a jelentős orvostechnika alkalmazását szív-tüdő átültetéskor magától értetődően a medicina determinálja. Míg más esetben csekély technika alkalmazása révén is félresiklás következhet be (pl. orvosi közreműködés a halálbüntetés végrehajtása során vagy kénzáskor, vattatáskor stb.). A probléma nem a mesterséges elemek alkalmazásának ténye vagy mértéke. Bár teljes egészében technikai természetű, de a végtagprotézis – mechanikája és elektronikája révén – éppen azt teszi lehetővé, hogy a csonkolt test visszakapjon valamit elvesztett természetes tulajdonságaiból. Ezzel ellentétben az in vitro fertilizáció, ami csekély technikával jár – hiszen se a gaméták, se az embrió nem technikai természetű – mégis minden lényeges elemében a technikai eljárás módja konstitutív sémájának engedelmeskedik.

A meghatározó végső soron a két szféra egymáshoz való viszonya lesz. Amennyiben a medicina vállalni lesz képes, hogy egyszerre szolgáljon a technika alapjául és közegéül, akkor a medicina instrumentalizálni fogja a technikát. Ha azonban az élő emberen történő alkalmazásához mindinkább a technika szolgáltatja az alapot és a közeget, a technika fogja fokozatosan instrumentalizálni a medicinát. Ebben az esetben a medicina szerepe fokozatosan a pusztta szolgáltatásnyújtásra redukálódna. Ennek a folyamatnak a túlhajszolása az ember dehumanizálódásához és az orvoslás demedikalizációjához vezetne.

A két ellentétes folyamat megkülönböztetésére logikus elválasztani egymástól a medicina által meghatározott „valóságos” szükségletet és az extramedikális igényt. Az egyszerű esetektől azonban eltekintve – például egy lábtörés esetében, amikor a testi gépezet a lehető legmateriálisabb értelmében érintett – a kettő közötti határ nem húzható meg élesen. Az ember úgy épül fel, hogy szinte nincs tisztán objektív természetes szükséglete. Minden emberi szükségletet vágyak hatnak át, ami kizárja a történetiségtől független, nyersen biológiai létet. Innen ered, hogy a medicinával szemben támasztott elvárások olyan meglepő plaszticitást mutatnak. Miután a természetes szükségletek száma véges, azonban a vágyak végtelenek, a medicina szembe kell nézzen a képzelet és a kapcsolódó technikai kínálat összefonódásával, és ha nem figyel fel a veszélyekre, arra lesz ítélve, hogy letérjen eddigi útjáról.

Első lépésként a megfogalmazódó igények orvosi elismerése, legitimációja, azaz medikalizációja történik meg ahhoz, hogy alkalmazni lehessen egy adott technikát. Mindenekelőtt patologizálni kell, azaz orvosilag kezelendőnek, „gyógyíthatónak” kell nyilvánítani egyes inhereus emberi jellemzőket, adottságokat. Ebben az esetben valójában nem orvoslás történik, hanem közvetítés a technika és az ember között. Ilyen például a meddőség esete, ami gyakran állapot és nem valóságos betegség velejárója, vagy például a menopausa, a csúnyaság, a sportteljesítményekre való képtelenség és az egzisztenciális szorongás. Hamarosan idesoroljuk majd az öregséget, esetleg magát a halált is, nem beszélve az emberi lény genetikai módosításának, „feljavításának” lehetőségéről. Ezekben az esetekben lényegében elhagyjuk a medicina területét, és fokozatosan átkerülünk a biomedicinális paradigmából az extramedicinalitásba.

Amennyiben a medicinát művelői következetesen tekhnének, arsnak tartanák, gondolkodás és viták árán meg lehetne békülni azokkal a korlátokkal, amelyeket az emberi mivolt jelöl ki e hivatás számára. Azonban ha arra a következtetésre jutnak, hogy a tudományos-technikai arzenál hatására, amely eredetileg eszköztáruk egy részét képezi, a medicinát magát is alapvetően át kell formálni, akkor fokozatosan át fognak törni minden korlátot, s végül mind a medicina, mind a művelői a hatalomvágy prédájává lesznek.

A medicina radikális választás előtt áll: vagy az emberi létformák és élettevékenységek fokozatos technicizálásának végrehajtójává lesz, vagy képes lesz uralni és megszelídíteni az orvostudományt és az orvos technikát, azaz instrumentalizálja, asszimilálja őket. A technicizálás révén a medicina behatolhat az egyéni és közösségi élet lényegében minden, korábban nem medikalizált területére. Ennek ára azonban az, hogy feladja autonómiáját és megszűnik „szabad művészet” lenni.

A genetika megjelenése, amely szintén ennek a választási helyzetnek a túsza, tovább emeli a tétet. Ugyanaz a tudás, amely rendkívüli biomedicinális forradalmat ígér, lesújtó elidegenedést is hozhat ránk. Ez továbbra sem azt jelenti, hogy a genetika, a géntechnika vagy a genomika természetétől fogva

jóra-rosszra egyaránt használható, semleges eszköz lenne. Valódi jelentősége azonban attól függ, hogy mi magunk hogyan határozzuk meg a viszonyunkat az emberhez és a világhoz. Ezért néhány évtizeden belül olyan genetikánk lesz, amelyet megérdemlünk. Így vagy úgy, de akaratunkat tükröző felelős döntések nyomán alakul azzá, amivé lesz. Végül is nem a tudományos kutatás általában jelent problémát számunkra, hanem egy-egy konkrét kutatási program, amelyet meghatározott célokkal, adott forrásból folytatnak. Olyan korszakba értünk – s ez egyszerre nagyszerű és rémisztő –, hogy egyetlen kutató sem húzódhat meg a jövőben a kutatás mítosza mögött. A kérdés az: mit akarunk elérni, és mit készítünk elő tudományos tevékenységünkkel. Ebben pedig nincs szabadság felelősség nélkül.

Technikáink holisztikus szemléletű értékelése

Civilizációnk csak lassan ébred tudatára, hogy áldásai és előnyei mellett technikáinknak van destruktív, dehumanizáló arca is. Ez látványosan fejeződik ki néhány ismertté vált balesetben, de számos rejtett formáját is ki lehet mutatni. Az a tény, hogy a korszerű technikának velejárója bizonyos mértékű agresszió vagy annak kockázata, nem jelenthet egyet a technikai fejlődés elvetésével, nem engedhetünk az ellentétes végetlennek, a technofóbiának. A modern technika az emberi észben fakadó képességek legitim kifejeződése, ami a világ megismerésével és megváltoztatásával valósul meg. Figyelembe kell azonban vennünk a technika és az erőszak közötti „intrinzik affinitást”. Ennek az affinitásnak egyik kiküszöbölhetetlen oka éppen a kutatás és alkalmazás természetéből ered.

Mint láttuk, a tudomány és a technika is lényegében modellezés. Nagyon egyszerű modellek technikailag nagyon termékenyek lehetnek még akkor is, ha intellektuális szempontból meglehetősen súlytalanok. Amennyiben az élő szervezetet, ahogy azt már Descartes is ajánlotta, mint „gépet” tekintjük, ugyan „zárójelbe tesszük” egyes alapvető tulajdonságait, de jelentős operatív távlatokat nyitunk.²³ Ezek adott esetben kedveznek az orvosi biológiai alkalmazások fejlődésének, de a legvitathatóbb manipulációk végrehajtásának is. Ez az ambivalencia abból ered, hogy a technikai modellezés kénytelen kiküszöbölni tárgya minőségjegyeinek egy részét, esetenként éppen annak esztétikai és etikai dimenzióit. Ilyenkor igencsak megnehezül a gondolkodás arról, hogy mi is ezeknek az eljárásoknak a jó, azaz etikailag elfogadható alkalmazása. A hatékonyság ára az egyszerűsítés, de ezáltal válik a kutatás-fejlesztés egyszerre hatalom és veszély forrásává.

A technikai kudarc vagy a baleset abból ered, hogy valami fontosat nem vettek figyelembe. Minél hatékonyabb és eredményesebb a technika, annál

²³ Descartes, R.: *Meditationes*. Indianapolis and New York, Bobbs Merrill, 1960, pp. 138–139.

nagyobb óvatosságot és előrelátást igényel az alkalmazása. A kötelező óvatosság holisztikus gondolkodást tesz szükségessé. Ami kognitív szempontból azt jelenti, hogy a modellezés folyamata során megvalósuló szimplifikálást a gyakorlati alkalmazás során egy ellenkező irányú „komplexifikálási” folyamattal kell ellensúlyozni.

A kölcsönhatások és kölcsönös függések elemzésére többféle megközelítés alkalmazható, amelyek közül hármat emelünk ki. Mindenek előtt pluridiszciplináris megközelítést alkalmazhatunk. Másodsorban társíthatjuk a technikai és a környezeti módszertani megközelítést. Harmadsorban alkalmazhatjuk azt a sokrétű módszert, amit az angolszászok „technology assessment”-nek neveznek. Ezek az értékelési eljárások vizsgálják az életszerű és alacsony kockázatú komplexitás helyreállításának lehetőségeit a technikai rendszerek, a természetes és az emberi környezet közötti kölcsönhatások során. Jacques Ellul mutatta ki, hogy az esetek többségében a technikai elemek önmagukban megfelelőek, maga a technikai konstrukció racionális. A komolyabb problémák akkor jelentkeznek, amikor a technikai objektumok kölcsönhatásba kerülnek olyan tényezőkkel, amelyek viselkedésében nem technikai logika érvényesül. Ilyen az emberi és a természeti környezet. Ekkor jelentkeznek olyan irracionalitások, amelyeket nagyon nehéz kiküszöbölni, mert meghaladják a technológiaelemzés kereteit.²⁴

Holisztikus megközelítés szükséges, ami további ismereteket és új értékelési eljárások bevezetését igényli. Minden résztvevőtől megköveteli, hogy szakítson a tisztán tudományos és technikai megközelítéssel, és a nem mérhető, kvalitatív, értékalapú világban próbáljon szerencsét. Paradox módon annak a tudományos és technikai haladásnak az alakulása kényszeríti konfrontálódásra a tudományos és technikai közösséget a „jó” kérdésével és az etikai dimenzióval, aminek a fejlődése éppen ezeknek a kérdéseknek az előzetese zárójelbe kerülésével tudott megvalósulni. Természetesen ez a korábbi helyzet nem valami összeesküvésből eredt, hanem annak széles körű feltételezéséből, hogy a haladás önmagában véve jó az embernek. Ez a feltevés mára sokat veszített evidenciájából.

A továbbiakban nem csupán arról van szó, hogy sokkal több tényezőt kell figyelembe venni, hanem meg kell oldani azok hierarchikus elrendezésének problémáját is. Az is tény, hogy még a rendszerszerű megközelítés sem tud mindent objektívnálni. Ráadásul a tényezők kiválasztása morálisan nem tekinthető semlegesnek, ami kifejtést és indoklást kíván. Csak a társadalmi szintű szembenézés szülhet valóságos technikai kultúrát, amelyben megvalósul az emberek, a technikai rendszerek és a természeti környezet civilizált együttélése. Technikáink civilizálása, azaz értékelése és a tanulságok levonása, a fejlődés összeférhetővé tétele a természetes egyensúlyi folyamatainkkal és ér-

24 Ellul, J.: *La technique ou l'enjeu du siècle*. Paris, Economica, 1992.

tékeinkkel nehézségekbe ütközik. Mindenekelőtt azért, mert a tudományos-technikai fejlődést rendkívüli dinamizmus jellemzi, ami folyamatosan mozgásban tartja világunkat.

A felvilágosodás mai örökösei számára nehezen elfogadható helyzetben élünk korunkban. Az ő számukra a kivárás, a hagyomány és az obskúrus tehetlenség volt a haladás legfontosabb akadálya. Ma azonban sok minden aggodalmat ébreszt bennünk a technikai haladással kapcsolatosan. Az ellenőrzés igénye és a kulturális feldolgozás szükségessége követelményként vetődik fel. A helyzetet tovább élezi a modern technika önmagát gyarapító képessége, amelynek révén állandóan új eljárások születnek. A ritka, korszakos jelentőségű előrelépések nyomán meginduló mind automatikusabb haladás gyakran nem is közvetlenül a nagy felfedezéseknek vagy zseniális innovációknak a következménye, hanem inkább valamifajta rutinszerű termelésnek, amely számtalan kis újítást ültet át, adagol a gyakorlatba. Ez folyamatosan módosítja a életszervezési, cselekvési sémáinkat, újabb és újabb innovációkat generálva, amelyek jelentős arányban éppen a nem kívánatos következmények elhárítására szolgálnak. A tudományos-technikai-ipari komplexumnak ez a növekedési dinamizmusa nagyon megnehezíti a társadalmi és a környezeti hatások kezelését. A technikai újítások sebessége és elterjedése a „civilizálásukhoz” nélkülözhetetlen elemző és adaptációs kapacitások kimerülésével fenyeget.

Manapság évente kb. kétmillió tudományos közlemény születik, több mint hatvanezer szakfolyóiratban. Bár e közlemények nagy része kevésbé újító, mégis az ismeretek és az új eljárások tömegét zúdíttja ránk. Nem minden következmény nélkül, hiszen egyedül csak 1990-ben több mint háromszázötvenezer szabadalmat jegyeztek be szerte a világban. Így aztán minél inkább hatásosabb és sokfélebb a lehetőségünk a világ befolyásolására, annál nehezebb kezelni annak következményeit. Azaz: minél több információt állítunk elő, annál nehezebb azokat integrálnunk, ahogy azt Ingmar Grandstedt kimutatta.²⁵ Technikáink, amelyek egymással is mind bonyolultabb interakciókba lépnek, s egyúttal gyorsuló evolúcióban vannak, mind nehezebbé teszik ennek a befolyásnak a megtervezését.

Az innovációk nagy száma és a technikai rendszer összetettsége nehezen egyeztethető össze az ember mivoltának egyik minőségjegyével, a morálisan megalapozott és felelősségteljes cselekvéssel. A morálfilozófia régi distinkcióit felelevenítve Carl Mitcham három etikai követelményre hívja fel a figyelmet. Először is tudnunk kell, hogy mire akarjuk használni ezeket a technikákat, meg kell határoznunk alkalmazásuk célját és rendeltetését. Másodsorban tisztában kell lennünk tetteink következményeivel, azaz fel kell mérnünk a hatásokat még az alkalmazás megkezdése előtt. Harmadrészt az így meg-

25 Grandstedt, I.: *L'impasse industrielle*. Paris, Seuil, 1980.

szerzett kétféle ismeretre alapozva a célok és az eszközök adta értelmet szándékolt cselekvéssé kell alakítanunk.²⁶

Az erkölcsi felelősségvállalás megkövetelné minden érdemi innováció előzetes értékelését, figyelembe véve annak hatásait a természetre, a társadalomra és a többi technikára. Természetesen nemcsak a közvetlen és azonnali hatásokkal kell foglalkozni, hanem a közvetett és távolibb hatásokkal is. Továbbá ennek az előzetes értékelésnek a hatások figyelmes követésében kell folytatódnia. Ennek során gondot kell fordítani arra, hogy mindig legyen lehetőség más, alternatív technika választására. Ebben a perspektívában a lehetséges hatásokkal kapcsolatos ismeretek hiánya vagy azok előre nem láthatósága inkább a tartózkodásra mint a cselekvésre kell vezessen.

Hans Jonas volt az, aki a felelősségvállalásunk körét kiterjesztette a jövőre, mondván, tartózkodnunk kell azoktól a lépésektől, amelyek veszélyeztetnék a jövő nemzedékeinek a lehetőségeit, érdekeit, biztonságát a teljes emberi élet megélésére. Úgy tűnik sajnós, hogy a technika fejlődésével párhuzamosan hatásaik és következményeik előreláthatatlansága is növekszik. Ebben a helyzetben a felelősségvállalás kötelezettsége – ha egyáltalán tudatosítja és vállalja a ma élő ember – számos súlyos akadályba ütközik. Az értékelés és a kockázatelemzés szerepe éppen ennek a bizonytalanságnak a csökkentése és részleges „moralizálása”. Még akkor is, ha az innovációs folyamat sebessége miatt folyamatos késés tapasztalható e „civilizáló” törekvés részéről.²⁷

Ezek a megállapítások nem vezethetnek bennünket az innováció technofób elvetéséhez. Induljunk ki abból a feltételezésből, hogy nincs önmagában véve káros technika, csupán rossz alkalmazás. Ebben az esetben egyetlen technikai újítás sem eleve elítélendő, és minden új technika civilizálható hosszabb távon, azaz valamennyi szolgálhat jót s jól. Ennek elérésére azonban mindennek előtt időre van szükség. Nem elsősorban a tudománynak és a technikának van szüksége időre, hanem „emberi” időre van szükség, hogy kifejlesszünk értelmezéseket, normákat, óvintézkedéseket: mindezt nem elsősorban a „számító ész”, mint inkább az emberi szimbolikus gondolkodás számára. Mint minden kulturális alkotás, ez több időt követel, akár több generációra is kiterjedő érési folyamatot.

A bioetika kritikája

A bioetikusok az élettudományok fejlődése révén született egyes technikák kapcsán felvetett különféle problémákat vizsgálják. Céljuk az alkalmazások vezérelveinek meghatározása és a korlátok kijelölése, hogy sem az érintett

26 In: Cutcliff, S. H. and Mitcham, C. (eds.): *Visions of STS: Counterpoints in Science, Technology and Society Studies*. Albany, State University of New York Press, 2001.

27 Jonas, H.: *Le principe de responsabilité*. Paris, Cerf, 1990.

személyeknek, sem az emberi közösségeknek ne származzon belőlük kára. Ez az innováció által felvetett problémák folyamatos, lépésről lépésre történő vizsgálatát teszi szükségessé. Kritikusai szerint a bioetikai megközelítés hasznos, de hiányzik belőle a szintetizáló látásmód, ami lehetővé tenné a biológiai technikák fejlődésének holisztikus-globális megragadását, ami képes lenne figyelembe venni az összes kapcsolatot és interakciót az adott technika és a társadalom között. A bioetika szemére vetik, hogy az egyes problémákat szociológiai és technikai kontextusukból kiragadva külön-külön kezeli. Folyamatosan reagál a sürgősen jelentkező problémákra, visszaélésekre, mégis sokan úgy látják, hogy a bioetika módszertana a gyakorlatban egyáltalán nem bizonyul hatékonynak.

A bioetikusok a vizsgált problémákra speciális ajánlásokkal válaszolnak, formális elvek kinyilvánításával, alapjában véve kazuisztikus megközelítéssel. A különféle helyzetekre a személyek közötti viszonyokat meghatározó morális elvekkel válaszolnak, meghatározva az orvosi hatalommal szemben a páciensek és a polgárok jogait, és megállapítják, hogy mi megengedett és mi nem. Normasértés esetén etikai bizottságok vagy bíróságok feladata a szabályok tiszteletben tartatása. A bioetikai módszer tehát alapvetően jogi természetű. Ez a juridizmus egy individualista, racionalista optimizmuson nyugszik, amely valójában csupán az öntudatos, belátó- és cselekvőképes személyeket képes igazán szolgálni. Ez a morális és jogi individualizmus egy másik előfeltevéssel is együtt jár, nevezetesen, hogy a technikai arzenál emberi alkalmazása egy szabadelvű, plurális, mindenekelőtt az angolszász demokráciafelfogásnak megfelelő társadalomban történik, amelyben az emberi személy jogainak tiszteletben tartása mindenki első számú törekvése, amelyben megengedett a kritika, és amelyben mindenki számára biztosított a független intézmények igénybevétele a jogorvoslatra és az elbírálásra. Végül a bioetika egy harmadik előfeltevéssel is él, miszerint a biomedicinára épülő technikákat könnyen azonosítható körülmények között, átlátható intézményekben dolgozó felelős szakemberek alkalmazzák. Amennyiben ezek a feltételek fennállnak, a bioetika segítségével bizonyos problémák megoldhatók, a visszaélések és a túlkapások elkerülhetők.

A valóságos társadalmi helyzet

A kritikáknak van alapjuk, de a bioetika feladata inkább a problémák feltárása, a dialógus (le)folytatása, a konszenzusteremtés és a bevezetendő normák megfogalmazása lehet. A közjóért felelősséget vállalóknak azonban számolniuk kell azokkal a valóságos társadalmi feltételekkel, amelyek között az új technikák biomedicinális alkalmazása fejlődik. Mindenekelőtt azzal, hogy az etikai (deontológiai) és jogi szabályok nehézkes és kényes megformálását

állandóan meghaladja a technika mozgása, és a kodifikációs munkát állandóan újra kell kezdeni. Ráadásul a hatékony ellenőrzést lehetővé tevő feltételek eltűnnek attól a pillanattól kezdve, hogy ezek a technikák elterjednek. Ez a tudomány egyetemességének a velejárója. Előbb vagy utóbb a technikák banalizálódnak, mind hozzáférhetőbbé válnak, alkalmazásuk egyre kevésbé kontrollálható az etikai kódexek és jogi rendelkezések ellenére. Az is nyilvánvaló, hogy azok, akik ezeket a technikákat alkalmazzák, korántsem tekinthetők a teljesen független morális ágens ideáltípusának. Éppen ellenkezőleg: szervezeti, szakmai, ideológiai kényszereknek vannak alávetve, amelyek megakadályozzák, hogy szabadon és kritikusan gondolkodjanak az általuk ellenőrzött technika alkalmazásáról. Mindenekelőtt azért, mert ennek révén keresik a kényerüket.

A morálfilozófiai gondolkodás alapvető gyengesége, hogy alulbecsüli az egyénekre gyakorolt társadalmi nyomást és motivációik nagymértékben irracionális jellegét. Jean-Jacques Salomon szerint az innováció jelenlegi üteme a jelenlegi kontextusban a hatalom archaikus formáinak kialakulásával fenyeget. A technikai változások túl gyorsan következnek be, és túl összetettek ahhoz, hogy a polgárok fel tudják mérni a különféle következményeiket. Ahelyett, hogy lassabbra fognánk annak ütemét, hogy lehetővé tegyünk egy autentikus technikai kultúra kialakulását és elterjedését, a jelenkori társadalmak úgy döntöttek, hogy specialistákra bízzák ezt a gondot, azaz az értékek és megengedhető határainak meghatározását. Azonban ezek a specialisták elitista kritériumok alapján válogatódnak ki. Salomon szerint hamarosan azokhoz a testületekhez fognak hasonlítani, amelyek a középkorban mások számára elérhetetlen kritériumrendszer alapján eldöntötték, hogy miként élhetik életüket az „egyszerű”, „tudatlan” emberek.²⁸

Ezek a megjegyzések azt sugallják, hogy a tudományos-technikai fejlődés természete és kockázatai az eddiginél mélyebb és átfogóbb válaszokat igényelnek. Preventív társadalmi és politikai lépések szükségesek már a tudományos kutatás esetében is, nem csak a „rendszerbe állított” alkalmazásokra. Vessük el a végleges tiltás gondolatát. Az újító intellektuális tevékenység végleges tiltása nem realiztikus és nem is kívánatos. Ebben az esetben valóságos inkvizíciót kellene alkalmazni.

A moratórium gondolata

A moratórium gondolata is érzékeny, de realisabb. Ez jogi kötelezést jelent a kutatások felfüggesztésére egy adott területen egy meghatározott időre.

28 In: Cérézuelle, Daniel: Évaluation technologique. In: Hottois, G. et Missa, Jean-Noel (eds): *Nouvelle Encyclopédie de Bioéthique*. Bruxelles, De Boeck Université, 2001.

Ez együtt jár természetesen a finanszírozás felfüggesztésével, amelyet a későbbiekben meg lehet újítani. Ha nincs meg a lehetőség az innovációs folyamat felfüggesztésére, a kockázatértékelés és megelőzés fogalma kiüresedik, a törekvés súlytalanná válik. A moratórium bevezetéséhez fűződő jog egyesek szemében szükségesnek látszik a felelősségvállalási kötelezettség teljesítéséhez, ami nélkül a technikai kultúra kialakítása nem lehetséges. Az orvosbiológiai eljárások példája mutatja, legalábbis egyesek szerint, hogy nemcsak a technikai innovációt kell etikai értékelésnek és társadalmi ellenőrzésnek alávetni, de már magát a tudományos kutatást is. Maguk a tudósok érezték úgy a genetikai kutatások fejlődésének egy pontján, hogy moratóriumot kell alkalmazni bizonyos kísérletek elvégzésére.²⁹

Egy ilyen javaslat sokak számára botrányosnak tűnhet, hiszen bizonyos kutatási tevékenységeket morális megfontolásoknak vet alá. Ekkor a modern kultúra egy tabuja sérül meg, a kutatás és a tudományos tevékenység szabadsága a tét. Sok tudós és filozófus elfogadhatatlannak tartja a morális szféra nevében történő beavatkozást a tudomány életébe. Előre elítélik minden tiltás – legyen az átmeneti – gondolatát. A tudomány – így szól az ellenvetésük – elméleti tevékenység, amelyben a szellem legmagasabb rendű működése valósul meg. Értéksemlegessége, eredendő neutralitása fejlődésének alapfeltétele.

A kutatás semlegessége

A kutatás morális és társadalmi/politikai ellenőrzése szükségképpen intellektuális regresszióhoz vezet. Ez az igen elterjedt vélekedés azonban vitatható. Félretéve a kutatási moratórium kényes kérdését, vizsgáljuk meg magát az elvet. A tudományos és technikai kutatás korunkban korántsem mutatkozik semlegesnek társadalmi, gazdasági, de még politikai szempontból sem, és nem is lehet az. Így aztán nem is maradhat kívül minden értékvitán, nem lehet mentes a „laikus”, etikai és politikai befolyástól. Azok, akik a jelenkori tudományos tevékenységet tisztán elméleti aktivitásként értékelik, a tudomány egy premodern koncepciójából indulnak ki. Elítélik a „többiek” tudatlanságát, ezzel valójában „vallásos” alapállást foglalnak el. Amennyiben elfogadnánk, hogy ma a tudományos kutatás és fejlesztés érdekmentesen folytatható, ezáltal továbbra is előjoga a tiszta igazság akadálytalan föltárása, amit nem zavar semmiféle idegen (anyagi, politikai vagy társadalmi) érdek vagy érték, akkor figyelmen kívül hagynánk azt, ami e tevékenység mai természetességének és eredményességének valóságos feltétele és magyarázata. Tény, hogy amikor a tudományos gyakorlat geometriai törvényszerűségek felismeréséből vagy az emberi anatómia a holttestnek felboncolás útján való

²⁹ Asilomar. USA, 1974 július.

megismeréséből állt, törekvése legitim volt a „teljes” szabadság elérésére. A modern tudományos és technikai kutatás azonban nem lehet teljesen szabad és érdekmentes. Többek között azért nem, mert a haladáshoz szándékában áll megváltoztatni azt a valóságot, amelybe ágyazottan él minden mai és ezután megszülető ember.

A kutatás-fejlesztés társadalmi feltételei

Mielőtt az innovációs termék a mindennapok része lesz, kísérletezni, fejleszteni kell. Laboratóriumokra, kutatók hadára van szüksége, akik tervszerűen, irányelvek alapján dolgoznak, és pénzügyi forrásokat követelnek. A kutatás nem tehet mást, minthogy alkalmazkodik az erőviszonyokhoz és az állam kényszerítő rendszereihez (jogrendszer, adórendszer, bürokrácia, rendőrség), amelyek lehetővé teszik, hogy közpénzből képezzenek kutatót, finanszírozzák a kutatási programokat. A laboratóriumokat egymással versengeni készítetik, aminek e dolgozat kereteit meghaladó gazdasági vonatkozásai szintén nem értéksemlegesek, hisz a piaci viszonyok erőteljesen visszahatnak az alapkutatástól kezdve a teljes innovációs folyamatra. Ez – ha a rendszer megfelelően működik – éppenséggel kívánatos is. Azok, akik hozzáférnek a forrásokhoz, szabadnak érezhetik magukat, de csak azokhoz képest, akik nem.

Az amerikai Daniel Sarewitz szerint a tudományos-technikai establishment minden demokratikus kontroll nélkül határozza meg a kutatási és fejlesztési politikát. A döntések eredményét úgy interpretálják a politikai közösségnek, mintha az magától értetődő volna. Noha jelentős részét közteherviselésből származó, adó révén megteremtett forrásokból fedezik, a prioritások csupán egyesek nézeteit tükrözik. Nem kontrollált, hitelesített személyes meggyőződésekre, tekintélyekre alapozódik, hanem minden törekvést nélkülözve a valószínű szociális hasznosság és kívánatosság megismerésére. Vajon tudományos alapon dönthető-e el, hogy mi felel meg jobban a társadalmi hasznosságnak: a társadalom informatizációja és a humán genom kémiai szerkezetének feltárása vagy inkább a közegészségügyi kutatási programok? Jobban megfelel-e a közjóknak az úrkutatás, mint a klimatikus változások jelentőségének és társadalmi következményeinek tisztázása? A tudományos és a technikai tevékenység prioritásaihoz kapcsolódó döntések közügyek. Engedve a „tudatlanok” kizárását célzó törekvéseknek, valójában az emberi jelenség és az emberi közösség jövőjének autentikus képviselőit rekesztjük ki az egyik legnagyobb emberi tevékenység érdemi befolyásolásából, ami nem férhet össze sem a jelen, sem a jövő emberiségének erkölcsiségével.³⁰

30 Sarewitz, D.: *Frontiers of Illusion*. Philadelphia, Temple University Press, 1996.

A kutatás-fejlesztési tevékenység céljainak közpolitikai legitimálása, a közforrások odaítélése során nyilvánvalóan nem csak racionális kritériumok érvényesülnek. Jelentős a szerepe, néha indokolatlanul túlsúlyra jut az ideológiai megközelítés és a differenciálatlan, kimerítő igényeket közvetítő társadalmi nyomás. A tudománypolitikában szakmailag és társadalmilag előkészített, legitimált prioritások szükségesek. Mindig akadnak érdekcsoportok, amelyek igyekeznek manipulálni a hivatalos tudománypolitikai és forrásallokációs intézményrendszereket. A legitim prioritások hiánya ennek kifejezetten kedvez. Akadnak, akiknek a szándékuk éppen az átlátható feltételek között kétséges fogadtatású törekvéseik érvényesítése. Mások pedig egyszerűen kénytelenek tudomásul venni az adott helyzetet, és alkalmazkodnak hozzá, különben tovább állhatnak. Éppen ezért, amikor egyesek felvetik, hogy bizonyos kutatási tevékenységekre moratóriumot kell hirdetni, valójában nem a kutatás szabadságának korlátozására gondolnak, hanem arra, hogy ha minden közérdekű tevékenység felett demokratikus kontrollt indokolt gyakorolni, miért volna ez alól kivétel az innovációs folyamat vagy annak egy része? Ez megvalósulhat a demokratikus intézményrendszer lehetőségeinek kihasználásával, szükség esetén továbbfejlesztésével. Mindezt nem lehet pusztán a „bölcsek” tanácsaira építeni, hanem mindazoknak az értékrendjére kell alapozni, akiknek az életét a tudomány és a technika folyamatosan átalakítja, befolyásolja. Nem zárhatók ki a folyamatból azok, akiket folyamatosan egzisztenciális alkalmazkodásra készítet, és az sem, aki azt valójában elő- vagy utófinanszírozza, attól függően, hogy közforrások vagy magánforrások felhasználása folyik.

A társadalom aktív és aktivizálható tényezőinek érdemi bevonása az innovációs tevékenység kapcsán szükséges közhatalmi döntések meghozatalába, nehézsége, kockázatai mellett számos áldásos következménnyel járhat. Mindenekelőtt, ha fontos tényezővé nő a társadalom széles köreinek vélekedése a tudományról, a technikáról általában és eredményeiről konkrétan, akkor nem lesz a tudósok és a technikusok, de a finanszírozók és a vállalkozói szféra számára sem közömbös, hogy milyen szellemiség, műveltség, tudás jellemzi a népességet. Egy ilyen helyzetben valódi szerephez jutnak azok a szellemi tekintélyek, akik elfogultság és hátsó szándék nélkül segíthetnek az embereknek megérteni a lehetőségeket, felmérni a kockázatokat, és megfelelő kritikával, sőt önkritikával megfogalmazni elvárásaikat, igényeiket. Talán az sem illuzórikus, hogy erősödne a közoktatás tekintélye. Nőnének a vele szemben támasztott elvárások, de a támogatásában is fokozottan érdekeltté válnának az innováció közvetlen gazdasági és politikai irányítói, haszonélvezői. Mindez csökkentené a modern technika alkalmazásának számos kedvezőtlen következményét. Az innováció eredményei lényegesen kisebb erkölcsi és fizikai kockázattal, zökkenővel épülnének be az egyének és az emberi közösségek mindennapi életébe. Ez kedvezően hatna vissza magára az innovációs folyamatra, a kutatásra és a fejlesztésre is, elősegítve integrálódásukat

a társadalom életébe, a kultúrába: egyrészt a kutatás- és fejlesztéspolitikai prioritások közérthető és legitim meghatározása révén, másrészt a kutató-fejlesztő intézmények és munkaközösségek stabilizálódó helyzete, erősödő legitimitása, presztízse révén. Elősegítené a források átlátható és hatékony felhasználását. Ez a „nyitás” alighanem elszigetelné azokat a fundamentalista, szélsőségesen tudományellenes mozgalmakat, amelyek éppen a társadalom széleskörű tájékoztatlansága, a tömegműedumok következtetlenségei és a kutatás-fejlesztési tevékenység átláthatatlansága és érthetlensége miatt téveszthetők meg. Összességében pezsdítően hatna a nyilvános szellemi közélet fórumaira is, ami ugyancsak megsokszorozza a várható pozitív hatásokat és következményeket. Mindez erősítené azt a bizalmat, ami nélkül nincs színvonalas kutatás, eredményes fejlesztés, kielégítő emberi életminőség, megfelelő társadalmi kohézió, civilizált társadalmi és kulturális élet és sikerres európai nemzet.

Remélhetőleg siker koronázza azokat a törekvéseket, amelyek növelni akarják a hazai kutatás-fejlesztésre, innovációra fordítható források nagyságát és javítani akarják a köz- és magánszféra, az alap- és az alkalmazott kutatás együttműködését a jogi, az intézményi és az infrastrukturális feltételek javításával. Mindez azonban az előbbiekben összefoglalt feltételek figyelembevétel nélkül csak a rendszerváltozás ellentmondásainak további kiéleződéséhez vezethet. A tudomány művelője nem érheti be azzal, hogy átügyeskedni magát a politikai változások nyertesei közé. Közönyével nem járulhat hozzá ahhoz, hogy egy elismerten demokratikus európai jogállamban a szellemi javakhoz való hozzáférés eleve igazságtalan legyen.

Az emberi jogok eszméje és a tudományos-technikai fejlődés

Korunkban az emberi jogokat olyan alapvető jogoknak tekintjük, amelyeket az emberi nemhez tartozása folytán mindenki elidegeníthetetlenül magáénak tudhat. Rendeltetésük az, hogy mindenféle hatalmi törekvással szemben biztosítsák az egyes emberek méltóságának tiszteletét és egyenlőségét. E jogok elvben megelőznek minden más jogot, rendelkezést, bármely történeti hatalomtól származnának is azok.

A Krisztus előtti 5. században született ógörög drámában Antigoné fordult szembe a természetes jog nevében a politikai hatalom döntésével: lelkiismerete szavára az egyén felléphet a hatalmi túlkapások ellen. A nyugati gondolkodónál gyakran találkozhatunk ezzel a természeti vagy isteni eredetű alapjoggal. A kérdést egyre gazdagító Szophoklész, Arisztotelész és Cicero által képviselt antik vonulat és a bibliai hagyománytól Szent Pálon át Szent Ágostonig ívelő gondolatok Aquinói Szent Tamásnál találkoznak, hogy aztán a dominikánus Vitoria, a jezsuita Suarez, majd Grotius, Locke és Kant művein át jus-

sanak el a felvilágosodás nemzedékéhez. Ők már arra törekedtek, hogy pontosan megfogalmazzák az egyéneknek (polgároknak) azokat a jogait, amelyekre hivatkozva felléphetnek a hatalom önkénye és túlkapásai ellen.³¹

Az orvoslás, az orvostudomány és technika alkalmazása, valamint az emberi jogok kapcsolatának megértése érdekében ki kell emelni e több évezredes folyamat néhány jellegzetességét. Ezek az emberi jogok eredeztetésére, a jogalanyi kör alakulására, a megzabolázni kívánt hatalom jellegére és a róluk folyó dialógusra vonatkoznak.

A jogok forrása

Az emberi jogokat a különféle gondolkodók három elsődleges forrásból eredeztetik: a *természettől* – természetjogi megközelítés –, miszerint minden ember tagja az emberiségnek mint családnak, s így egy olyan lényegiség hordozója, amit minden egyénben tisztelni kell; az *Istentől* – vallási, teológiai megközelítés –, azaz minden embernek közös atyja van, aki élévülhetetlen törvényt adott számukra; végül az *észtől* (Raison), ugyanis az ember gondolkodó állat, az emberiség közös jellemzője az eszeség, amely minden tagját megillető egyetemes jogok forrása.

A kedvezményezettek köre

Az egyes korok, a különféle szellemi irányzatok képviselői és a pozitív jog esetenként egymástól eltérően határozták meg azok körét, akiket a ma emberi jogokként emlegetett jogok eredendően és visszavonhatatlanul megilletnek. E jogok kedvezményezettjei kezdetben a szabad emberek (akik nem rabszolgák vagy idegenek, később, akik nemesek), másnál a Krisztusban egyesülők, esetleg a teremtmények, vagy „csak” az emberek mint Isten gyermekei, megint másoknál az emberek a természetjog alapján, vagy az egyének kivétel nélkül, végül az egyének mint polgárok. A századok során fokozatosan kiszélesedett az emberi jogokkal felruházottak köre. Végül az ENSZ 1948-as Emberi jogok egyetemes nyilatkozata már az emberiség családjának minden egyes tagjáról szól. Szabadon, egyenlő méltósággal és joggal születő *emberi lényt* említ, s kimondja, hogy minden *személynek* joga van az élethez, szabadsághoz és személyi biztonsághoz, az egyenlő, hátrányos megkülönböztetés nélküli bánásmódhoz, s – egyebek mellett – az egészségének és jólétének biztosítására alkalmas életszínvonalhoz. Ezt követően számos további emberi jogi doku-

31 In: Lamaison, P. (ed): *Atlas de la Civilisation Occidentale*. Hachette, Paris, 1994.

mentum született, többnyire az ENSZ vagy az UNESCO keretében, vagy regionális érvényűek, mint amilyenek az Európa Tanács dokumentumai.³² Legújabbban az Európai Unió hozta létre *Az alapvető jogok kartáját* (2000. december). Ezekben gyakran már nem csupán az egyének jogai jelennek meg, hanem közösségi, kollektív jogok, sőt az egész emberiséget magát megillető jogok, újabban pedig már a jövő nemzedékek jogai is. Azonban, amint azt az alábbiakban bővebben is kifejtjük, számos kérdés (mint például a meg nem született emberi lény, az anenkefál újszülött vagy az irreverzibilis kómában lévő ember státusa) máig tisztázatlan, ami viták, konfliktusok, esetenként visszaélések forrása.

A szabályozni kívánt hatalom jellege

Az emberi jogok leggyakrabban politikai törekvések céljaként fogalmazódtak meg. Elsősorban a politikai hatalmat kívánták korlátozni, de felléptek nevükben az egyházi hatalommal szemben is. A politikai hatalmi visszaélések csúcsteljesítményeként a hitleri III. birodalmat és a második világháborút élte meg a világ, bár ismert okokból a nácizmushoz képest a sztálinizmus értékelése ma még ellentmondásosnak mondható. 1948 után azonban az emberi jogi mozgalmak az egyéni szabadság védelme, a politikai jogok kiszélesítése és a politikai hatalom korlátozása mellett, mindinkább az államok kötelességeit kívánják bővíteni az egyén fizikai, anyagi, gazdasági, szociális, végül kulturális jólétének biztosításában. A politikai hatalom mellett fokozatosan, ha nem is ugyanolyan markáns módon, de megjelenik a gazdasági hatalom korlátozására való törekvés is. A tudományos és technikai vagy az orvosi hatalom, mint amelyeket az emberi jogok védelmében szabályozni, sőt korlátozni szükséges, csak a 20. század hatvanas éveitől terjed el a közgondolkodásban. Ekkorra már nyilvánvalóvá vált, hogy vívmányaik nemcsak gazdagíthatják az emberiséget, de fenyegethetik is az egyén vagy a közösség jogait és szabadságát, veszélyeztethetik az emberi lények méltóságát és egyenlőségét.³³

A dialógus jelentősége

A történelemben eddig soha nem látott mértékben sértették meg az emberi jogokat az elmúlt évszázad totalitárius diktatúrái. A súlyos tapasztalatok hatására megszületett a politikai akarat az emberi jogok egyetemes érvényű megfogalmazására. Noha e jogok alapjában, eredetében továbbra sincs egyetértés

32 Bokorné-Szegő H. és Mavi V.: *Emberi jogok a nemzetközi jogban*. Strasbourg–Budapest, Európa Tanács–Emberi Jogok Magyar Központja, 1994.

33 *Teheráni Nyilatkozat*, 4. cikk. ENSZ, 1968.

a különféle eszmék, vallások és kultúrák között, de elhárult az akadály a annak, hogy konszenzussal határozzák meg az emberi jogok katalógusát. Ez széles körű dialógus és tárgyalásos egyezkedés útján történt, és így született meg 1947. december 10-én az *Emberi jogok egyetemes nyilatkozata*. A folyamat azóta sem szakadt meg, amint azt az egyetemes emberi jogok katalógusának máig sem lezárt bővülése és regionális – európai, amerikai, afrikai – nyilatkozatok és más dokumentumok is tanúsítják. Ilyen globális dialógus eredményeként fogadták el 1997-ben a Szentszék és az Egyesült Államok szavazatát egyaránt élvező konszenzussal „Az emberi génállomány és az emberi jogok egyetemes nyilatkozatát”-t az UNESCO-ban. Nem sokkal korábban született meg az „Egyezmény az emberi jogokról és a biomedicináról” (1997) az Európa Tanácsban. Az utóbbi az első – bár nem egyetemes, hanem regionális – kötelező jogérvényű „bioetikai”, orvosbiológiai tárgyú nemzetközi szerződés.

A tartalmi kérdésekben folyó dialógus, az egyezkedéses konszenzusra törekvés fél évszázadának eredményei, az emberi jogok nemzeti jogot is felülbíráló, kikényszeríthető (Európai Emberi Jogi Bíróság) nemzetközi normaként való kifejlődése, az Európai Unió által kutatásra és fejlesztésre biztosított források odaítélési feltételeként való alkalmazás (a keretprogramok pályázatainak kötelező kutatásetikai értékelése) nem feledtethetik el a tovább élő problémákat. Akármilyen kiterjedtségű és legitimitású is az emberi jogok katalógusa, az sohasem lesz abszolút. Új tények, felfedezések, érdekek jelentkezésekor ismét megkérdőjelezhető, módosítható, még ha néha vitatható indítékokból is. Végső soron az emberi jogok filozófiai státusa ma – szándékosan – nem részletező és a megnyilatkozásokban állandó ingadozás figyelhető meg a naturalista-konzervatív és a pragmatikus-evolucionista megközelítés között. Általában nem az ember és a dolgok valóságos természetének felismerése szabja meg, hogy mit ismerünk fel törvényként, hanem fordítva: megállapodásban rögzítjük, hogy éppen akkor, egy meghatározatlan időre – amelynek tartama a dolgok (gazdaság, társadalom, kultúra, tudomány, technika) alakulásától függ – mit tekintünk emberinek és a vele összhangban álló normának. A kialakult helyzetnek azonban mindenképpen jelentős értéke az, hogy a különféle eszmék, vallások, kultúrák közötti párbeszédnek több tartós, döntéshozásra is alkalmas fóruma jött létre az emberi jogok égisze alatt.³⁴

34 In: Sgreccia, E.: *European Federation of Scientific Networks. The Human rights, ethical and moral dimension of health care*. Strasbourg, Council of Europe, 1996.

„A 19. században és a 20. század elején a tudományos fejlődést úgy értelmezték, mint ami mindenféleképpen kedvező az emberi haladás szempontjából és általában semmiféle alapvető konfliktust sem tételeztek fel a kettő között. Azonban a később bekövetkező események ... kétségeket ébresztettek a tudományos fejlődés és az emberi haladás szükségszerű szövetsége iránt” – írja egy ENSZ dokumentum 1982-ben. Vannak, akik számára ez a megállapítás magától értetődő, másoknak azonban nagyon nehéz elfogadnia ezt a tényt, amelynek kapcsán Lakatos „ismeretelméleti katasztrófá”-ról beszélt.³⁵

A felvilágosodás hatására inkább született az emberekben remény, sőt meggyőződés, hogy a tudomány és a technika, esetünkben az orvostudomány meg fogja oldani a problémáikat, semmint szándék a belőlük táplálkozó hatalom korlátozására. A többség a tudomány, a technika szabad fejlődésének biztosítását és az eredmények mielőbbi gyakorlati bevezetését kívánta. Diadalmaskodott a progresszió, a haladás doktrínája: a tudomány és a technika művelői – élvezve a gondolkodás, a szólás és a bíráló szabadságát, rendelkezve az eredeti gondolkodás képességével és a dogmák, a hagyományok, a tekintélyek módszeres megkérdőjelezésével – alkalmasak az emberi jogok kiteljesítésére, mert képesek megfosztani az embereket a tudatlanságtól, és megszabadítani őket a különféle szolgaságoktól, nyűgöktől.

Időközben eltelt két évszázad és megváltozott a tudománynak és a technikának az emberiség életében betöltött szerepe. Az egyik csalódást annak megtapasztalása jelentette, hogy a tudomány és a technika politikai hatalmi célok szolgálatában közreműködhet tömegek megalázásában, elpusztításában, kisebb-nagyobb emberi közösségeknek, de akár magának az emberiségnek a megsemmisítésében is. Az orvostudomány sem volt kivétel, amint azt a náci orvosok nürnbergi pere megmutatta. Az elbizonytalanodás másik oka a hatalmas fejlődés. A tudomány és a technika ma egyaránt képes beavatkozni globálisan a bioszféra működésébe, és lokálisan, azaz az élőlények, így az ember természetébe. A természettudós, az orvos számára már nem csupán az esetleges hibák kijavítása – a gyógyítás – jön szóba, ahol a valamiért megsérült örök emberi tulajdonságok helyreállítása a cél. Egyesek felvetik a korábban normálisnak, de legalábbis megváltoztathatatlanak tekintett emberi tulajdonságok manipulálásának lehetőségét, nem ismerve más elvi korlátot, csak azt, ami technikailag még éppen nem megvalósítható. A dogmatizmussal vívott harcban nagy nehezen kivívott „tudományos szabadság”, amorális törekvések hajtóerejévé vált, amelyek által „mindent meg kell valósítani, ami lehetséges”.

35 In: Agazzi, E.: *A jó, a rossz és a tudomány*. Pécs, Jelenkor Kiadó, 1996. 318. p.

Mára felbomlott a feltétel nélküli szövetség a tudományos haladás zászlóvivői és az emberi jogi mozgalom képviselői között. Már nem jelent mindenki számára mindenképpen egyet a tudományos és technikai fejlődés és az emberiség java. Konfliktus alakult ki az emberi jogok mélyén meghúzódó „természetesség” és a tudomány és a technika „mesterségessége” között. Most úgy látszik, hogy a tudomány és a technika szolgáltatta hatalom – morális és jogi korlátok nélkül – veszélyeztetheti az egyéni szabadságot, kockázatokat hordoz az emberek egyenlőségére és méltóságára nézve.

Orvostudomány, bioetika és emberi jogok

Az orvostudomány jelenlegi fejlettségi fokán korábban nem tapasztalt súllyal nehezedik a felelősség a döntéshozók – páciens, szakember, politikus – vállára, amikor az emberi lényeken lehetővé vált beavatkozások végrehajtásáról, vagy éppen végre nem hajtásáról dönt. Ez részben független a tudományos fejlődéstől. Elsősorban a politikai jogok kiterjedése és a szabadság-eszme térhódítása izmosította meg azt az igényt, hogy a betegek egy jelentős része maga kíván dönteni sorsáról, és ezt a jogot nem ruházza át automatikusan orvosaira. Azonban akárki is dönt, a tét hihetetlenül megnőtt, és ez már egyáltalán nem független a tudományos fejlődéstől. Maga az orvosi kutatás is számos etikai dilemma forrása (pl. az emberen végzett kutatások általában, azon belül az embriókon, gyermekeken, szellemi károsodásban szenvedőkön végzett kutatás, öröklődő genetikai beavatkozások kérdése, vagy az emberi lény klónozása). Etikai kérdéseket vetnek fel az új, egyre bonyolultabb és költségeiből technikai eszközöket (pl. szívkatéter, endoszkóp), műszereket (pl. computer-tomográf, művese), korábban elképzelhetetlen megoldásokat alkalmazó gyógyító eljárások (pl. szervátültetés) is. Azonban akadnak, akik már nemcsak egy kór kiküszöbölését, hanem a még szebb, a még jobb, a még hatékonyabb testforma vagy testműködés (plasztikai sebészet, teljesítménynyfokozás, doping, testépítés) elérését igénylik. Különösen összetett szakmai-etikai kérdések az öröklési folyamatok feltárása (genetikai szűrés és tanácsadás) és az esetleges beavatkozás (génterápia), az emberi szaporodás befolyásolása (pl. az ivarsejt-adományozás, a lombikbébi program, a dajkaterhesség, a számfeletti embriók sorsa, fagyasztva tárolása), az emberi elméműködés módosítása („léleksebészet”), az élet végén jelentkező orvosi feladatok (terminális medicina, palliatív kezelés), továbbá a visszaélések és vitatott beavatkozások („terápiás szenvedély”, asszisztált öngyilkosság, passzív és aktív eutanázia). A sor sokáig folytatható lenne. Említendő még az egészségügyre jutó korlátozott források elosztásának, az ellátáshoz való hozzáférésnek (pl. várólisták, sorolási elvek) és az egyénről szerzett egészségi adatok (HIV pozitivitás, genetikai predispozíció) védelmének etikai kérdései is.

A mintegy harminc évre visszatekintő bioetika az orvostudomány és a biológia fejlődése által felvetett etikai kérdéseket igyekszik feltárni és megválaszolni multidiszciplináris és plurális megközelítést alkalmazva. Ez azt jelenti, hogy művelői figyelembe veszik a különféle szaktudományok (orvostudomány, biológia, filozófia, teológia, jog, politológia, közgazdaságtan stb.) és a különböző vallások és eszmei irányzatok (keresztény, zsidó, muzulmán, buddhista, agnosztikus stb.) mondanivalóját.

A bioetika és az emberi jogok közötti kapcsolat szorosra fűzése valójában társadalmi és politikai nyomásra történt. Az orvosi tudományok és technikák alkalmazásával jelentkező problémákra az emberi jogok segítségével kíván megoldást találni a törvényhozó vagy a végrehajtó hatalom képviselője. Az USA-ban nyilvánosságra került visszaélések nyomán készítette el a kongresszus a Belmont-jelentést, ami ezt követően az emberen végzett kutatás szabályozásának és a kiépülő etikai bizottsági rendszernek az alapja lett (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research – 1978).³⁶ 1985-ben, az Európa Tanácsban jelentette ki R. Badinter akkori francia igazságügyi miniszter: „Meggyőződésem, hogy országaink törvényalkotása az emberi jogokban találja meg legfontosabb ihletőjét.” Mindenesetre Clinton amerikai elnök az emlősklonozás hírére bioetikai tanácsadó testülete véleményét kérte a humán klónozásról, és hasonlóképpen cselekedtek az egymást követő elnökök az összejt-kutatással kapcsolatban is. Ezt tette számos európai állam- és kormányfő is. Hazai példák is felhozhatók a közelmúltból. Fel kell azonban tenni a kérdést: „Vajon az emberi jogok valóban vezérfonálul szolgálhatnak a bioetikai dilemmák jogi feloldása során?” A problémák egy jelentős részénél az emberi jogi dokumentumok és az emberi jogok modern elmélete elvezet a megoldáshoz. Szép számmal vannak azonban olyan kérdések, ahol megmaradnak az ellentmondások, vagy pedig mind az elmélet, mind a dokumentumok kiegészítésre, továbbfejlesztésre szorulnak.³⁷

Az Emberi jogok egyetemes nyilatkozata (1948) alapján is értékelhető és megszüntethető számos gyakorlatban jelentkező nehézség. Ehhez szolgáltat kiindulópontot a benne foglaltak közül az egyenlőséghez (1. és 7. cikk), az élethez és a szabadsághoz (2. és 3. cikk), a méltósághoz (5. cikk), a magánélethez (12. cikk), a házassághoz és a családhoz (16. cikk), különféle szabadságokhoz (18. és 19. cikk), az egészséghez és az orvosi ellátáshoz (25. cikk) való jog. Így a nyilatkozat alapján mindenkit megillet az önrendelkezési jog, vagyis az, hogy egy orvosi beavatkozás vagy egy kutatási program megkezdése előtt megfelelően tájékoztassák annak mibenlétéről, következményeiről, esetleges kockázatairól, majd hogy ahhoz szabadon hozzájárulhasson (informed consent)

36 *The Belmont Report*. Washington, D.C., US Government Printing Office, DHEW (OS) 78-0012.

37 Oberfrank F.: A biomedicinális etika és az emberi jogok: európai helyzetkép. *Acta Humana*. No. 25. 1996. pp. 3–28.

vagy visszautasíthassa azt. Levezethető a nyilatkozatból a személyi egészségi adatok feletti rendelkezéshez, azok bizalmasságához és a magánélet védelméhez való jog is. Hozzájárulása nélkül senki nem vonható be egy kísérletbe (például klinikai gyógyszer- vagy műszerkipróbálás), amelyből saját egészségének semmi haszna nem származik. Testünk nem használható fel pusztán eszközként mások szolgálatában (Kant). Az egyenlőség elve alapján nem megengedett az egyes emberek hátrányos megkülönböztetése veleszületett tulajdonságaik vagy szerzett megbetegedéseik alapján, s ugyancsak nem megengedett különféle genetikai beavatkozásokkal felborítani ezt az egyenlőséget (eugenika). Elfogadhatatlan, hogy valaki a nem kívánt nemű gyermek elvetetése céljából kérje a születés előtti nem meghatározását. Hasonló helyzet állna elő, ha a reprodukciós célú emberi klónozással genetikai értelemben másról „másolt” emberi lényeket állíthatnának elő. Egyesek szerint ekkor az emberi méltóság és egyenlőség sérül, mert valakit mesterséges beavatkozással szándékosan fosztanak meg genetikai egyediségétől. Az egyenlőségből vezethető le az ellátási formákhoz való méltányos hozzáférés joga is, amit az Egészségügyi Világszervezet (WHO) hivatalosan is elismer, de amit gyakorlatilag lehetetlen biztosítani (pl. átültetendő szervek, életmentő eszközök hiánya, földrajzi távolság). Azonban a dokumentumok és az elméletek tükrében egyértelműnek látszó esetek is módot adnak vitákra, eltérő értelmezésekre (pl. előre nem sejthető kutatási eredmény, placebo alkalmazása, prenatális diagnosztika).

Különösen nehéz eligazodni az írott emberi jogi normák segítségével az olyan esetekben, amikor az egyén (pl. a megismerés, a kutatás) szabadsága kerül összeütközésbe más, az emberi jogok alapjául szolgáló értékekkel, többek között az emberi méltósággal vagy egyenlőséggel. Még nehezebb a helyzet, amikor az egyéni érdekek és jogok a közjával, a közérdekkel konfrontálódnak. Hiszen ha a kutató az egyén beleegyezésével elvégezhetne mindenfajta emberkísérletet, nem lehetne-e mindig találni olyanokat, akik bármire kaphatók volnának, például dicsőségért, pénzért? Ezért írta elő az Orvosok Világszövetsége (WMA) Helsinkin nyilatkozatában (1964), hogy minden – emberi alanyokon tervezett – kísérleti programot előzetesen etikai bizottságnak kell jóváhagynia. De a tiltás vonatkozzon-e például az önkísérletekre, amikor a kutatók saját magukon akarnak elvégezni veszélyes beavatkozásokat (pl. a szívkatóterezés sikeres kipróbálása, illetve az egyik első szifiliszellenes vakcina kipróbálásának a kutató halálához vezető kudarca). Sokan megkérdezik: korlátozható-e az altruizmus, az önfeláldozás, és milyen alapon? Egy kalmárszellemű világban miért ne bocsáthatná áruba valaki a saját testrészzeit, ha van rá fizetőképés kereslet a globális falu piacán!? Korlátozható-e ez abszolút mértékben az emberi méltóságra hivatkozva?

Másik nagy jelentőségű dilemma a hagyományos család védelme, amelyet az 1948-as egyetemes nyilatkozat 16. cikke is megfogalmaz. Egy sor konfliktus jelentkezik e területen is. Az orvosi tudományok és technikák fejlődése, a mű-

vi megtermékenyítés módszerei (ún. asszisztált reprodukciós eljárások) bizonyos esetekben elkülönítik egymástól a biológiai, a genetikai és a jogi vagy kulturális értelemben vett szülőket és rokonságot. Időben mesterségesen elcsúsztathatja egymáshoz képest a különféle nemzedékeket, s elvileg már elhunyt személy(ek)nek is születhet utódja. Az asszisztált reprodukciós beavatkozások lehetővé teszik, hogy egynemű pároknak vagy egyedülálló személyeknek is születhet gyermeke. Dajkaanya közreműködésével gyermekhez juthat az, akinek a teste nem alkalmas a kihordására.

Sokan vitatják: mennyire tekinthető magánügynek a hagyományostól eltérő családfelfogás és a magánélet ennek megfelelő alakítása? Vagy a másik oldalról: milyen alapon, kinek/minek a nevében és mennyire lehet beavatkozni a magánéletbe, korlátozásokat előírva mások számára? Az államnak van-e joga beavatkozni a magánéletbe, a család életébe a közérkölcse, vagy például a demográfiai helyzetre hivatkozva?

Éles viták vannak az élethez való jogról is, amely már az 1948-as nyilatkozat 3. cikkében is szerepel. Sokan számon kérik a következetes alkalmazását, mert szerintük annak alapján a művi abortusz is tiltott. Mások ennek ellenében vitatják, hogy az embrió vagy a korai magzat egyénnek (individuum) volna tekinthető, akinek már joga van az élet feltétlen védelmére. Az egyénnek joga van az egészséghöz, de ugyanez a jog megilleti-e az embriót is? Vagy az egészségesen való megszületéshez van joga, ami azt is jelenti-e, hogy a károsodott, örökletesen beteg magzatot nem szabad engedni megszületni?

Az Emberi jogok egyetemes nyilatkozata olyan időben született, amikor a közhangulat abszolút elsőbbséget adott az egyénnek, és ezért abban nincs szó a közjóról. Annak ellenére sincs, hogy az szerepel az 1789-es francia nyilatkozatban (4. cikk) is. Az ebből adódó nehézségek feloldására az Emberi jogok európai egyezménye (1950) már szól róla (10. cikk). Az elv lényege az, hogy az egyén szabadsága ott végződik, amin túl más egyén(ek) emberi jogait sértené meg. Egyesek megkérdézik: miért terheljük a társadalmat azoknak a gondozásával, akikről már születésük előtt megállapítható, hogy súlyosan és gyógyíthatatlanul jönnek majd a világra. Mások a (még) gyógyíthatatlan fertőző betegségek, például a HIV-vírussal fertőzöttek, az AIDS-betegek kapcsán kérdezik: miért nem lehet kötelezni valakit szűrésre, vagy esetükben feloldani a szigorú titoktartást mások érdekében? Mikor válik fontosabbá a közösség jogainak védelme az egyén jogainak tiszteletben tartásánál?

A modern kor jogállamában elsősorban az írott, pozitív jogból indulnak ki, különösen ott, ahol éles viták lángolnak fel. El kell ismerni, hogy az immár klasszikus emberi jogi dokumentumok nem gondoltak, nem is gondolhattak azokra a helyzetekre, amelyek az orvostudomány és technika fejlődésével álltak mára elő. Miután elsősorban a politikai hatalommal szemben kívánták jogokkal felruházni az egyént, aligha gondolták végig, hogy mi legyen az embrióval, a magzattal. Valószínűleg az intellektusától, agykérgétől végleg meg-

fosztódott krónikus vegetatív kóma állapotában ki tudja meddig létező („reziduális”) egyénre sem gondoltak akkor. Ma azonban nem lehet kikerülni az ő emberi jogaik tisztázását sem. Sajátos kérdés az emberi génállomány ügye is, amely egyszerre egyéni és közös érték. Az egész emberiség számára fontos, közös örökség, de védelméhez nem adnak támpontot a „klasszikusok”. A már említett UNESCO dokumentum: Az emberi jogok és az emberi génállomány egyetemes nyilatkozata ezt a hiányt kívánja pótolni.

Közel hatéves munkával dolgozta ki az Európa Tanács az összeurópai szabályozás alapjául szánt „Egyezmény az emberi jogokról és a biomedicináról” dokumentumot, amely további, a tudományos kutatásról, a szervátültetésről, az embrióról és a magzatról, a genetikáról és később elhatározott további kérdésekről rendelkező kiegészítő jegyzőkönyvekkel fokozatosan az emberi jogok és az orvosi tudomány és technika valamennyi fontos érintkezési területét lefedi. Az így kialakított nemzetközi jogi intézményrendszer működőképességére vall, hogy az ember reprodukciós célú klónozása lehetőségének felvetődésére egy éven belül megszületett az azt Európában megtiltó kiegészítő jegyzőkönyv (Párizs, 1998. január 12.). Az egyezményhez és jegyzőkönyveihez csatlakozó államoknak a bennük foglalt rendelkezésekhez kell igazítaniuk saját nemzeti jogszabályaikat egy olyan területen, ahol az Európai Unió nem dolgozott ki saját jogot. Ugyanakkor az unió maga is részt vett az egyezmény kidolgozásában.

Az emberi jogok elméletének és gyakorlatának eddigi eredményeire nem lehet olyan fontos etikai kérdések kapcsán sem közvetlenül építeni, mint az ember és a többi élőlény kapcsolata, az ember bioszférában elfoglalt helye vagy az élő és a jövőben megszülető nemzedékek viszonya. Itt azonban erre nem térhetünk ki részletesen.

Az emberi jogok szempontjából is nehéz probléma a jogi és etikai normák életbeléptetésével minden rászoruló ember számára biztosítani a tudomány és a technika eredményeinek elérhetőségét. Ez egyesek szerint azt jelenti, hogy a nyilvánvalóan irreális elvárásokat nem szabad kodifikálni. Mások számára ez elveink és eszményeink feladását, a legelesettebbek elárulását jelenti.

A tudomány és a technika jogi-adminisztratív korlátozásával kapcsolatos fenntartások közismertek, alkalmazásuk önmérsékletet követel. Az emberi civilizáció megteremtve a tudomány és a technika működésének összességében rendkívül kedvező feltételeit, egyúttal egyértelműen jelzi: igényli ennek a tevékenységnek, a vele járó hatalomnak és lehetőségeknek a kontrolját is. Ennek alapja az újra és újra kialakított konszenzus, amelynek elméletét és gyakorlatát az együtt élő, „egymásra ítélt” embereknek és közösségeknek el kell sajátítaniuk. Újra és újra meg kell fogalmazniuk azt, amit mindannyian vállalni tudnak és meg kell indokolniuk, hogy mit miért nem. Az emberi civilizáció útkeresései során az egyik legfontosabb vezérfonalat – bár nem csodafegyver – az emberi méltóságban gyökerező emberi jogok jelentik.

Az orvoslás törekvései és lehetőségei egy öregedő társadalomban

Az öregség, az élet végének közeledése, a „jó halál” örök kérdések, amelyek mindenkit foglalkoztatnak. Ezek kapcsán nehéz olyan, széles társadalmi köröket felölelő egyetértésre jutni, ami szilárd alapul szolgálhatna a kapcsolódó társadalmi gyakorlathoz, a vonatkozó etikai és jogi normák kialakításához. E dolgozat sem vállalkozik az orvoslás és a tudomány kereteit szükségképpen meghaladó válaszok keresésére. Amit megkísérel, az annak vizsgálata, hogy a korszerű tudomány és technika lehetőségeit kiaknázó orvoslás milyen jellegzetességeit szükséges figyelembe venni, amikor e kérdésekről gondolkodunk.

Mi az orvoslás feladata az élet végének közeledtével?

Társadalmunk soha nem látott előregedése élénk vitát váltott ki a drága és széles körű egészségügyi ellátás idősek számára történő megfelelő alkalmazásáról. Ez a vita olyan nagyon összetett kérdéseket vet fel, amelyeket mind a médiában, mind a szakirodalomban gyakran és könnyen leegyszerűsítene. Vannak, akik szerint – mivel az elérhető életkor az elmúlt évtizedekben nagymértékben az orvosi technika fejlődésének köszönhetően emelkedett – kutatással és új technológiák alkalmazásával képesek vagyunk arra, s továbbra is azon kell dolgozzunk, hogy még jobban kitoljuk azokat az életkori korlátokat, amelyek jelenleg határt szabnak az egészségességnek és az élet hosszának.³⁸ Mások szerint az emberi élettartamra vonatkozóan léteznie kell egy természetes határnak, az öregség a halál közelségének indokolt és elfogadható jele, egyszerre helytelen és haszontalan az orvosi technológiát egyre nagyobb mértékben arra felhasználni, hogy a halál elkerülhetetlensége ellen küzdjünk.³⁹

Az ilyen vélekedések alapvető erkölcsi kérdéseket vetnek fel. Félrevezető lehet egyes orvosi kezelések célját illetően, hogy azokat „az életet meghosszabbító” kezelésekként írják le, és nem jelzik, hogy egyúttal a beteg kényelmét is biztosítják, vagy javítják a beteg funkcionális állapotát és életminőségét. Ahogyan nehéz általánosítani „az idősek” egészségi állapotára vonatkozó megállapításokat, ugyanilyen nehéz általános megállapításokat tenni az orvosi technikák megfelelő használatát illetően.

Az orvosok sokat tanultak az etikai elemzésekből arra vonatkozóan, hogyan tulajdonítsanak jelentőséget a beteg kívánságainak, és hogy a fontos döntések szakmailag, etikailag és jogilag egyaránt elfogadhatóak legyenek. Rendkívül fontos, hogy az ilyen döntések továbbra is a konkrét beteg egyedi esetén alapul-

38 Schneider, E. L.: Options to control the rising health care costs of older. *Americans Journal of the American Medical Association*, 261: 907, 1989.

39 Callahan, D.: *Setting limits: medical goals in an aging society*. New York, Simon & Schuster, 1987.

janak, az általános szabályok, irányelvek mindenkire megkülönböztetés nélkül egyformán érvényesek legyenek. Az orvosi kezelés visszatartására vonatkozó döntéseket soha nem könnyű meghozni, és azokat nem is szabad sohasem adminisztratív úton megkönnyíteni. Az ilyen esetek megoldásával való megbirkózás segíti az orvosokat abban, hogy kellően érzékenyek legyenek, és azok is maradjanak a gyógyíthatatlan betegségben szenvedők igényei iránt; hogy ne váljanak türelmetlenné a legelesettebb idős betegek klinikai kezelésére vonatkozó döntések bonyolultsága láttán; s végül hogy értékeljék azokat a képességeket, amelyek a súlyos betegek gondozását vállaló családokkal való kommunikációhoz szükségesek. A társadalom és a hatalom (szakmai, gazdasági, adminisztratív és politikai) képviselőinek felelőssége, hogy az orvost az őt körülvevő közszellem, az egzisztenciális és erkölcsi feltételek támogatják vagy akadályozzák ebben.

A orvoslás gyakorlásának modelljei

Számos egymással szembekerülő érték- és érdekkonfliktus ellenére – például a betegek joga az orvosi ellátásra és annak növekvő terhei – az orvoslás alapvető értékei változatlanok: az élet megőrzése, a szenvedés enyhítése és a betegek tisztelete. Az orvosi technika fejlődése ezeknek az értékeknek a megvalósítását összetettebbé tette és megnehezítette. A költségekhez kapcsolódó problémákon túlmenően az élet megmentéséért való küzdelem gyakran mind a betegek, mind családtagjaik számára súlyos terhet jelentenek, amelyek viselése gyakran ellentétesnek tűnik a betegellátás humanisztikus megközelítésével. Ezt a problémát alaposabban kell megvizsgálnunk, ha meg akarjuk érteni a modern orvoslás helyzetét, lehetőségeit korunk öregedő társadalmában.

Az orvoslással, az orvosi ellátással kapcsolatos gyakorlati problémák elmentmondásos jelenségek: két különböző orvoslási modellre vezethetők vissza. Ezek a modellek egyáltalán nem zárják ki kölcsönösen egymást, és bizonyos betegek esetében a két modell azonos ellátási módot eredményez, elsődleges céljaik révén azonban egyértelműen megkülönböztethetők.

Az orvoslás heroikus modellje

A heroikus modell elsődleges célja az élet meghosszabbítása. Ebben a modellben az életnek önmagában mindennek felett álló értéke van, az orvoskutató valamint a gyakorló orvos elsődleges célja a halál késleltetése, a beteg életminőségére és a kezelés költségességére való tekintet nélkül. Egyszerűbben szólva az orvoslás heroikus modellje nem teszi fel azt a kérdést, hogy egy adott esetben a halál korai, helyénvaló vagy elfogadható-e, hanem csak azt az egy kér-

dést teszi fel, hogy az egyértelműen ellenségnek tekintett halál hogyan szorítható vissza. Az orvos egy beteg halálát személyes kudarcként és saját halandóságára való emlékeztetésként éli meg.

Az orvostechnika mámorító sikerei – mint például a rutinszerű szívmonitrozás, a defibrillálás, a gépi lélegeztetés, a vesedialízis és a szervátültetés – az 1960-as évektől kezdve megfelelő környezetet teremtettek ennek a heroikus modellnek az elfogadására. Ez a modell a történelem korábbi időszakában – amikor az orvos feladata nem annyira a beteg megmentése volt a haláltól, hanem az, hogy a betegség alatt a beteg és a család mellett álljon – egyáltalán nem létezett.

A technika nagymértékű bevonásával járó orvosi ellátás elidegenítő jellegének felismerése, különösen halálos betegségek esetén, az orvoslás heroikus modelljétől való idegenkedést váltotta ki az emberekben, különösen pedig azok körében, akik igényelték a méltósággal való meghalás jogát. A halálra vonatkozó ismeretek tudományának kutatói (thanatológusok) azt vizsgálták, hogy egyes orvosok miért nem képesek elfogadni saját halandóságukat, és más orvosok miért képesek türelmesen és együttérzően foglalkozni betegeik halálával. A vizsgálatok eredményei alapján a thanatológusok számos olyan oktatási és intézményi változtatást javasoltak, amelyek képesek felkészíteni a társadalmat arra, hogy jobban megbirkózzék a halállal és a meghalással. Az egyik ilyen megvalósult javaslat a hospice ellátás bevezetése volt a halálos betegséggel küzdő betegek számára. Egy másik ilyen eredmény a halál és a meghalás részletesebb tárgyalása az orvosegyetemek tananyagában.

Az orvoslás heroikus modellje természetesen maga után vonta az orvosi kutatás fejlesztését, amit világszerte az orvosi kutatási intézmények erőteljes fejlődése, a kapcsolódó bürokrácia megerősödése is mutat. Az orvosképzésben azonban ez a modell azt eredményezte, hogy míg a krónikus betegségek kezelése és a gyakrabban előforduló, de nem életveszélyes betegségek kezelése kisebb hangsúlyt kapott, addig a kevésbé gyakori, de potenciálisan gyógyítható rendellenességek diagnosztizálása és kezelése lényegesen nagyobb.

A heroikus modell számos nagy győzelmet aratott, és mind az egészségügyi szakemberek, mind a közvélemény számára vonzónak és lelkesítőnek bizonyult. Tagadhatatlan, hogy a hosszabb élet célja és a haláltól való megmenekülés látomása a legtöbb ember számára reményt keltő. A heroikus modell azonban nem képes megbirkózni a bizonytalansággal, a hanyatlással és a halállal. Nem képes magáévá tenni azt a széles körű klinikai tapasztalatot, azt az alázatosságot és együttérzést, ami az orvosi ellátáshoz szükséges egy olyan társadalomban, amit a várható életkor kitolódása és a krónikus betegségek egyre nagyobb mértékben jellemeznek.

Az orvoslás humanisztikus modellje

Az orvoslás másik, úgynevezett „humanisztikus” modelljének elsődleges célja az élet minőségének javítása. Ebben a modellben sokkal valószínűbb, hogy az orvos a beteget annak saját feltételei szerint fogadja el, és hogy olyan kezelési célokat állapít meg, amelyek javítják vagy fenntartják a beteg „működőképességét” és életminőségét. Az orvos nem küzd feltétlenül a beteg életének meghosszabbításáért, kivéve ha a betegnek ez a célja.

Ennek a modellnek az egyik nyilvánvaló példája a hospice ellátásra jellemző megközelítés, ahol a cél a beteg tüneteinek kezelése és a beteg komfortérzetének biztosítása. Ennek a modellnek az alkalmazása eléggé egyértelmű egy olyan beteg esetében, aki nyilvánvalóan halálos betegségben szenved, és akinek napjai vagy hetei vannak hátra. Nem olyan egyértelmű azonban a pusztán időskorú betegek esetében. Ők általában több krónikus betegségben szenvednek. Az életminőség javítására, illetve az élet meghosszabbítására irányuló kezelések elkülönítése nem mindig egyértelmű. Ez különösen igaz a rendkívül magas kort megélt betegek esetében.

A humanisztikus megközelítésnek ki kell terjednie pszichológiai, szociális és más kérdésekre is, és gyakran több terület szakembereinek együttes munkáját igényli. Ez különösen igaz az idős emberek kezelésében, mivel az őket gyötrő egészségügyi problémák gyakran nem oldhatók meg egyszerűen vényekkel vagy operációval. Az idős emberek gyakran gazdasági, pszichológiai és szociális támogatást is igényelnek, ami magában foglalhatja a személyszállítást, a megfelelő otthon biztosítását, a táplálkozásra vonatkozó oktatást, és még sok más.

A humanisztikus modellben az orvos olyan beavatkozást keres, ami a beteg számára minél kevésbé megterhelő, ugyanakkor minél hasznosabb. Kevésbé valószínű, hogy az orvos olyan különleges eljárásnak vagy kezelésnek veti alá a beteget, ami sok szenvedéssel, fájdalommal jár. Így például nemigen éleszt újra egy elesett idős beteget, ha állapotának javulása a kezelés végeztével kevésbé valószínű.

Az élet minőségét javító beavatkozásoknál, különösen idős emberek esetében, az élet meghosszabbítása elkerülhetetlen „mellékhatás” lehet. Példaként szolgálhat erre, amikor egy orvos pacemakert rendelt egy 99 éves nőbetegnek, aki szívritmuszavarok miatt többször is eszméletét veszítette. Bár abban egyetértés lehet, hogy a beteg életének meghosszabbítására irányuló rendkívüli erőfeszítéseket a beteg valószínűleg nem vár el, sőt akár vissza is utasítana, a pacemaker beültetése ugyanakkor megóvja az ismételt eszméletvesztésektől, ami az ezzel járó elesés miatt combnyaktörés veszélyét rejt magában, ez viszont hosszas akadályoztatást eredményezne. A fenti esetben a cél a beteg életminőségének megőrzésére (javítására) irányul – az elesés és az esetleges combnyaktörés megelőzése –, az a jótékony hatás azonban, amit a pacemaker a beteg szívritmusára gyakorol, kétségtelenül meghosszabbítja az életét.

Az a megfigyelés, hogy az élet minőségét javító és az életet meghosszabbító kezelések gyakran megkülönböztethetetlenek egymástól, szinte bármilyen enyhítő célú kezelésre érvényes, a cukorbetegség inzulinkezelésétől a lég-szomjban küzdők oxigénnel való ellátásán át a szívelégtelenség vagy a tünetekkel járó rosszindulatú betegségek korszerű, jelentős technika alkalmazását szükségessé tevő kezeléséig.

Orvoslási modell korunk társadalma számára

Az orvoslás célja jelenlegi társadalmunkban olyan orvosi ellátás biztosítása mindenki számára, ami nemcsak a „működőképességet”, hanem az életminőséget is javítja. Napjainkban mindinkább előtérbe kerül az a várakozás, hogy idővel a népesség mind nagyobb része fog „sikeresen” megöregedni. Ugyanakkor egy olyan népesség „létrehozása”, amelynek tagjai minden szempontból „jól funkcionálnak”, nem feltétlenül jelenti az optimális vagy akárcsak a kívánt célt egy olyan társadalom számára mint a miénk.

Az, hogy saját társadalmunk milyen út mentén fog továbbmenni, nem látható előre. Azonban tény, hogy az élettudományokban és a kapcsolódó technikai lehetőségeinkben elért sikereink nyomán egyesek úgy tekintik, hogy a krónikus betegségek és fogyatékoságok, októl függetlenül, egyszerűen nemkívánatosak. Akár azért, mert megcsapolják erőforrásainkat, akár azért, mert létezésük sikertelenségünket bizonyítják. Bár jóhiszeműségből született, az ilyen nézet elterjedése kíméletlen és kérlelhetetlen társadalmat szülhet, ahol csak az egészségeseknek, vagy a magukért fizetni tudóknak lehet értékük. Ez volna az igazán regresszív társadalom, a modern civilizáció sikereit visszatükröző társadalom helyett. Utóbbinak a kialakítására azonban még van esélyünk. A civilizált társadalom mind a pénzügyi, mind az intellektuális, mind a pszichés erőforrások igazságos elosztására törekszik: ezért bevonja kevésbé szerencsés tagjait a közösség életébe, és gondoskodik róluk.

A korszerű orvoslás, az orvosi tudományok és a technika összetettsége az emberi egészség heroikus és humanisztikus, technikai és pszichoszociális megközelítésének integrálását teszi szükségessé. A magyar tudományos élet kiemelkedő sikereivel, nemzetközi elismertségével egyidejűleg az orvoslás hétköznapi súlyos feszültségek, viták terhelik. Nagyon sok magyar orvos és egészségügyben dolgozó, a tudomány eredményeit átültető, a technikát működtető ember méltatlan erkölcsi, szakmai és anyagi helyzetben él. Az ebből fakadó elégedetlenség és kilátástalanság súlyos károkat okoz, és nagyon aggasztó jövőt vetít elénk. Talán soha nem volt ekkora az állandóan változó, nehezen értelmezhető körülmények között botorkáló társadalom zavartsága, tanácstalansága. Alig hallatszik a problémákat világosan értők, a kiutat látók

szava a mások szorult helyzetéből hasznot húzni, az ügyek pusztá intézgetéséből megélni akarók zsvivájában.

Bármilyennek ítéljük is a helyzetet és esélyeinket, a gondolkodó emberek kötelessége körültekintően megvizsgálni az összes érdemi tényezőt, minden lényeges összefüggést, s az eredményt közreadni.⁴⁰ Akkor a frissen festett, immár „eurokonform” kulisszák mögött nemcsak elleplezhető, hanem megelőzhető lesz a beteg és magatehetetlen emberekkel szembeni részvétlenség, a diszkrimináció, az orvoslás kiüresedése, nemzetünk és társadalmunk elember-telenedése.

Epilógus

A következő tények árnyalják a tanulmányban foglaltak érvényességét: Amennyiben Földünkön megvalósulna egy 100 lakosú világfalu, amelyben a lakók összetétele a világban jellemző arányokat tükrözné, akkor a 100 „világ-falviból” 57 Ázsiából, 21 Európából, 8 Afrikából származna. Összesen 14-en érkeznének a nyugati féltekéről. 52 nő és 48 férfi lagná. 70 volna színes bőrű, 30 fehér bőrű, közülük 70 a nem keresztény és 30 a keresztény. Hat személy birtokolná a falu javainak 59%-át, és mind a hat az Egyesült Államokból származna. 100 emberből 80-an kényszerülnének beérni az elfogadhatónál rosszabb lakhellyel. 70 közülük nem tudna olvasni, 50 volna alultáplált, 1 állna közel a halálhoz, 1 pedig éppen megszületne, középiskolában egynek jutna hely, és egynek volna számítógepe is.⁴¹

Irodalom

- Agazzi, E.: *A jó, a rossz és a tudomány*. Pécs, Jelenkor Kiadó, 1996.
Asilomar. USA, 1974 július.
Bacon, F.: *Novum Organum*, 1620.
Bokorné-Szegő H. és Mavi V.: *Emberi jogok a nemzetközi jogban*. Strasbourg–Budapest, Európa Tanács–Emberi Jogok Magyar Központja, 1994.
Boutot, A.: *L'invention des formes*. Paris, O. Jacob, 1993.
Buzsáki György: Agy és tudat: válaszok egy nehéz problémára. In: Vizi E. Sz. – Altrichter F. – Nyíri K. – Pléh Cs. (szerk.): *Agy és tudat*. Budapest, BIP, 2002.
Callahan, D.: *Setting limits: medical goals in an aging society*. New York, Simon & Schuster, 1987.
Canguilhem, G.: *Thérapeuthique, expérimentation, responsabilité. Études d'Histoire et de philosophie des sciences*. Paris, Vrin, 1994.
Carlson, R. J.: *The end of medicine*. New York, John Wiley & Sons, 1975.

40 Vizi E. Sz.: Tudomány és lelkiismeret. *Magyar Szemle, Új folyam*, III. évf. 4. sz. 1994. 382–388. old.

41 Myllymäki, K.: *Valedictory speech of the president, manuscript*. World Medical Association, 2003.

- Cérézuelle, Daniel: Évaluation technologique. In: Hottois, G. et Missa, Jean-Noel (eds): *Nouvelle Encyclopédie de Bioéthique*. Bruxelles, De Boeck Université, 2001.
- Cutcliff, S. H. and Mitcham, C. (eds.): *Visions of STS: Counterpoints in Science, Technology and Society Studies*. Albany, State University of New York Press, 2001.
- Dawkins, R.: *The Selfish Gene*. Oxford University Press, 1978.
- Descartes, R.: *Meditationes*. Indianapolis and New York, Bobbs Merrill, 1960.
- Descartes, R.: *Discours de la méthode*. Paris, GF-Flammarion, 1992.
- Descartes, R.: *Értekezés a módszerről*.
- Ellul, J.: *La technique ou l'enjeu du siècle*. Paris, Economica, 1992.
- Folscheid, D. – Feuillet-Le Mintier, B. – Mattai, J. F.: *Philosophie, éthique et droit de la médecine*. Paris, PUF, 1997. pp. 173–184.
- Grandstedt, I.: *L'impasse industrielle*. Paris, Seuil, 1980.
- Hanson, M. J. and D. Callahan (eds): *The goals of medicine: The forgotten issues of health care reforms*. New York, Hastings Center Report, 2001.
- Hegel, F.: *Enciklopédia*, I. 167. §.
- Heidegger, M.: Science et méditation, in: *Essais et conférences*. Paris, Gallimard, 1958.
- Hottois, G. M. – Parizeau, H.: *Les mots de la bioéthique*. Bruxelles, De Boeck Université, 1993.
- Illich, I.: *Medical nemesis: the expropriation of health*. New York, Pantheon Books, 1976.
- Jonas, H.: Le principe de responsabilité. Paris, Cerf, 1990.
- Kant, I.: *Az ítélőképesség kritikája*, Filozófiai Művek.
- Knowles, J. H.: Doing better and feeling worse: health in the United States. *Daedalus: Journal of the American Academy of Arts and Sciences*, 106 (1), 1977.
- Kornai J.: Bürokratikus és piaci koordináció. *Közgazdasági Szemle*, XXX/9: 1025–1038. 1983.
- Lamaison, P. (ed): *Atlas de la Civilisation Occidentale*. Paris, Hachette, 1994.
- Myllymäki, K.: *Valedictory speech of the president*, manuscript. World Medical Association, 2003.
- Oberfrank F.: A biomedicinális etika és az emberi jogok: európai helyzetkép. *Acta Humana*, No. 25. 1996. pp. 3–28.
- Sarewitz, D.: *Frontiers of Illusion*. Philadelphia, Temple University Press, 1996.
- Schneider, E. L.: Options to control the rising health care costs of older. *Americans Journal of the American Medical Association*, 261: 907, 1989.
- Sgreccia, E.: *European Federation of Scientific Networks. The Human rights, ethical and moral dimension of health care*. Strasbourg, Council of Europe, 1996.
- Teheráni nyilatkozat, ENSZ, 1968.
- The Belmont Report*. Washington, D.C., US Government Printing Office, DHEW (OS) 78-0012.
- Vizi E. Sz.: Tudomány és lelkiismeret. *Magyar Szemle, Új folyam*, III. évf. 4. sz. 1994. 382–388. old.
- Waitzkin, H.: *The second sickness: contradictions of capitalist health care*. New York, Free Press, 1983.

Levél a könyvről (részlet)*

Ez a század az újdonságok, a fölfedezések, a találmányok százada. Viszont a könyv fölfedezésnek ósdi, találmánynak túlon túl egyszerű és régi, mint halottjaink csontja. Krisztus előtt 2500-ban, Babilónban már voltak agyagtáblákra ékírással rótt könyvek, a Krisztus előtti VII. században Ninivében már könyvtárak is. Bizonyos önérzettel mutathatnék rá erre a dicső családfára. De tudom, hogy a könyv nem divaticsk ma, s a jelen más egyebet bámul. Ennek a Gutenbergje Edison és Marconi, Blériot és Lindbergh. Inkább nézi a könyvet a mozi képeiben, inkább hallgatja a könyvet a rádió hangszórójából, mely az emberi hangot mindenütt jelenlévővé teszi. Inkább a kilométerekkel és mérföldekkel viaskodik. Nincsenek többé távolságok. Ázsia, Amerika és Ausztrália egyformán közel van hozzánk. Repülőgépen, léghajón sétálunk át egyik világrészből a másikba, gépkocsikkal szeljük át a glóbuszt. Ez nem kicsinylendő vívmány. Úgy látszik, lebírtuk egyik ősi ellenségünket, a teret. Az emberiség részegen és megbűvölten vágtat előre földön, vízen, levegőben; tudja, hogy még mindig nem érkezett el a végső határig, hogy a gépek, melyek a képet és hangot közvetítik, még mindig tökéletesülhetnek, a közlekedőeszközök még mindig gyorsulhatnak, az iram még mindig szédületesebb lehet.

Egyszer azonban ennek is vége szakad. Akkor az emberiség egy kicsit megdöbben. Ekkor majd magába száll, s tűnődik útjáról, rendeltetéséről. És választ is keres a kérdésre parlagon hagyott, elkérgesedett lelkében. De egyelőre nem talál.

Erre felel majd a könyv... A könyv, mely mindenütt jelenlévővé varázsolta a szellemet, megteremtette az emberiség lelki közösségét. A könyv, mely nemcsak a teret hódította meg, hanem béklyóba verte a tért is nagyobb ellenségünket, az időt.

Ennél nincsen nagyobb csoda. Mindig a legegyszerűbb dolgok a valódi csodák. Freud tanár egy baráti társaságban egyszer ezt mondta: „Csoda, hogy drót nélkül telefonálhatunk, de még nagyobb csoda, hogy dróttal telefonálhatunk, és legnagyobb csoda, hogy két ember pusztán szó által megérti egymást.”

* Kosztolányi Dezső: *Nyelv és lélek*. II. kiadás. Budapest, Szépirodalmi Kiadó, 1990. 408–412. old.

About this volume

There is increasing understanding in the society and full agreement among decision-makers about the fact that public health depends on all sectors of social activity. The present catastrophic state of public health in Hungary lays heavy burden on the health-care system which alone will be unable to master this overall illness of the society. The etiology of this „illness“ can be derived from the general and Hungarian features of human civilization in the 20-21st centuries, and the key to good or bad changes of the overall health conditions lies in the same field. The aim of this volume is to analyze this etiology and to propose elements of the causal therapy.

Experts and/or thinkers in a broader sense cover in their studies the influence on mental, physical and social health of individual characteristic elements of the actual state of our civilization, including benefits and curses.

The role of the family in promoting and maintaining mental health, managing disease, as well as the menace on social health of the tendency of loosening of this institution as old as human society; social health reflected in mentalities parallelly present in contemporary literature and journalism; capacity of coping with accelerating changes in technical, cultural and moral conditions of human life; health promotion and moral education rooting in the cult of mobility and sports; the consecutive dependence of mental and physical health on the knowledge of the wealth of human culture analyzed on a population scale: this is a group of civilisatory conditions with essential effect on health and life quality of the individual as well as of the population. Substantial benefits and threats on individual and social health are discussed in respect of the information society at our threshold as well as the population-wide problems of the development of personality as an adverse effect of the current trends in the field of mass media. Two fearful menaces are brought about by the actual social development: the increasing mortality by traffic accidents threatening first of all children and elderly, and tragedies of mass scale derived from drug abuse and addiction.

Relevant studies are concerned with the institutions and strategies of public health in Hungary and the role, art, practice and institutions of nursing in an aging society. The closing chapter deals with the ethical challenge to the medical practice evoked by recent advances in biomedical research; questions like the right to life and death, or „heroic“ and „humanistic“ models of medical mentality are discussed.

The editors recommend this book to those interested in public health and human welfare in a broader context than their proper profession.

A kötet szerzői

BÁCSY ERNŐ	orvos, az MTA doktora, Egészségügyi Tudományos Tanács
BENYHE ISTVÁN	középiskolai tanár, szakközgazdász, az Egészségügyi Minisztérium volt államtitkára, a Duna Televízió Kommunikációs Irodájának vezetője
BERKES ISTVÁN	orvos, tanszékvezető egyetemi docens, Semmelweis Egyetem Testnevelési és Sporttudományi Kar, az Országos Sportegészségügyi Intézet főigazgató főorvosa
DUNAY GYÖRGY	orvos, tudományos munkatárs, Semmelweis Egyetem Igazságügyi Orvostani Intézete
FORGÁCS IVÁN	orvos, egyetemi tanár, Országos Gyógyintézeti Központ
FÜRST ZSUZSANNA	orvos, az MTA doktora, egyetemi tanár, Semmelweis Egyetem Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézete
KODOLÁNYI GYULA	író, a Magyar Szemle főszerkesztője
KOPP MÁRIA	orvos, pszichológus, az MTA doktora, Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete
KOSZTOLÁNYI DEZSŐ	író, költő, műfordító (1885–1936)
MIKOLA ISTVÁN	belgyógyász és infektológus szakorvos, volt egészségügyi miniszter, a Magyar Egészségtudományi Társaság elnöke
MUCHA MÁRKNÉ	egészségügyi főiskola, intézetvezető szak; egészségügyi menedzser; a Magyar Ápolási Egyesület elnöke
NASZLADY ATTILA	orvos, az MTA doktora, a Római Pápai Akadémia rendes tagja, az Orvosi Informatikai Világszövetség (IMIA) alelnöke, a Budai Irgalmas Rendi Kórház főigazgató főorvosa
OBERFRANK FERENC	orvos, c. egyetemi docens, az Egészségügyi Minisztérium volt államtitkára, az MTA Kísérleti Orvostudományi Kutatóintézetének kutatója

PIKÓ BETTINA

SÓTONYI PÉTER

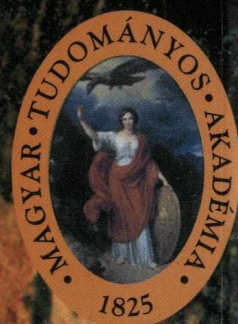
SURJÁN LÁSZLÓ

VIZI E. SZILVESZTER

orvos, szociológus, egyetemi docens, Szegedi Tudományegyetem Magatartástudományi Intézete akadémikus, az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet igazgatója, az Egészségügyi Tudományos Tanács elnöke

az orvostudomány kandidátusa, volt egészségügyi miniszter, országgyűlési képviselő

orvos, egyetemi tanár, a Magyar Tudományos Akadémia elnöke



Globalizáció és nemzeti érdek
A demokrácia intézményrendszere
A magyar agrárgazdaság jelene és kilátásai
Sárközy Tamás: Rendszerváltozás és a privatizáció joga
Az agrártermelés tudományos alapozása
Népegészség, orvos, társadalom
Egészségügy és piacgazdaság
Biotechnológia – lépéstartás Európával
Környezetpolitika és uniós csatlakozás
Termelés, piac, természeti környezet
Losonczy Ágnes: Utak és korlátok az egészségügyben
Budapest – nemzetközi város
A cigányok Magyarországon
Minőség és agrárstratégia
A magyar nyelv az informatika korában
A NATO és a magyar politika
Magyarország településkörnyezete
Az információs társadalom
Területfejlesztés és közigazgatás-szervezés
Közlekedési rendszerek és infrastruktúráik

A cigányok Magyarországon
Utánnyomás. Bp. 2001., 2004. 270 oldal, ára: 700 Ft
Egészségügy Magyarországon
Bp. 2001. 368 oldal, ára: 920 Ft
Ujda György: Energiapolitika
Bp. 2001. 395 oldal, ára: 950 Ft
Balázs Géza: Nyelvstratégia
Bp. 2001. 268 oldal, ára: 700 Ft
Magyarországi kutatóhelyek I–III. kötet
Bp. 2002. 908 oldal, ára: 2140 Ft
A hazai vízgazdálkodás stratégiai kérdései
Bp. 2002. 402 oldal, ára: 1000 Ft
Borhidi Attila: Gaia zöld ruhája
Bp. 2002. 331 oldal, ára: 1950 Ft
A magyarországi Duna-völgy területfejlesztési kérdései I–II. kötet
Bp. 2001. 558 oldal, ára: 2500 Ft
Információs társadalom és jogrendszer
Bp. 2002. 343 oldal, ára: 1490 Ft
Területfejlesztés, rendszerváltás és az Alföld
Bp. 2002. 235 oldal, ára: 920 Ft
Csikós-Nagy Béla: Közgazdaság a globalizálódó világban I–II. kötet
Bp. 2002. 680 oldal, ára: 2550 Ft
A Tisza és vízrendszere I–II. kötet
Bp. 2003. 525 oldal, ára: 2600 Ft
A megkérdőjelezett sikerágazat
Bp. 2003. 453 oldal, ára: 2600 Ft
Kertészeti hungarikumok
Bp. 2003. 352 oldal, ára: 1800 Ft
Őshonos állataink és termékeik
Bp. 2003. 239 oldal, ára: 1800 Ft

ISBN: 963 508 430 7



9 789635 084302

Ára: 1850 Ft