

SEGÍTŐ FOGLALKOZÁSÚAK SOROZATA

„MERT ÉLETEM MILLIÓ GYÖKERŰ”



EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS - MENTÁLHIGIÉNE

SEGÍTŐFOGLALKOZÁSÚAK SOROZATA

„MERT ÉLETEM MILLIÓ GYÖKERŰ”

Szerkesztette:
Benkő Zsuzsanna

EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS – MENTÁLHIGIÉNE

JGYF KIADÓ
Szeged, 2003

Változatlan utánnnyomás

Sorozatszerkesztő
Benkő Zsuzsanna

Lektorálta
Buda Béla dr.
Gáspár Zsuzsa

Olvasószerkesztő
Gáspár Zsuzsa

Technikai szerkesztő
Horváthné Szélpál Mária

Címlapterv
Csécsei Károly

ISBN 963 7171 76 2

Kiadja a JGYF Kiadó
Felelős kiadó: dr. Pitrik József menedzserigazgató

Téka

A kötetet szerkesztői a segítő szakmák – pedagógusok, lelkészek, szociális munkások stb. – számára kínálnak áttekintést az egészségfejlesztés sokrétű feladatairól, lehetséges terepeiről.

Benkő Zsuzsanna bevezető tanulmánya történeti áttekintést ad az egészség és az egészségmegőrzés, egészségfejlesztés fogalmának változatairól, kialakulásáról, különös tekintettel az egészségfejlesztés és egészségnevelés összefüggéseire, és ebben az értelemben mutatja be az egészségképzést mint az egészségfejlesztés pedagógiai eszközét.

Az elvi-elméleti bevezetés után *Barabás Katalin* a magyarországi egészségügyi helyzet és annak több területen zajló javítási törekvéseinek az ismertetésére vállalkozott.

Ugyancsak széleskörű, az egész társadalmat érintő összefüggésben foglalkozik a mentálhigiéné tartalmával *Csik Vera* Közösség és mentálhigiéné című írásában. Életünket közösségekben – „társas kapcsolati rendszerek” hálójában éljük le – írja. A lelki egészségünk szempontjából különösen fontos emberi kapcsolatokat mint támogató rendszereket mutatja be, tipizálja.

E kapcsolati rendszerek alapvető egységét, a családot mint a társadalom erkölcs-közvetítő elemét ismerteti *Kapocsi Erzsébet* Család és erkölcs című tanulmánya. Az etika tudománya, az erkölcs tartalma és az alapvető erkölcsi fogalmak rövid történeti ismertetése után e legfontosabb társadalmi intézmény erkölcsi rendjét, rendjeit, lehetőségeit elemzi.

A jövedelmi helyzet és az egészségi állapot fordított arányú összefüggését elemzi *Bárány Ferenc*, aki a problémát két különösen deprivált társadalmi réteg: a roma lakosság és a munkanélküliek mentálhigiéné helyzetével illusztrálja, hangsúlyozva a szociálpolitikai tevékenység egészségtügyi felelősségét.

A kognitív pszichológiának fontos mondanivalója van az emberek mentálhigiénéis attitűdjéről, működéséről. *Fodorné Pogány Judit* nemzetközi kutatások, érdekes kísérletek ismertetésével támasztja alá a pozitív gondolkodás jelentőségét az egészség megőrzésében.

Erdei Katalin életünk személyiségfejlődési szakaszait azoknak az egészségmagatartásra gyakorolt befolyása szerint ismerteti: az újszülött létfontos anya-gyermek függése után két kritikus korszak, a kamaszkor elszakadó indulatai és az öregedés speciális hatásáig.

A széles értelemben vett fizikai-természeti környezet döntő befolyást gyakorol egészségünkre. *Ilosvay György* az elfogadásra váró Nemzeti Környezetegészségügyi Akcióprogram törekvései alapján elemzi az elvégzendő feladatokat és azok egészségügyi-gazdasági összefüggéseit.

A kötet zárótanulmányában a manchesteri egyetem professzorasszonya, *Gaye Heathcote* alapos magyarországi ismeretekkel rendelkezve hasonlítja össze és értékeli a két annyira eltérő kultúrájú ország, az Egyesült Királyság és Magyarország egészségnevelő módszereit és intézményeit.

Gáspár Zsuzsa

Azt hiszem, az egészség fogalmát előbb-utóbb tisztázni kell, nem orvosoknak, hanem költőknek és gondolkodóknak... Amit a klinikákon egészségnek tartanak, annak fertőtlenítő szaga van... Az egészség nem steril. Az egészségnek gyümölcse van.

Hamvas Béla: Gyümölcse

Az egészségfelfogás változása

Kísérlet az egészség és az egészségfejlesztés értelmezésére

Az egészség értelmezése és az egészségfejlesztés, egészségmegőrzés, egészségvédelem feladatainak, irányának meghatározása egymással szorosan összefügg. Ebből az összefüggésből kiindulva szeretném összefoglalni az egészségről szóló gondolatokat, bemutatni a különböző megközelítéseket.

Az egészség fogalom történeti gyökerei

Az egészségről alkotott elméletek alapvetően két egészségfogalomról szólnak: a megőrzött egészségről, illetve a betegség gyógyításával visszaállított egészségről. Hügeia és Aszklépiosz mítosza szimbolizálja e két különböző nézőpontot. Hügeia követői számára az egészség és annak megőrzése a dolgok természetes rendje, amelyhez az embernek joga van, ha életét bölcsen irányítja. Ezért azt tekintik a legfontosabb feladatnak, hogy felfedezzék és tanítsák azokat a törvényeket, törvényszerűségeket, amelyek biztosítják, hogy az ember ép testben ép lélekkel éljen.

Aszklépiosz hívei viszont úgy hiszik, hogy az orvoslás fő feladata a betegség kezelése, az egészség helyreállítása a születés vagy élet zavarai okozta mindennemű tökéletlenség korrigálásával.

Filozófiai szempontból a 17. század fordulópont a két koncepció közötti egyensúlyban. Galilei kimutatta, hogy a tudományos módszerek képesek a fizikai világ mechanikai értelmezését adni, Descartes pedig ugyanezeket az elveket kiterjesztette az élőlényekre is. A testet gépnek képzelte el, amelyet szét lehetne szedni és újra össze lehetne rakni, ha felépítését és működését tökéletesen értenénk.

Semmilyen nehézséget nem okoz manapság elfogadni, hogy a testet gépként foghatjuk fel. A felépítés és működés megismerésével (18., 19., 20. század) párhuzamosan egyre többet tudunk meg a betegségfolyamatokról, beleértve (a fertőző betegségek esetén) a betegség okozójának megismerését is. Aligha meglepő, hogy az emberek egészségi állapotának átalakulását, változását is kizárólag ezzel a szempontrendszerrel magyarázták. Arról sem szabad megfeledkeznünk, hogy az elmúlt két évszázadban az életkörülmények is sokat javultak: széles tömegek számára megoldódott a táplálékhiány krónikus problémája, csökkent a környezet veszélyeztető hatása, és a reprodukció egyre összeegyeztethetőbbé vált az alapvető erőforrásokkal.

Az egészségtudományok érték megközelítésének változásai

A biológia és az orvoslás 17. században meggyökeresedett műszaki, technikai, természettudományos szemléletű megközelítése mai napig uralkodó. Az egészségügyet az akut ellátást szolgáló kórház képe uralja, ahol a technológiai eszközök koncentrálnak, és kevés figyelmet fordítanak a betegségek természeti-társadalmi-környezeti és magatartásbeli meghatározóira.

Ezt a megközelítést ma *biomedicinális* betegségmodellnek nevezzük. A betegség és az egészség viszonyában a betegséggel foglalkoznak, és a betegséget éles vonal választja el az egészségtől. Ez a modell sok betegség sikeres kezelése alapján nagyon elterjedt, ugyanakkor számos oldalról bírálat is érte. Ezzel a modellel szemben fejlődött ki a *pszichoszociális* modell, mely a megbetegedések kialakulásában a lelki és társadalmi körülményeket is hangsúlyozza.

A *biopszichoszociális* modell értelmében a betegség és megelőzés élettani, lelki és társadalmi tényezőinek együttes, szisztematikus elemzése szükséges. Ez a modell már lényegesen összetettebb folyamatként értelmezi a betegséget, mint az előző két modell, de még mindig csak a betegségekre ad magyarázatot. A legtöbb prevenció kezdeményezés mögött is ez a szemlélet húzódik meg.

Bár az előbb sorolt értelmezések között lényeges eltérések vannak, abban mind-egyik hasonló, hogy kiindulópontja a betegség.

Az egészség fogalmának megközelítésére, meghatározására nincs általánosan érvényes, tudományosan elfogadott meghatározás. Néhányat kiemelek a sok érdekes megközelítés közül:

- Az egészség az emberi test biológiai funkcióinak tökéletes működésével azonosítható.
- Az egészség az a képességünk, amikor szeretni és dolgozni tudunk. (SIGMUND FREUD)

- Az egészség azt jelenti, hogy az ember jól érzi magát, szabadon mozog, jó étvágya van, feladatait normálisan ellátja, és nem kell orvoshoz fordulnia. (M. GANDHI)
- Az egészség az egyén optimális teljesítőképességének állapota, ami azoknak a szerepeknek és feladatoknak a betöltésére teszi képessé, melyekre szocializálódott. (PARSONS)

Ez a néhány kiragadott példa is azt mutatja, hogy elméletileg az egészségtudomány megszámlálhatatlan megközelítés, lehetőség és téma szerint osztályozható.

A leginkább komplexitásra törekvő megközelítések az egészséget az alábbi paradigmák mentén értelmezik:

- biomedicinális paradigma (természettudományos – individuumra orientált)
- egzisztenciális-antropológiai paradigma (individuumra orientált – társadalomtudományi)
- rendszer paradigma (természettudományos – nagyobb összefüggésben)
- kultúraorientált (társadalomra irányuló – társadalomtudományi).

Azok az értelmezések, amelyek az egészséggel foglalkozó diszciplinákat rakják egymás mellé, főleg az orvostudományt, a pszichológiát és a szociológiát említik, az utóbbi időben kiegészítve az ökológiával. Az ezekre a diszciplinákra épülő *integrált elmélet és egészség-modell* még nem állt össze, bár több európai műhely, iskola, szakmai team ezen dolgozik.

Az egészségértelmezéssel foglalkozó szakirodalom egyik lehetséges – konszenzust kínáló egészségmeghatározását – a WHO dolgozta ki, és ez a betegség szemléletén túl a testi, lelki és szociális jólétről, megelégedettségéről is szól.

Bár ebből a definícióból sem derül ki világosan, hogy mit ért a testi, a lelki és a társadalmi szintek integrációján. A megelégedettség, illetve a jó közérzet személyes volta és annak következménye sem igazán felmérhető. Nem sikerült megfogalmazni egyértelműen a betegségek és a rizikófaktorok közti összefüggést sem. A WHO meghatározás az egészséget nem folyamatként ábrázolja, hanem végső állapotként mutatja be, és nem zárja ki a lelki és szociális életproblémák medicalizációjának a veszélyét sem.

A WHO meghatározást a legtöbb bírálat főképpen utópikus színezete miatt érte. A definíció fő erényét pedig az adta, hogy az egészséggel foglalkozó *tudományok közötti kompromisszumot* teremtette meg.

Az eredeti WHO meghatározás a lelki-szellemi és ökológiai elemmel bővült. Ezeket az elemeket is többféleképpen értelmezték. Némelyek a lelki egészséget az ember élet értelem-kereséseként értelmezték (ILONA KICKBUSCH). Mások úgy látják, hogy hiányzik egy átfogó világszemlélet és élet beállítottság, és ez megnehezíti a társadalmakban keletkező válságokkal, ökológiai krízisekkel szembeni

együttes fellépést, illetve ezek kezelését (EBERHARD GÖPEL, 1994). Göpel az egymás megértését szolgáló alap hiányáról beszél a multikulturális, ugyanakkor szekularizált társadalmakban. Az egészségtudományok hatékony működése szempontjából szükségesnek tartja, hogy a tudományos racionalitás, a spirituális reflexió és a politikai tudatosság között kapcsolat alakuljon ki.

Napjainkban a fejlett polgári társadalmakban intenzíven foglalkoznak a különféle szakemberek az egészség értelmezésével, ezzel támpont(okat) is adva a beavatkozás stratégiai kialakításához.

A mai egészségértelmezések többsége integratív modelleket vázol fel. A természeti, társadalmi környezet, a rendelkezésre álló források mértéke, a problémák leküzdése, a sikerélmény, az elégedettség mind-mind az egészségi állapot meghatározói (BECKER, 1992).

Az egészséget passzív állapot helyett többnyire *folymatként* értelmezik. A cselekvőkészség fejlődése az egész életen átível, az egyén új kompetenciák elsajátítására törekszik.

Badura az egészséget a problémamegoldásra és az érzelmek irányítására való képességként értelmezi, ami lehetővé teszi a pozitív énkép, a testi-lelki elégedettség megőrzését és újra artikulálását (BADURA, 1992). Életmód-konceptiójában azt vizsgálja, hogy egyrészt az emberek milyen viselkedési stratégiákkal rendelkeznek az igényeik és képességeik közötti diszkrepancia leküzdésére, másrészt a társadalom és a környezet milyen magatartásformák lehetőségét teremti meg (BADURA, 1993).

Több elemző paradigmaváltásról ír: a múlt században általánossá lett *aszkrétikus* egészségértelmezést a 20. század nyolcvanas éveinek végén váltja fel a *hedonista* megközelítés.

Az aszkétikus egészségmegközelítés az önmegtartóztatáson, a takarékoszágon, az önkontrollon keresztül jutott kifejezésre. A meghatározó nevelési módok a kényszer, a tiltás és a szigorú viselkedési szabályok voltak. Ebben a rendszerben a lelki panaszokra is koncentrálnak, és az egészségneveléssel az egészséget veszélyeztető magatartás feletti ellenőrzést igyekeznek tökéletesíteni.

Az elmúlt években bekövetkezett paradigmaváltás értelmében a hiányok helyett a források, a panaszok, bajok helyett a boldogság, az elégedettség kerül előtérbe.

A *hedonista* egészségértelmezés szerint az egészséget a jókedv, a pozitív gondolkodás, az élvezet, a jó közérzet, az önmegvalósítás jelenti. Az egészség az önmegvalósítás értelmében előállíthatóvá, megteremthetővé vált (KEUPP, 1992). Ebben a koncepcióban a sikerember-típus kerül előtérbe, aki az életet állandó kihívásként éli meg, és azt el is fogadja. A népszerűsített hedonizmus a sikeresek jutalma. Az egészség körüli problémák, a szerencsétlenség, a bánat mind-mind a

„veszteseké”. *Blaming the victim* – azaz az áldozat maga felelős szenvedéséért –, mondják az amerikaiak.

Az egészség egyéni, közösségi, társadalmi meghatározottsága
Az egészségértelmezések konszenzusa

A jelenleg folyó viták alapján az látszik kikristályosodni, hogy az *egészség dinamikus fogalom, és az életre koncentrál*. Az egyén a természeti és társadalmi környezetével folytatott átfogó és aktív összeütközések eredményeként talál rá az őt gátló és segítő feltételekre – az életfeltételekre. A egyes megközelítések közötti megegyezés lényege az egészség multidimenzionális volta: testi, lelki és társadalmi szempontok egyaránt léteznek, ezek egymástól nem elválaszthatók, még ha súlypontozásaik különbözők is.

Az ezt a rendszert kiegészítő politikai megközelítés olyan integrált koncepció kialakítását szolgálhatja, melyben együtt tárgyalják az ember és történelmi múltjának rendszerét, valamint környezetét. Minden megközelítésben a pozitív egészség meghatározás van túlsúlyban, melybe az egyes ember életminősége és egészségpotenciálja tartozik. A pozitív egészség elképzelései sokkal inkább a fejlesztést, a fejlődést tartalmazzák. Egyértelműen túlmennek az egészség megtartásának tradicionális megközelítésén. Talán ez a magyarázata annak, hogy az egészségügyi szakemberek között lassan talál követőkre ez a koncepció.

Az egészség megvalósítását szolgáló modellek közül a pszichoszociális szemléletűeket helyezik előtérbe a medicinális megközelítéssel szemben. Az erőforrások, a védőfaktorok, a sikeres és sikertelen megvalósítási stratégiák és a kompetenciák állnak a megterhelésekkel, a követelményekkel és a külső-belső igényekkel szemben. Az egészséget a jó közérzet és a megelégedettség minden területe alakítja, így a környezeti, társadalmi, szomatikus és lelki tényezők. Az egészség *társadalmi bázison alapuló individuális értéként definiálható*, és ezért beszélhetünk az *egészségre történő szocializációról*. Így az egészség társadalmi szempontból „jó”-nak tekinthető, tükrözi a társadalmi viszonyok, kapcsolatok szubjektív feldolgozását és a velük való megbirkózást (HURRELMANN, 1988).

Az egészség egy olyan összetett fogalom, mely az emberi lét különböző szintjei közti kapcsolatokat fejezi ki, legalábbis az egyén kapcsolatát önmagával, saját testével, környezetével és embertársaival, kortársaival (LANDER és WENZEL, 1987).

Végül az egészség *funkcionális fogalom*, megvalósulása az élet különböző szakaszaiban más és más, és erőteljesen függ az életkörülményektől és a környezeti kultúrától. Ez határozza meg az egészség gyakorlati jelentőségét.

Az egészségfejlesztés értelmezése

Az egészségfejlesztésnek létezik egy tág és egy szűk definíciója. A szűk definíció az egészségfejlesztés elméletének újdonságát hangsúlyozza, és elhatárolja magát az egyéb preventív fogalmaktól. Az 1986-ban született Ottawa Chartára hivatkozva a leglényegesebb sarokpontja az egészséget illetően az egyéni autonómia követelményének megfogalmazása, valamint az életkörülmények – munka, lakás, művelődés, béke – javításának sürgetése.

A tág definíció az összes nem terápiás egészségjavító módszer gyűjtőfogalma. Egy német egészségfejlesztési bizottság úgy értelmezi, mint „az összes olyan nem terápiás intézkedést, amely az egészség megőrzését, fejlesztését és javítását, valamint a magatartási és/vagy a környezeti eredetű egészségi problémák megoldását elősegíti. Az egészségfejlesztés tehát egységes fogalomként integrálja az *egészségfelvilágosítást, az egészségnevelést és tanítást, az önszorgatást* valamint a *prevenziót* eddigi részstratégiáit. Ezen felül hangsúlyozza az *interdiszciplinaritást* és a szektorhatárok átlépésének a szükségességét, valamint az élet és munkakörülmények, valamint a lakossági részvétel lehetőségeinek figyelembevételét” (*Niedersächsische Kommission Gesundheitsförderung, 1992*).

E tágabb definíciót az egészségtudományokban is megtaláljuk. Az egészségfejlesztés fogalmának integráló jellegét hangsúlyozza. Az egészségfejlesztés talaján az életmód és életkörülmények javításának programjai jönnek létre. Mindig az adott élethelyzetből, annak elemzéséből indul ki, és arra törekszik, hogy a személyes és a társadalmi felelősséget egyeztesse. Az egészség tehát pozitív feladat, amelynek megvalósításához társadalmi, személyes, szociális és intézményi források szükségesek (CONRAD/SCHMIDT, 1990).

Az egészségfejlesztés alapvetései a következők:

- Az egészségfejlesztés az egész lakosságot célozza meg, nem csak a veszélyeztetett csoportokat;
- Az egészségfejlesztés a feltételeket és az okokat egyaránt befolyásolja, ezért az együttműködés elkerülhetetlen;
- Az egészségfejlesztésben egymást kiegészítő nézetek kapcsolódnak egymáshoz;
- Az egészségfejlesztés a lakosság együttműködésére törekszik.

Az egészségfejlesztés társadalmi feladat, és nem orvosi szolgáltatás, jóllehet az egészségügyi foglalkozások fontos szerepet játszanak az egészségfejlesztésben (CONRAD/SCHMIDT, 1990).

Az egészségfejlesztés tág definíciójának célja nyilvánvaló: cselekvésre ösztönöz, és lehetőséget kíván biztosítani arra, hogy az egészségfejlesztés elemei ne kizárják, hanem kiegészítsék egymást.

Az egészségfejlesztés elhatárolódása

Az egészségfejlesztés fogalma szorosan kapcsolódik egy sor olyan fogalomhoz, mint az egészségnevelés, egészségképzés, prevenció, egészségápolás, melyek a múltban egymástól többnyire elhatárolhatók voltak, manapság pedig egyre inkább szinonimaként fordulnak elő. Az egészségfejlesztés újdonsága éppen az ezektől a fogalmaktól való elhatárolódásból érthető meg.

Az egészségnevelés viszont – különösen német nyelvterületen és Magyarországon – azt a pedagógiai elképzelést igyekezett megvalósítani, hogy főleg a gyermekeket és fiatalokat *információkkal és felvilágosítással* pozitív irányba befolyásolja.

A legtöbb kritika azért érte a rizikófaktor-modellen alapuló egészségnevelést, mert az alapját a biomedicinális paradigma adja, a rizikófaktorokra irányul, szabályozási és fegyelmezési kényszert alkalmaz, és hiányzik belőle a szociális és társadalmi kapcsolat. Az egészségnevelés kritikusi azt azonban elismerik, hogy az egészségfejlesztésen belül is szükség van az egészségnevelés különböző – csoportokat, szervezeteket és egész közösségeket megcélzó – formáira, hogy tudatosítsuk az egészség és a betegség környezeti, gazdasági és szociális okait. Az egészségnevelés hagyományosan az egyes ember kockázati helyzetben való viselkedésével foglalkozott. Az ilyen módon megfogalmazott egészségnevelés inkább az angol „health education” fogalomnak felel meg, amely nem tesz különbséget az oktatás és nevelés között.

Az egészségfejlesztés élénken bírálja a *rizikófaktor-elméletet*, amely az egészségnevelés és a prevenció irányzatainak a kiindulópontja. Ez az elmélet a betegség orvosi megközelítéséből indul ki, és a megbetegedési valószínűség és a különböző viselkedések vagy genetikai és szociális állapotok közti statikus összefüggést kutatja. Eredeti orvosbiológiai egészségfelfogása lelki és szociális összetevőkkel egészült ki, de még mindig csak a betegségre irányul.

A rizikófaktor-elmélet kritikusi szerint nem következett be paradigmaváltás, hanem a genetikai, endokrinológiai, neurológiai, élettani tényezők mellett pszichikai, szociális és ökológiai komponensek is bekerültek a modellbe. A rizikófaktor-elmélet híveinél a kutatás fókuszában a betegség kialakulásának, fejlődésének és lefolyásának kockázatai állnak az egészség helyett. A modell a betegséget elszigetelt állapotnak tartja, nem veszi figyelembe összefonódását az élettörténettel, a személyiségfejlődéssel, az életstílussal és a részben patogén módon strukturált társadalommal.

A *prevenció* fogalmát leggyakrabban az egészségügy-közei területeken használják. A betegségmegelőzés vagy prevenció fogalmát olyan stratégiákhoz használják fel, amelyek segítségével *meghatározott betegségek specifikus rizikófaktorait lehet csökkenteni*. Az egészségfejlesztés nem egyéni vagy csoportproblémákra

koncentrál, hanem az egész lakosság mindennapjaiból indul ki, és célja az egészség javítása. Ebben az összefüggésben az egészségfejlesztést és a betegség-megelőzést két, egymástól elkülönülő, de egymást kiegészítő tevékenységnek tekintjük, amelyek különböző helyzetekben átfedik egymást (CONRAD/SCHMIDT, 1990).

Laaser/Hurrelmann/Wolters (1993) az egészségfejlesztés és a prevenció gyűjtőfogalmaként az *intervenciós lépések* kifejezést használják. Megkülönböztetik az *egészségfejlesztést*, mint az életmódra – a körülményekre és a magatartás megváltoztatására – vonatkozó intézkedéseket az egész lakosság számára. Az *elsődleges prevenció* az életstílusra vonatkozó intézkedésekkel – a rizikó jegyeinek viselőivel szemben – a betegség elkezdődése előtt a rizikó csökkentésére koncentrál. A *másodlagos prevenciót* (a gyógyítást) az egyes személyek, betegek gyógyítására alkalmazzák. A *harmadlagos prevenciót*, mint rehabilitációs intézkedést az idült betegségek kezelése után kompenzációs szándékkal alkalmazzák.

Egészségképzés és egészségfejlesztés

Az egészségképzést többnyire elhatárolják az egészségneveléstől, amely nevelő és növendék közti függőségi viszonyt tételez fel, elhatárolják a betegségmegelőzéstől és a prevenciótól, mert túlságosan technológiai és instrumentális, és elhatárolják a viselkedésterápiától, mert az egészség nem gyakorolható (SIEBERT, 1990). Az egészségképzés tanulási lehetőséget nyújt a gondolkodás, a cselekvés és az érzelmek terén. A tanulást összekapcsolja a külvilággal. Az egészségképzés megadja a lehetőséget az egyes embernek, hogy megtalálja a számára megfelelő egészségfejlődési utat, és felismerhesse a lehetséges megbetegedések különböző okait. Az egészségképzés az összes érzéket igénybe vevő tanulási folyamat, mely nem csak az egyes személyre irányul, hanem a társadalmi és természeti életkörülményekre is kiterjed (*Pädagogische Arbeitsstelle der DVV, 1993*).

Az egészségképzés tárgya az egyének cselekvése saját egészségi kérdéseikben.

Az egészségfejlesztés és az egészségképzés hasonlósága a közös koncepcióból ered. Az *egészségképzés pedagógiai lehetőségnek tekinthető az egészségfejlesztéshez*. Az egészségképzés része az egészségfejlesztésnek, de csak azt a részt fogja át, amely valamilyen formában összefügg a szervezett tanulóval. Az egészségfejlesztés ezen túlmenően törvényhozási, intézményi, strukturális jellegű intézkedéseket is tartalmaz.

Többen (BLÄTINER, SIEBERT, 1990) a képzés jelentőségét domborítják ki az egészség fejlesztése szempontjából. Szerintük az egészségképzés több, mint megtanulni azt, hogy hogyan hárítsunk el és gyógyítsunk meg szervi megbetegedése-

ket. Átfogó értelemben a képzés az egészség része, és a képzetlenség a betegség egy formája. A képzés csökkenti a függőséget és az önállótlanyságot, elősegíti a lehetőségek kibontakozását, a látókör szélesítését, és így hozzájárul az egészséghöz, míg az elidegenedett munkakörülmények, a mindennapok monotonitása, valamint a szellemi érdeklődés elsatnyulása az embert elégedetlenné és beteggá tehetik.

Grossmann (1993) a képzési folyamatok tág értelmezését javasolja. Szerinte még mindig erősen individuális és kiscsoport orientált a képzés, és elhanyagolt a szervezőképességnek mint szubjektív képességnek a szerepe, amely pedig lehetővé teszi, hogy nagyobb szociális rendszerekben mozogjunk és cselekvőképessé legyünk, és hogy alakítóan hassunk a szervezetre.

Az egészségfejlesztés mint új álláspont

Badura szerint az egészségfejlesztés újdonsága az egészségpolitikai prioritások átrangsorolása: „Az orvosbiológiai 'more of the Same'- étől való elszakadás és az előrelátó környezet és struktúrapolitika felé fordulás; a kizárólag negatív azaz betegségek központú kezeléstől a pozitív, nem csak rizikóelhárító, hanem az egészség-potenciálokat is felkutató megközelítés felé nyitás; a szakértő-központú 'top down' állásponttól a részvétel fontosságát hangsúlyozó 'bottom up' felé; a monokauzális orvosbiológiai gyakorlattól a multidiszciplináris, hálózati rendszerekben működő praxis felé irányulás” (BADURA, 1993).

Az egészségfejlesztés gondolatának megjelenése előtt általában csak mellékesen jegyezték meg, hogy a testi, lelki és szociális jó közérzet kifejlesztéséhez megfelelő környezeti és életfeltételek szükségesek. Az egészség három dimenziója közti összefüggést, valamint az ökológiához és a társadalomhoz való viszonyát az elmúlt 8-10 évben kezdték tárgyalni az egészségtudományokban.

„Az egészség ezáltal nem egy folyamat eredménye, amellyel rendelkezni lehet, hanem az egyén egész életén végighúzódó fejlődésének része... E fejlődés alakítását, rögzítését és kihatásait lényegileg az egyének testisége, azaz a psziché és a psziché ugyanúgy, mint a test szociális és kulturális elsajátítása és felhasználása kooperatív cselekvés keretében közvetíti” (FRANKOWIAK/WENZEL, 1985).

Az egészségfejlesztés mint új álláspont értelmezéséhez ezek szerint hozzátartozik:

- Az egészség integrációjának megvalósítása az egyes dimenziók egymás mellé rendeltése helyett;
- Minden strukturális döntést az egészségre irányultság hasonnít;

- A potenciálok és kompetenciák figyelembe vétele, a kompetencianövelés támogatása és a cselekvési mező tágítása;
- Az önmeghatározás és a participáció igénylése, párhuzamosan a cselekvési lehetőségek sokrétűségének tudatosulásával;
- A kooperatív és integratív cselekvés iránti vágy, az egyéni és kollektív cselekvés összekapcsolása.

Irodalom

BADURA, BERNHARDT (1992): Gesundheitsförderung und Prävention aus sozialologischer Sicht, Köln, in: Paulus, Peter (Hrsg.) Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. S. 43-52.

BADURA, BERNHARDT (1993): Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften, Weinheim und Basel, Hurrelmann / Laaser (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis.

BECKER, PETER (1992): Die Bedeutung integrativer Modell von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. Anforderungen an allgemeine Modelle von Gesundheit und Krankheit, Köln, in: Paulus, Peter (Hrsg.) Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. S. 91-108.

BLÄTTNER, BEATE (1990): Initiativen der Gesundheitsbildung aufgezeigt am Beispiel niedersächsischer Volkshochschulen, Hannover, in: Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens (Hrsg.): „Gesundheitschule VHS“ – Wie läßt sich die Gesundheitsförderung in der Erwachsenenbildung verwirklichen?

CONRAD, GÜNTER/SCHMIDT, WERNER (1990): Glossar. Gesundheitsförderung. Eine Investition für die Zukunft. Internationale Konferenz, Bonn, 17.-19. Dezember 1990. Taubertshausheim.

FRANZKOWIAK, PETER/WENZEL, EBERHARD (1985): Gesundheitsförderung. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 2/85.

GÖPEL, EBERHARD/SCHNEIDER-WOHLFAHRT, URSULA (Hrsg) (1994): Provokationen zur Gesundheit. Beiträge zu einem reflexiven Verständnis von Gesundheit und Krankheit, Frankfurt/Main.

GROSSMANN, RALPH (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung – Organisationsentwicklung durch Projektmanagement, Weinheim und München, in: Pelikan /Demmer/Hurrelmann (Hrsg.) Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung.

KEUPP, HEINER (1992): Gesundheitsförderung und psychische Gesundheit: Lebenssouveränität und Empowerment, München, Psychomed 4/4.

KICKBUSCH, ILONA (1989): Öffentliche Gesundheit, Frankfurt, in: Labisch, Alfons (Hrsg): Kommunale Gesundheitsförderung – aktuelle Entwicklungen, Konzepte, Perspektiven.

LAASER, ULRICH /HURRELMANN, KALUS /WOLTERS, PAUL (1993): Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung, Weinheim und Basel, in: Hurrelmann /Laaser (Hrsg): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis.

Niedersächsische Kommission Gesundheitsförderung (1992): Arbeitsprogramm Gesundheit 2000, neue Wege der Gesundheitsförderung in Niedersachsen, Hannover, Landesverein für Gesundheitspflege Niedersachsen (Hrsg).

Pädagogische Arbeitsstelle des DVV (1993): Gesundheitsbildung an Volkshochschulen (Profilpapier), Frankfurt, entwickelt vom Arbeitskreis der Volkshochschul-Landesverbände und der Pädagogischen Arbeitsstelle des DVV.

SIEBERT, HORST (1990): Didaktik der Gesundheitsbildung, Oldenburg, in: Sperling, Heide (Bear.) Gesundheit. Band 2. S.55-76.

SIEBERT, HORST (1990) Zur Professionalität der Erwachsenenbildung – Pädagogische Aufgabe von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in der Gesundheitsbildung, Oldenburg, in: Sperling, Heide (Bear.): Gesundheit. Band 2. S. 111-142.

A nemzet egészsége a nemzet legfőbb kincse

A magyar lakosság egészségi állapota, a többi kelet-európai országhoz hasonlóan, nagyon kedvezőtlen.

A születéskor várható átlagos élettartam a férfiaknál 63 év, a nőknél 73,8 év. A halálozások 91%-áért öt nagy betegségcsoport felelős: a szív- és érbetegségek (50%), a daganatos betegségek (22%), az erőszakos halálokok (9%), az idült tüdőbetegségek (4%) és a májzsugor (4%). A fenti betegségek között vannak olyanok, amelyek megelőzhetőek és/vagy gyógyíthatók.

Az elkerülhető halálok kategóriájába a megelőzhető és gyógyítható – különben nagy letalitású – betegségek tartoznak. Magyarországon ezen esetek száma nő, míg Európában lefelé tendál.

További figyelmeztető jel a lakosság egyes csoportjai között észlelhető jelentős halálozási különbség. A haláloki statisztikák azt mutatják, hogy ezekben az esetekben is a nemfertőző betegségek játsszák a vezetőszerepet. A szívkoszorúér betegség, a tüdőrák, az idült tüdőbetegségek nem vezethetők vissza egyetlen okra, és nincs ellenük védőoltás sem. A kialakulásukhoz vezető út összetett, a táplálkozástól, a dohányzástól, az alkohol fogyasztásától, a munka és a szabadidő fizikai igénybevételétől, a társadalomban elfoglalt helytől, a családi státusztól, a barátok meglététől, hiányától, a helyes önértékeléstől és még sok minden mástól is függ.

Közel 300 olyan tényező ismeretes, melyek külön-külön is, de együtt még inkább elősegítik a krónikus nemfertőző betegségek kialakulását, rontják az élet minőségét, rövidítik tartamát. Ezeket a tényezőket *kockázati* tényezőknek (rizikó faktoroknak) nevezzük.

Ma a magyar lakosság életmódja nem alkalmas az egészség megőrzésére és a hosszú élettartam biztosítására.

A súlyos morbiditási és mortalitási adatokat előidéző megbetegedések elsősorban a helytelen táplálkozásra, a dohányzásra, az alkohol fogyasztásra, mozgáshiányra vezethetők vissza.

A lakosság egészségi állapotát javító, megfelelő stratégia kidolgozásához ismerni kell a magyar populáció jelenlegi táplálkozási, dohányzási, alkoholfogyasztási és drogfogyasztási szokásait. A helyzetről az epidemiológiai vizsgálatok adnak felvilágosítást. A változtatást igénylő állapotot az országos tisztifőorvos adatai segítségével mutatjuk be.

A helyzet bemutatása

Táplálkozási szokások mint rizikó faktorok

Az 1985-88 közötti táplálkozási vizsgálat során kiderült, hogy a férfiak 25%-ának és a nők 33%-ának a szükségesnél nagyobb az energia bevitel. Az energiatöbblet elsősorban zsírból származik. Túlzott a cukor bevitel is, ezzel szemben az összetett szénhidrátok bevitelje jelentősen az ajánlott alatt marad. Elégtelen az élelmirost, a B₁-B₂-C, a retinol-ekvivalens vitaminok, valamint a kalcium, magnézium, a nők esetében a vas, a jód, fluor bevitel.

A lakosság körében a túltáplálás és a hiánybetegségek tünetei egyszerre jelen vannak. A 20 éven felüli férfiak 20-50%-a életkorától függően elhízott, míg a nők 16-60%-a – ugyancsak életkortól függően. Az endémiás golyvás területen a gyermekek elsőfokú golyvája 5-20% között van. Carieses fogazatú gyermekek MFD-T értéke 4,3. A terhes anyák vérszegénysége a terhesgondozás adatai alapján jól regisztrálhatók.

A kialakult helyzetet több okra vezethetjük vissza:

- A lakosság ismeretei az egészséges táplálkozást illetően nem kielégítőek;
- Az élelmiszer árakban nem tükröződnek az egészséges táplálkozás ajánlásai. A zsírban, cukorban, gazdag ételek olcsóbbak;
- A tradicionális ételek nem tartalmaznak elegendő élelmirostot, vitaminokat.

Dohányzási szokások

A szívinfarktus 25%-áért a hörgőrák 90%-áért az idült légúti betegségek 80%-áért, a kissúlyú újszülöttek 30%-áért a dohányzás a felelős. A passzív dohányzás következményeként nő gyermekkorban a középfülgyulladás, az asztma gyakorisága, felnőtt korban a tüdődaganatok előfordulása.

A felnőtt lakosság egyharmada dohányzik, a középkorú férfiaknak több mint a fele. A fizikai dolgozók 80%-a, de az orvosok és pedagógusok fele, a tinédzserek 20%-a szintén dohányzik. A kereskedelmi forgalom alapján a fogyasztás 3100 db/év/fő körül mozog. Ez a fogyasztás az ezredfordulóra 6-12%-os növekedést mutathat.

Az alkoholfogyasztás

A magyar lakosság alkohol fogyasztását az egy főre jutó tömény alkohol/év mértékével jellemezzük. Ez az 50-es évek 5 l-jéről 11,5 l/fő/évre emelkedett. Előnytelenül változott az elfogyasztott szeszesitalok összetétele is. A 90-es évek-

re a tömény szeszes ital fogyasztás 8,5 l-re emelkedett, a sör fogyasztás 105 l, és ez a korábban „borivó” nemzet esetében jelentős arányváltozást mutat. Az alkoholfogyasztásra utaló másik mutató a májzsugoros halálozási arányszám, ebből arra lehet következtetni, hogy a férfiak 30%-a, és a nők 15%-a rendszeresen fogyaszt alkoholt, közülük 610 000 a mértéketlen ivók száma. A középkorú férfiak alkoholos eredetű májzsugoros mortalitása Magyarországon a legnagyobb az adatokat szolgáltató országok között. A nők mortalitási adatai növekvő tendenciát mutatnak. A közúti balesetek 16,3%-át ittas vezetés okozza. Ijesztő tendenciát mutat a fiatalkorúak emelkedő részvétele az alkoholfogyasztásban, a serdülők 5-6%-a tekinthető veszélyeztetettnek.

Az alkohol a lakosság szomatikus, mentális és szociális jólétét egyaránt veszélyezteti, a magyar népegészségügyi helyzet legfőbb rontó tényezője, és valamennyi nagy halálok kialakításában fontos kockázati tényezőként szerepel.

Drogfogyasztás mint rizikótényező

A magyar közegészségügy a hatvanas évek végén figyelt fel a fiatalok alkohol és gyógyszer kombinált fogyasztására, majd a tinédzserek körében a ragasztószerkezőzének belélegzését észlelték. A narkómia azóta terjed, de biztos adataink nincsenek, és amíg korábban a klasszikus drogok szempontjából hazánk „csak” tranzit országgént szerepelt, mára mi is a „fogyasztó” országok körébe kerültünk. A becslült adatok alapján kb. 100 000-re tehető a rendszeres drogfogyasztók száma, de a helyzet gyors ütemben súlyosbodik, az olcsó, könnyen hozzáférhető amfetamin használat valamint az ún. pótszerek alkalmazása egyre több fiatalt érint. Ezeknek az adatoknak az egészségügyi és szociális következményei tovább rontják az amúgy is nagyon rossz népegészségügyi helyzetet.

Mit tehetünk ebben az egyre tragikusabbá váló helyzetben?

Az orvostudomány ágai közül a *népegészségtan* vizsgálja a lakosság egészségét befolyásoló kockázati tényezőket, célokat tűz ki, amelyek a populáció egészségi állapotának javítását szolgálják, cselekvési programokat dolgoz ki, valósít meg, amelyek a célkitűzéseknek megfelelően segítik a lakosság egészségének a megtartását.

A megelőzési programok a *prevenció* szintjeinek megfelelően a betegségek, elváltozások kialakulásának különböző fázisait célozhatják meg:

így a **primordiális prevenció szintjén** a **primér megelőzés eszközeivel**,
valamint a **szekunder**
és a terciér prevenció szintjén.

Primordiális prevenció

A *primordiális prevenció* célja a különböző oki tényezők kialakulásának megakadályozása. A megelőzésnek ezt a szintjét azóta különböztetik meg, amióta a nem fertőző betegségek rizikófaktorait egyre alaposabban, részletesebben sikerül feltárni, így a primordiális preventív tevékenységgel próbálják elkerülni az olyan társadalmi, gazdasági intézmények, intézkedések, kulturális szokások létrejöttét, amelyek közreműködnének a betegségek kockázatának növelésében.

A megelőzésnek ez az átfogó formája sokszor globális méretekben érvényesülhet, ilyen például a levegőszennyező anyagok levegőbe juttatásának megakadályozása. Sajnálatos, hogy a primordiális prevenció jelentőségét túl későn veszik tudomásul. Mint az egész közösséget érintő beavatkozás ez a fajta megelőzés nagyon gyakran kormányzati szintű intézkedéseket igényel.

A prevenciónak ez a szintje olyan nemzeti politikát igényel, amely a mezőgazdasági szektort és az élelmiszeripart sem hagyja figyelmen kívül, megfelelő egészségi elvek alapján szabályozza az élelmiszerek exportját-importját, de a dohányipar és a dohányárúk forgalmazása, az italok előállítása, kereskedelmének szabályozása, valamint a tömeges testedzés lehetőségének biztosítása is beletartozna ebbe a programba.

A dohányárúk reklámozásának betiltása, a dohányzás szigorú tiltása bizonyos intézményekben, közösségi területeken, a dohányáru kiszolgálásának korhoz kötöttsége, a nemdohányzók előnyösebb helyzetbe hozása bizonyos országokban már gyakorlat, nálunk ez a fajta primordiális prevenció még várat magára.

Az alkoholelles előzetes intézkedések közé tartozik az államnak az alkohol előállítását, kereskedelmet szabályozó tevékenysége, adott területeken az alkoholfogyasztás tilalma (pl. közlekedés, munkahelyek). Az alkohol megvásárolhatóságának korlátozása hazánkban még nem valósult meg, pedig ez is egy megelőzési lehetőség volna.

A drogfogyasztás primordiális prevencióját nemzetközi összefogás segíti. Magyarország is támogatja az ún. Pompidou-csoport munkáját, de a kereskedelem, a pénzforgalom ellenőrzése éppen úgy része a drogelles harcnak, mint a büntetőjogi kérdések megoldása és a jogi szabályozás egységesítése.

Ilyen utakon érheti el valamennyi ország, – és így, ilyen módon akadályozhatná meg Magyarország is – az egészségtelen életmód elterjedését még azelőtt, hogy az a társadalmi kultúra részévé válna. A korai beavatkozás – ezt adatokkal lehet bizonyítani – gazdaságilag is előnyösebb mint a többi prevenció.

Primér prevenció

A *primér prevenció* a már meglévő rizikófaktorok kontrollja segítségével képes a betegségek incidenciáját csökkenteni.

Az elsődleges megelőzés két stratégiát foglal magában, ez a kétféle megközelítés végül is az etiológia kétféle szempontját tükrözi. A primér prevenció irányulhat az egész populációra: ekkor a cél általában a kockázati tényezők hatásának csökkentése.

A második lehetőség az egyéni megközelítésre, a kockázatnak kitett csoport tagjaira összpontosít.

Mindkét stratégiának megvannak az előnyei és hátrányai. A populáció szintű elsődleges megelőzés előnye, hogy alapvetően az egész népességre hatva próbálja kialakítani a megfelelő magatartást, de jótékony hatását kevésbé érzékelhetjük az individuális szinten. Ezzel szemben az egyénre irányuló megelőzés nagyobb saját és orvosi motivációt feltételez, bár néha nehéz meghatározni, ki is tartozik a legveszélyeztetettebbek közé. Előfordul, hogy ebben az esetben is csak időleges és korlátozott hatást tudunk elérni.

Az elsődleges megelőzés legismertebb és egyik legfontosabb eszköze az *egészségnevelés*, de a legeredményesebb elsődleges megelőzési mód az *immunizáció*, hiszen például ennek a gyakorlatnak köszönhető a fertőző betegségek incidenciájának drasztikus csökkenése és a feketehimlő eradikációja.

A primér prevenció harmadik megnyilvánulási formája átmeneti terület a primordiális szintről egy a gyakorlathoz közelebbi területre. A *környezeti tényezők* olyan irányba történő alakítására gondolunk, melyek a betegségek kialakulását meggátolják, ennek keretében olyan fontos tevékenységeket kell említeni, mint az ivóvíz biztosítása, a hulladékok kezelése, a környezetszennyeződés kontrollja, de ide sorolható a közlekedési balesetek megelőzése is.

Az általunk bemutatott magyarországi egészségi állapot megváltoztatásának egyik lehetséges módja az elsődleges megelőzés módszereinek alkalmazása.

Az egészségtelen táplálkozással, a dohányzással, alkohollal, drogfogyasztással kapcsolatos helyes attitűd és a kisértést elkerülő magatartás kialakításának legfőbb eszköze az egészségnevelés, amely a médiák segítségével az egész társadalmat érinti, de az egészségnevelést végző szakemberek – orvosok, védőnők, pedagógusok, mentálhigiénikusok – kisebb csoportokkal vagy egyes emberekkel foglalkozva is érhetnek el jó eredményt az egészséges életmód kialakításában.

Az *egészségnevelési* módszerek megjelenése változatos. A helyes táplálkozás kialakításában nagy szerep jut az olaj és a többszörösen telítetlen zsírsavak használatát propagáló reklámoknak, a reformétkezést népszerűsítő műsoroknak, az újságok, különösen a nőknek szóló hetilapok egészséges táplálkozást bemutató cikkeinek, receptjeinek, menüajánlatainak.

A legkonzervatívabb szokásrendszerünk megváltoztatása nem könnyű, ezért azoknak a programoknak lehet a legnagyobb hatékonysága, amelyet már korai gyermekkorban elkezdene. A kismamák főzőtanfolyamainak, az óvodások számára szervezett helyes táplálkozási szokásokat kialakító, és a saját kreativitást is igénylő foglalkozásoknak lehet leginkább eredményessége.

A dohányzás, alkohol és drogfogyasztás elleni stratégia primér prevenciók taktikáját az Egészségügyi Világszervezet rendkívül fontosnak tartja, hiszen ajánlásai között szerepel, hogy az iskolai tantervben kapjon helyet az információ a dohányzás és az egészség kapcsolatáról, és a többi egészséget veszélyeztető viselkedési módról is kapjanak megfelelő ismereteket még iskolai tanulmányaik alatt a gyerekek.

Az *iskolán belüli* egészségnevelési programoknak nagy hangsúlyt kell helyezniük a kortárs csoportok hatására, és a példaadó személyek mintája is segítheti az egészségnevelés hatékonyságát. Magyarországon számos iskolai megelőző program működik, kezdve a tanárok, védőnők, orvostanhallgatók, orvosok főleg információt nyújtó előadásaitól, egészen a külföldön már bevált és a magyar viszonyokra adaptált komplex programokig. Ilyen pl a Kölni Iskolai Program, amely a Soros Alapítvány támogatásával folyik, az 1993 óta alkalmazott, az USA-beli Seattle-ben kidolgozott ún. CHEF program, amely főleg a kommunikációs képesség fejlesztésén keresztül a kísértés visszautasítását kialakító magatartás elérését célozza, és a magyar szakemberek által kidolgozott, amerikai tapasztalatokra épülő Életvezetési ismeretek és készségek című pedagógus továbbképzés. Az Egyesült Államokból származik a rendőrség által alkalmazott DADA (Drog, Alkohol, Dohányzás, AIDS) program is. Az Egészséges Iskolák programja komplex módon próbálja segíteni az egészséget értéknek tekintő új generáció kialakulását.

Új kezdeményezésként kell említeni a fiatalokat felkészítő táborokat, amelyek olyan tanulókat képeznek ki, akik visszatérve saját osztályukba, iskolájukba, hitelesen, a kortársak számára hatékonyan közvetítik az ismereteket, és viselkedésükkel példát adhatnak. Egészségnevelés szinterei lehetnek az ún. drog diszkók és különböző ifjúsági koncertek is.

Iskolán kívüli közösségi programok közül megemlíthető példaként a füstmentes település cím elnyerését célul kitűző program, az Egészséges város, egészséges

falú mozgalom, amelyekben különböző, folyamatos prevenciós tevékenységek és kampányok szolgálgják az egészségnevelést.

A Világbanki támogatással kialakított kalocsai és homokmégyi prevenciós közösségi modell kísérlete példaértékű lehet a későbbi, nagyobb tömeget is megmozgató, a lakosság egészségi állapotát javító programok számára.

Ezek a közösségi projektek lehetőséget nyújtanak a primér prevenció *környezeti* stratégiájának megvalósulására is. A tiszta levegő, az egészséges ivóvíz, a vegyi szennyeződés nélküli bioszféra, az urbanizációs ártalmak kiküszöbölése közvetve, indirekt módon is hathat a helyes magatartás kialakítására.

Továbbá idesorolhatók azok a jól bevált prevenciós intézkedések, amelyek bizonyos ásványi anyagok hiányának pótlására vállalkoznak. Az endémiás golyva kialakulásának megelőzésére a vízből hiányzó jód pótlására a só jódozását alkalmazzák, vagy a caries prevenciója érdekében a víz fluorozásával próbálkoznak, bár ez utóbbit hazánkban nem alkalmazzák.

A természetes környezet védelme, a biogazdaságok kialakítása közvetlenül befolyásolja az egészséges táplálkozást. Az esztétikus, szép emberi környezet etikusabb viselkedést feltételez, így az alkohol-, drogfogyasztás ellenében is hathat, nem véletlen, hogy a fejlett országok egyre nagyobb hangsúlyt helyeznek az elsődleges megelőzésnek erre a formájára.

Szekunder prevenció

A *másodlagos prevenció* célja, hogy a klinikai tünetek megjelenése előtt, a betegségre jellemző jelek alapján korai diagnózist felállítva, azonnal hatékony kezelés segítségével lehessen elkerülni a betegség komolyabb következményeit. A végső cél ebben az esetben is a betegségek prevalenciájának csökkentése.

A szekunder prevenció eredményes alkalmazása nagyban függ a kórlefolyás alapos ismeretétől, hogy a felismerés a legkorábbi időpontban lehetséges legyen. Az eredményes másodlagos megelőzésnek két kritériuma van: álljon rendelkezésünkre olyan érzékeny, specifikus kimutatási módszer, amelynek segítségével a betegség a preklinikai stádiumban kiszűrhető; a másik kíváncsi, hogy legyen a kezünkben egy hatékony intervenciós módszer, hogy a felfedezett kórt gyógyítani tudjuk, vagy a súlyosságát csillapítani tudjuk.

A táplálkozási hibákból származó elváltozások legegyszerűbb jeleként értékelhetjük a testtömegindex értékének változását, de a szérumkoleszterin szint, a vér zsírsavtartalmának változása is jelzés értékű lehet. A vércukorszint mérés is a szekunder prevenció eszköze lehet. A fenti szűrővizsgálatokat nagyon gyakran

nagy tömegben, kampányszerűen végzik, az ilyen típusú prevenciónak akkor van eredménye, ha a kiszűrt emberek további kezelése biztosítva van.

Az alkoholfogyasztással kapcsolatos másodlagos megelőzés sajátos formája a közlekedésben és a munkahelyeken történő alkoholszint ellenőrzés; újabban az így kiszűrt egyéneknek alkohellelens kurzusban való részvételt is ajánlhatnak, ezzel kezdődhet a terápia is. Sokszor az így megtalált emberek még nem alkoholbetegek, csak problémás ivók, és ebben a stádiumban még elhárítható a súlyos egészségromláshoz vezető alkoholizmus.

A megelőzés szempontjából döntő jelentőségűek lehetnének azok a speciális neuropszichológiai vizsgálatok, amelyek segítségével ki lehetne szűrni az alkoholizálás szempontjából magas kockázatú személyeket.

A drogfogyasztás esetében azok között, akik a legveszélyeztetettebbek, érvényesíteni kell az ún. *harm reduction* elvét, azaz az ártalomcsökkentése a cél. Ehhez a család, a közösség erejének mozgósításával igyekeznek elérni a korai kezelésbe vételt, és a kockázati csoportba tartozó fiatalokkal való foglalkozást. A kialakult szenvedélybetegség esetén ugyancsak az ártalom- csökkentés elvét érvényesítve igyekezünk az intravénás drogozók esetében a tűcsere programmal csökkenteni az AIDS és a *hepatitis* fertőzés kockázatát. Azoknak a heroinistáknak az esetében, akiknek a leszoktatása kudarcot vallott, ennek a stratégiának a része a *methadon* adagolás; ezt teszik annak érdekében, hogy ne bűncselekmény útján szerezzék be a kábítószer, orvosi rendelvényre orvosi ellenőrzés mellett biztosítják a szintetikus morfin származékot. Magyarországon a *methadon* program szabályozása még folyamatban van.

A szenvedélybetegségek terápiája hosszú, sok visszaeséssel járó, kevés sikerélményt nyújtó folyamat. Mára már külön szakember képzés indult meg, és néhány esetben már Magyarországon is addiktológusok végzik azt a speciális feladatot, amelyet akár az alkoholbetegek, akár a drog abúzusban szenvedők gyógyítása igényel. Az addiktológia fokozatosan válik le a pszichiátriáról.

A gyógyítás speciális osztályok és intézmények feladatává kell hogy váljon. A drogambulanciák jelentik az intézményes háttér kiépítésének első láncszemét. Ma hét regionális drogambulancia működik, az első Szegeden létesült.

Tercier prevenció

A *harmadlagos prevenció* szorosan kapcsolódik a terápiás célhoz, tehát a kialakult betegség súlyosságát próbálja csökkenteni, redukálni igyekszik a komplikáció lehetőségét, de végsősoron a rehabilitációt valósítja meg.

A dohányzásról való leszoktatás, és a nemdohányzó státusz megtartásának segítése éppen úgy része a rehabilitációnak, mind az alkoholelvonó kezelés utáni gondozás.

A rehabilitáció illetve a gondozás hosszú és nehéz periódusa csak széleskörű összefogással lehetséges. Az Egészségügyi Világszervezet által ajánlott közösségi bázisú alkoholbeteg rehabilitációs programok az egészségügy, az egyházak, a rendőrség együttműködésén alapszik, ez igaz a drogfogyasztók rehabilitációjára is. Az önszorgító csoportok, így pl a Névtelen Alkoholisták mozgalma is jelentős segítséget nyújt. A családra és a kisebb közösségekre is nagy szerep hárul a gyógyuló ember segítésében. A fentiek alapján megállapítható, hogy amíg a preventív orvostudomány elméleti útmutatást nyújt, hogy miképpen lehet megvalósítani a nép egészsége érdekében a szerteágazó feladatokat, addig a végrehajtást a *nép-egészségügy* vállalja.

A megelőző munka koordinálójá az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ). A jogi szabályozás mellett a népegészségügy mint a tan gyakorlati megvalósítója a *végrehajtó szervezet* is kijelöli. A program *eredményességét* folyamatosan *ellenőrzi*.

Jelentős szerep hárul a háziorvosokra, és a prevenciós tevékenységet végző hálózatokra (iskolaorvosi hálózat, védőnői hálózat, sportorvoslás). A speciális szűrővizsgálatokat a járó- és fekvőbeteg ellátás intézményei végzik.

De nem egyedül az egészségügy, azon belül is a népegészségügy felelős az egészségi állapotért, annak javításáért. *Hiszen egészségesnek tekintjük azt az embert, aki az egészséges természeti, családi és társadalmi környezetében tartósan és zavartalanul kifejtheti testi és lelki képességeit saját és mások boldogulására.*

A megfogalmazásból kiderül, hogy az *egészség biztosítása, megőrzése és fejlesztése már nem csak orvosi megelőző és gyógyító feladat, hanem összetársadalmi is*. Minden szektor, de minden egyén is részt vállalhat ebben, mivel az egészségfejlesztés olyan folyamat, amely módot ad az embereknek arra, hogy egészségüket közben tartsák. A fizikai, szellemi és szociális jólét érdekében az embereknek képesnek kell lenniük arra, hogy feltárják, megvalósítsák vágyaikat, kielégítsék szükségleteiket, változtassanak környezetükön, illetve alkalmazkodjanak ahhoz. Az a gondolat és elv, amely az egészségfejlesztést a társadalom gondolkodásának középpontjába szeretné állítani nem újkeletű, hiszen Cicero híres mondata ezt sugallja két évezred távlatából is: *Az egészség a legfőbb törvény.*

A posztgraduális képzés is annak reményében jött létre, hogy ez a gondolat az egész társadalom gondolkodásában rögzül, és gyakorlati valósággá válik.

A sikeres élet azon múlik, hogy az ember ki tudja-e alakítani azokat a kapcsolatokat, amelyek folyamatosan biztosítják számára az emberi létezés alapvetően szükséges erőforrásokhoz való hozzáférést. Erre a családon túl elsősorban az informális, helyi közösségek képesek.

(M.I. Ökotáj, 10.sz. 23.o.)

Közösség és mentálhigiéné

„Az embernek és a társadalomnak egyaránt szüksége van közösségekre. Az embernek, mert a közösség biztonságot nyújthat neki, tartalmat, célt adhat életének, nagyobb hatékonyságot szándékainak, a gazdagabb kibontakozás lehetőségét személyiségének. És a *társadalomnak*, mint egésznek, mert közösségek gazdag hálózata nélkül atomizálódik, egyedeire esik szét, tehetetlen tömeggé formátlanodik, képtelen az egyéni érdekek sokféleségét társadalmilag hatékony csoportérdekké felerősíteni, egymással szembesíteni, s ezzel önmaga belső önmozgását, fejlődését biztosítani.”

A fenti sorokat *Hankiss Elemér* 1982-ben írta. Soraiból az élő, működő kis csoportok utáni vágy olvasható ki – és az azóta eltelt 16 év kevés változást hozott ezen a területen, a jól működő kis közösségek után ma is inkább csak vágyakozunk.

Mi is a közösség? Hogyan írhatjuk le tudományosan ezt az ember számára alapvető erőforrást?

A *közösség* sokféle definíciója ismeretes, *Hiller (1955)* 94 különbözőt talált a szakirodalomban. Az osztályozás alapja lehet a földrajzi hely, az együttes munkavégzés, együttlakás, az etnikai hovatartozás, nem, társadalmi osztály, az átlagtól eltérő szexualitás vagy éppen a hivatás.

Meghatározhatók a közösségek funkciójuk szerint (funkcionalista megközelítés), aszerint, hogy mit jelentenek a bennük résztvevőknek (interpretatív megközelítés), és a változás helyeként (radikális humanista illetőleg radikális strukturalista, marxista megközelítés).

Említett művében *Hankiss* a közösség következő meghatározását adja:

„Közösségnek az emberek olyan együttélését nevezem, amelyet a következő négy tényező köt össze: közös érdek, közös cél, közös értékrend és a fenti három tényező meglétének tudata vagy más szóval a *mi* tudat.”

A *közösségiség* kulturális képesség, a szocializáció folyamán alakul ki. Ennek során fejlődik ki az egyénnek az a képessége, hogy egyénisége feladása nélkül váljon egy közösség tagjává, hogy autonómiáját ne csorbitsa, miközben közösségi célokat valósít meg. A társadalom berendezkedésén múlik, mennyire van meg a lehetőség az egyének közösségivé válásához. Plurális, demokratikus társadalomban a közösségiség kialakulásának terepe lehet pl. a nevelési rendszer, a lakossági önkormányzat, a civil szervezetek, önszervező csoportok stb.

A XX. század végi, modern életmód az egyén számára sok megterhelést hordoz, különösen a nagy városokban tele van *stresszorokkal*. A zaj, zsúfoltság, környezetszennyeződés, bonyolult szervezetek, hivatalok mind-mind nehezebbé teszik az életet. A mindennapi érintkezésekben sok az erőszak. Állandó az időhiány, a tempó felgyorsult. A tömegkommunikációs eszközökből zúduló információ elárasztja az embereket. Sok ember tesz hosszú utazásokat a világban, kivándorol, menekül, más országban vállal munkát. Az így megjelenő idegenek fellazítják az eredetileg ott élők által addig elfogadott kulturális normákat. A kapcsolatok zavarttá válnak, sok lesz a konfliktus. Hiányzik az egyén számára olyan fontos, egységesen elfogadott értékelő-jutalmazó rendszer.

Az embert lelkileg megterheli, hosszabb távon pedig megbetegíti, ha nem ismeri a viselkedésével szembeni társadalmi elvárásokat. Szenvedést okoz, ha nem tudja, milyen viselkedést és miért fog jutalmazni a társadalom. Az olyan társadalmi környezetben, ahol nincsenek nyílt, ismert szabályok, az egyén alapvetően *soha nem érzi biztonságban* magát. Mindez biológiai szinten is változásokat okoz: vegetatív idegrendszere, endokrin rendszere állandó késztetési állapotban van, az egyén fiziológiailag kimerül és érzékennyé válik a különböző testi és lelki betegségekre.

A szociális zavarok élettani és pszichés hatásait bizonyos ideig a szervezet ki tudja védeni. Az alkalmazkodás részben egyéni tulajdonságoktól, veleszületett és tanult tényezőktől, részben szociális védő folyamatoktól: az egyén számára elérhető csoportok emocionális támogatásától és feladatorientált segítségnyújtásától függ. Az ember lelki egyensúlyának fenntartásában igen fontosak a kapcsolatai, amelyek összességükben kielégítik alapvető érzelmi szükségleteit (a szeretetet, az érzelmek iránti szükségletet, az érzések kifejezésének, a személyes én és értékei elismerésének szükségletét, gondoskodás utáni vágyát, a feladatokban való segítséget, az érzések, indulatok kezelésében, kontrollálásában való segítség vágyát).

A különböző személyekkel (házastárs, gyermek, barát, munkatárs, vallási, kulturális, sport, szociális, politikai egyesületi tagok, szabadidő partnerek, szomszédok,

ismerősök, szolgáltatók, tekintélyszemélyek stb.) való kapcsolatokban különböző szükségletek elégülnek ki. Ezt a kapcsolati hálót összességében *társas támogató rendszernek* nevezzük (CAPLAN és KILLILEA, 1976). A társas támogató rendszer olyan folyamatos vagy változóan megjelenő kötődésekből áll, amelyek hosszú időn át jelentős szerepet játszanak az egyén fizikai és pszichológiai egészségének fenntartásában.

A védő szociális csoportosulások jellegzetes sajátága, hogy a kapcsolatokban az egyént személyként kezelik: érdeklődnek iránta, tudatják vele elvárásait, értékelik teljesítményét, jutalmaznak vagy büntetnek – személyes szükségleteit elégitik ki. Ezek a kötődések spontán szerveződnek az egyének szükségletei, a kultúra értékei szerint. A támogató rendszerek védő működésének fontos alapmechanizmusa, hogy a külvilágból áramló információkat összegyűjtik, továbbadják és kiegyensúlyozott, több ember véleményét magában foglaló értelmezéseket adnak. Emellett biztonságos helyként szolgálnak, ahol lehet pihenni, erőt gyűjteni. A leghasznosabb támogatás a *képessé tevés*, ami az egyén saját képességeire alapoz, arra serkenti az embert, hogy ne külső segítséget várjon, hanem saját maga próbálja meg uralni a helyzetet. Totális, autoriter társadalmakban spontán kialakuló társas támogató rendszert alig találunk. Jól szervezett, demokratikus társadalmakban a kiscsoportok legkülönbözőbb fajtái léteznek és szolgálják (egyebek mellett) a mentálhigiénét.

A *mentálhigiéne* fogalmának sokféle meghatározása ismeretes: lelki egészségvédelem, megelőzés a lelki egészség terén, életmódtervezés, a stressz-szel való megküzdés, olyan folyamatok és tevékenységek összessége, amelyek az emberi személyiséget és a közösségi kapcsolatokat erősebbé, hatékonyabbá, magasabb szervezetségűvé teszik.

A Klinikai Pszichológiai Szakmai Kollégium állásfoglalása (1994) összefoglalóan az alábbi meghatározást adja: „*a mentálhigiéne egészségközpontú szemléletmód, elméleti és gyakorlati tudás ... egészségünk ... megóvására ... vonatkozó magatartáskultúra*” (kiemelés: Cs.V.).

A társas támogatás formái

1. Spontán támogató rendszerek

A legalapvetőbb spontán támogató csoport a család. Érzékeny és elfogadó minden tagjának igényeivel szemben, és az igények kifelé való kommunikálásában is hatékony segítő rendszer.

Vizsgálatok szerint a közösségben vannak spontán szerveződő családszerű struktúrák: egy-egy alkalmas személy köré családszerűen gyűlnek össze egyedül álló emberek. A csatlakozás oka az, hogy szemben a tágabb társadalommal, ezekben a kisközösségekben egyediként kezelik egymást az emberek, személyes igényeket elégítenek ki, ugyanakkor a szabadságot kevésbé korlátozzák.

A közösségben vannak ún. *informális gondviselők*, akik szívesen segítenek bárkinek, és bár nem képzettek pszichológiai, élettapasztalataik alapján hasznos tanácsot tudnak adni. A nehézséget átélő emberek gyakran fordulnak olyan személyhez, akiről tudják, hogy már átélte hasonlót, ismeri a választható cselekvési lehetőségeket, és hatékonyan képes segíteni a probléma megoldását. Mentálhigiénés szempontból a segítőknek is előnyös ez a folyamat, mert utólag úgy érezhetik, uralják a helyzetet, amelynek korábban áldozatai voltak.

Fontos szempont, hogy az informális segítő sokszor jobban azonosul a segítségre szorulóval, és ettől hitelesebb az ő szemében mint a szakember. Emellett – a professzionális segítőhöz viszonyítva – kevésbé van fölényben a segítendővel.

2. Szervezett támogatás nem hivatásos segítségnyújtókkal

2.1. Önkéntes segítők

Az ilyen csoportok tagjai mások segítésére szövetkeznek, főleg tárgyi támogatással, fizikai segítségadással. Ide sorolhatók a Vöröskereszt, a karitatív szervezetek (Magyar Máltai Szeretetszolgálat, Magyar Karitás, Magyar Ökumenikus Szeretetszolgálat stb.) Az önkéntes segítőkkal dolgozó szervezeteknek lehetnek állandó alkalmazottai, akik a szervezési és adminisztratív feladatokat ellátják, de magát a segítő munkát (ami sokszor akció-, kampány jellegű) az önkéntesek többnyire térítés nélkül végzik.

Az önkéntes segítségnyújtás speciális formája, melyet főleg fiatalok gyakorolnak, amikor idegen országokba mennek rövidebb-hosszabb időre, és ott végeznek ingyen vagy minimális keresetért segítő munkát (betegápolás, betegszállítás, idősök, sérültek gondozása, nyelvtanítás stb.).

2.2. Önsegítő mozgalom

A mozgalom történeti előfutára Amerikában az Anonim Alkoholisták mozgalma (AA). Európában a hatvanas években indult, majd a hetvenes években bontakozott ki, főleg Németországban. Az önsegítő csoportokban hasonló helyzetben lévők találkoznak, és egymást segítik megérteni, elfogadni vagy megváltoztatni helyzetüket, és túljutni a problémán. Kapcsolódási lehetőséget nyújtanak egymás-

nak a magány ellen, ismereteket, tapasztalatokat cserélnek. A csoporton belül normává válik az önállóság, a problémák megoldása.

Az embereket többféle motiváció vezetheti az önségítő csoportba: az emberi kapcsolatok hiánya, elidegenedettség, a gyógyító vagy segítő intézményekkel való elégedetlenség, a tanulás és fejlődés vágya, vagy éppen a lázadás.

Az önségítő csoportok fejlődési szakaszokon mennek át: először kialakulnak a csoport keretei (hol találkoznak, mikor, mik a csoportszabályok), kijelölik a célokat, létrejönnek a szerepek a csoportban, munkamódokat alakítanak ki. Ezután egy igen aktív munkafázis következik. A harmadik szakaszban a fejlődés lelassul, végül a csoport klubszerűvé alakul, feloszlik – vagy épp ellenkezőleg átalakul pszichoterápiás csoporttá.

A csoportok fejlődését sok probléma kíséri, de ezek jelentős részét a tagok spontán képesek megoldani, és a csoportban sokszor jelentős viselkedésváltozás tapasztalható. Az önségítő csoportokban a demokrácia közvetlenül nyilvánul meg, a jól működő csoportok a demokrácia műhelyei.

A krónikus betegek, családtagjaik, fogyatékosok családtagjai által szervezett önségítő csoportok fő tevékenysége azoknak az információknak a megszerzése és terjesztése, amelyeket az egészségügyi intézmények nem adnak, esetleg nem is adhatnak meg számukra.

Ma világszerte elterjedtek az AA-csoportok, de hatékonyak a drogbeteg önségítő csoportjai, és a pszichiátriai betegek rehabilitációjában is fontos lépés lehet ez a csoport. Magyarországon vannak kezdeményezések, de az önségítő csoportok még nem terjedtek el igazán (BUDA B., 1995).

A közösségi mentálhigiéné azt vizsgálja, milyen kielégítetlen szükségletek jelentkeznek a közösségben, hogyan jönnek létre a problémák és mit lehet tenni a megelőzés területén. Alapszemlélete aktív (RAPPAPORT, 1977), várakozás helyett cselekvés jellemzi.

A közösségi mentálhigiéné alapelvei

1. Legfontosabb feladat a megelőzés (nem a kialakult lelki betegség esetén kell beavatkozni, hanem már a probléma megjelenésének szintjén).
2. Az egyént a társas környezettel együtt szemlélve a meglévő társas kapcsolati rendszerek támogató hatását kell felerősíteni.

A közösségi mentálhigiéné fontosnak tartja a személy problémamegoldó, konfliktuskezelő és megküzdő kapacitásának fejlesztését (ORFORD, 1992, RAPPAPORT, 1977).

Módszerei

- *Szűrővizsgálatokkal* deríthető fel egy-egy probléma előfordulásának gyakorisága a különböző közösségekben.
- Az így nyert adatok ismeretében célzott *programok, akciók* dolgozhatók ki, amelyek csoportokat mozgatnak meg.
- Szükség lehet *klubok* szervezésére és működtetésére. *Telefonos lelkisegély szolgálat, mentálhigiénés tanácsadás, önismereti és önfejlesztő csoportok* dolgozhatnak közösségi mentálhigiénés célokért.
- Közösségi mentálhigiénés ismereteket közvetíthetnek a *tömegkommunikációs eszközök*.

A programok célcsoportjait képezhetjük

- földrajzi terület szerint (pl. egészségnap egy községben);
- életkor szerint (pl. serdülők, tini-telefon);
- probléma szerint (pl. elváltak klubja);
- színhely szerint (pl. egy bölcsődébe járó gyermekek szüleinek tanácsadás).

A társadalom mentálhigiénés helyzetét javító lehetőségek

Ezek a lehetőségek a társadalmi erőforrások növelésével hatnak (GEREVICH, 1989).

A *politika* akkor támogatja a közösség lelki egészségvédelmét, ha a mentálhigiéné szempontjait központi és helyi szinten a döntéshozók beépítik döntéseikbe, és az intézkedések káros hatásait igyekeznek kompenzálni. Állami eszköz a mentálhigiénét szolgáló intézményhálózatok, pl. a családsegítő szolgálat, gyermekvédelmi intézmények stb. létrehozása.

Mentálhigiénés szempontból az *egészségügy* feladatai közé tartozik szűrővizsgálatok végzése (ennek során mérheti pl. egészségre káros, deviáns viselkedési módok elterjedtségét egy-egy földrajzi közösségben), közösségi oktatási programokat szervezhet (pl. a táplálkozásról, dohányzásról, szexuális viselkedésről) azokon a helyeken, ahol valamelyik viselkedési forma jelentősen elterjedt stb.

A *jog* lehetősége és feladata többek között az, hogy törvénykezéssel biztosítsa társadalmi szinten az egészséges környezetet (pl. a terhes anyák védelme, a kisgyermekesek munkaidejének szabályozása, válási törvények, nyugdíjtörvény).

Nagy hatású lehet az egészségügyi, a környezetvédelmi vagy az oktatási törvénykezés (utóbbira példa a bevezetés előtt álló Nemzeti Alaptanterv).

A *közoktatás* a tananyag meghatározásával szolgálhatja a mentálhigiénét. Az iskola a mentálhigiéné szempontjából kiemelten fontos intézmény, mivel hatósugara nagy, a tanulók mellett a szülők csoportját is eléri. A megelőzést szolgálja a valamilyen szempontból veszélyeztetett diákcsoportok támogatása.

A *szociálpolitika* a lemaradó rétegek, hátrányos helyzetűek csoportját hivatott segíteni, és tevékenységével indirekten hozzájárulhat a környezeti hatások okozta lelki megterhelés, lelki betegségek megelőzéséhez.

A *vallás* az emberi élet jelentésének, céljának megadásával mentálhigiénésen is segíti híveit. Az egyházaknak jelentős közösségi mentálhigiénés aktivitása van (házaspárok, fiatalok, kollégisták csoportjai, önkéntes segítő csoportok).

Az egész társadalom mentálhigiénés szintjét jelentősen javíthatja, a társadalmi stresszorokat csökkentheti az emberek közötti kommunikáció hatékonyabb tétele, a kapcsolati kultúra fejlesztése – amihez sokféle intézmény, szakma, szakember tud hozzájárulni.

Egy ilyen társadalomban az egyénnek lehetősége van arra, hogy a környezet által biztosított lehetőségeit felhasználva kibontakoztassa képességeit, tökéletesítse személyiségét és megvalósítsa céljait.

Irodalom

A Klinikai Pszichológiai Szakmai Kollégium állásfoglalása a mentálhigiéné, a segítőszakmák és a klinikai pszichológia viszonyának kérdésében, id. Pszichoterápia, 1994. December, 307-313.o.

BUDA, B.: Csoportos önsegítés. In : Buda, B. (szerk.) A mentálhigiéné szemléleti és gyakorlati kérdései. TÁMASZ, Budapest, 1995.

CAPLAN, G. and KILLILEA, M.(eds.): Support Systems and Mutual Help. Grune and Stratton, New York, 1976.

GEREVICH, J.: Az önsegítés fogalomköre a nyugati kultúrában. In: Gerevich, J. (szerk.) Közösségi mentálhigiéné. Gondolat, Budapest, 1989.

HANKISS, E.: Diagnózisok. Magvető Kiadó, Budapest, 1982.

ORFORD, J.: Community Psychology, Theory and Practice. Wiley and Sons, Chichester, 1992.

RAPPAPORT, J.: Community Psychology : Values, Research and Action. Holt, Rinehart and Winston, New York, 1977.

Család és erkölcs

Vajon milyen tulajdonságok jellemzik a „homo eticust”, az erkölcsös embert? Vajon születésünktől fogva jók vagyunk, és csak az élet, a világ tesz rosszá bennünket? Vagy éppen fordítva: rossznak (bűnnel) születünk, és életünk folyamán jóvá vál(hat)unk? Miért minősül egy cselekedetünk erkölcsösnek vagy erkölcsstelennek? Milyen hatások, befolyások alakítják erkölcsi személyiségünket?

Sorjáznak a kérdések, melyeket előbb vagy utóbb mindenki feltesz magának, s valamilyen módon megpróbál választ is találni rájuk. Az erkölcs az a része életünknek, mellyel nap mint nap találkozunk, szüntelenül körülvesz bennünket, csak hogy általában nem tudatosan, hanem személyiségünk, általános magatartásunk részeként élünk vele. Az erkölcsi ítélet, saját vagy mások tetteinek, viselkedésének morális alapú mérlegelése és megítélése gyakori velejárója dolgainknak. Viszonylag ritkábban fordul elő, hogy egy etikai konfliktust, dilemmát a maga teljes mélységében, sokféle összetevőjével együtt tudatosan is végiggondoljunk. Ebben segítségünkre lehetnek az alapvető etikai ismeretek. Az erkölcsre, erkölcsiileg általában „nevelődünk” a család, az iskola, a környezet, stb. révén; az etikai alapismeretek viszont már némi elméleti felkészültséget igényelnek.

Ez a rövid írás csupán egy szeletét adja az erkölccsel és az etikával kapcsolatos vizsgálódásoknak. Amellett, hogy rávilágít a családnak az erkölcsi nevelésben betöltött elsődleges és pótolhatatlan szerepére, ösztönözni szeretne további etikai tanulmányokra.

Az **etika** filozófiai diszciplína, az erkölccsel foglalkozó elméleti tudomány. Tárgya az erkölcs kialakulása, szerkezete, funkciója; az erkölcsi értékek és normák megalapozása, levezetése.

A mindennapi szóhasználatban az *erkölcsös*, *etikus*, *morális* kifejezéseket általában szinonimaként használjuk. (Ezek a szavak a görög *ethosz* (szokás, megszokott lakóhely) és *éthosz* (jellem, erkölcsi arculat), illetve a latin *mos* (szokás, erkölcs) szavakból származnak.) Bár a szigorú tudományosság különbséget tesz közöttük, e rövid írásban mi is követjük az általános gyakorlatot.

Nyíri Tamás meghatározása szerint „az erkölcs azoknak a szabályoknak és értékeknek az összessége, amelyet általánosan elismer és magára kötelezőnek tart valamely emberi közösség. A szabályoknak vagy normáknak megfogalmazási módja vagy felszólító (kell...), vagy tiltó (ne...). Az erkölcs ilyenformán történel-

mileg kialakult képződmény, szabályok összessége, amely nem vihető át minden további nélkül más csoportok tagjaira, s amely együtt változik az ember történelmileg kibontakozó szabadságfelfogásával” (NYÍRI, 1988).

Az erkölcsi értékek világával, azok megalapozásával, levezetésével egy külön tudományág, az *axiológia* /értékelmélet/ foglalkozik. Kissé egyszerűsítve azt mondhatjuk, hogy értékes mindaz, ami a közösség és az egyén létének fenntartásához, léte'gazdagításához szükséges és erre nézve hasznos. Ebben az értelemben érték a tiszta levegő és ivóvíz, az egészség, a kultúra és a művészet alkotásai, és még sorolhatnánk tovább. Erkölcsi értékeink a *jó* és a *rossz* értékfogalmai köré csoportosulnak. Erkölcsileg jó mindazon dolgok, javak, cselekedetek, viselkedési formák összessége, melyek a közösség és annak tagjai számára pozitívak, illetve követendők. Ilyen értelemben jó, azaz pozitív érték pl. az élet, az egészség, a család, a barátság, a hűség, a szeretet, a segítségnyújtás stb. Rossz viszont mindezek ellentéte.

Az erkölcs tehát olyan normarendszer, mely az adott embercsoport, közösség tagjainak egymáshoz való viszonyát, együttélési rendjét szabályozza. Hasonló közösségi szabályozó funkció érvényesül a jog esetében is, de az erkölcs sokkal „finomabb” s egyszersmind bonyolultabb szabályozást tesz lehetővé.

A *norma* jelentése esetünkben: parancs, követelmény, szabály. Az erkölcsi normarendszer tulajdonképpen a közösség által felállított erkölcsi szabályok összessége. Ezek a normák vagy pozitív módon, parancsok formájában fogalmazódnak meg; vagy negatív módon tiltások formájában. Pl. „Mindig mondj igazat!” – pozitív megfogalmazás. „Soha ne hazudj!” – negatív megfogalmazás.

Az erkölcs meghatározásából következik, hogy önmagában vett, „általános erkölcs” nem létezik, csak *erkölcsök* vannak, hiszen az együttélési normák és szabályok történelmi időnként, kultúránként, de társadalmi rétegenként, sőt egyes csoportonként is változnak, eltérhetnek egymástól. Gondoljunk csak arra, hogy mennyire más egy római patrícius család, egy, a többnejűséget engedélyező mohamedán család és egy európai típusú monogám család erkölcsi rendje. S milyen sokban különbözik egymástól a száz évvel ezelőtti magyar paraszti nagycsalád erkölcsi-sége a mai városi vagy falusi családokétól. Az erkölcsi normák tehát maguk is változnak magával a közösséggel együtt, hiszen csak így tudják betölteni szabályozó = orientáló funkciójukat. A különböző erkölcsök között természetesen lehetetlen „rangsort” felállítani, egyik erkölcs sem alacsonyabb vagy magasabb rendű, egyszerűen *más*. Az viszont már jellemző egy adott erkölcsre, hogy mennyire tolerálja egy másik kultúra vagy csoport „másságát”.

Ugyanakkor kétségtelen tény, hogy a számos különbség mellett találunk olyan erkölcsi értékeket és normákat, melyek szinte mindenütt fellelhetők. Ilyenek pl. a

„ne ölj!” parancsa, az élet védelmének követelménye, de ilyen az idők iránti tisztelet normája is a legtöbb nagy kultúrában.

Az erkölcs tehát összetett fogalom, vannak állandó(bb) és változó(bb) elemei. Nemcsak kultúránként és társadalmi koronként változhatnak az erkölcsök, hanem egy társadalmon belül is létezhetnek az alapvető azonosság mellett sajátos különbségek. Eltérések lehetnek pl. egy-egy társadalmi réteg vagy egy-egy szubkultúra erkölcsi szokásai között is. Az egyes foglalkozásoknak is megvan a maga külön „etikája”. E tekintetben ki kell emelnünk az ún. csoporterkölcsök közül az *orvosi*, a *jogászi*, a *tanári*, és a *lelkési* etikát. Ezeknek a hivatásoknak ugyanis az a sajátossága, hogy az egyik fél alárendelt, kiszolgáltatott helyzetben van a másikkal szemben, s így e hivatások képviselőire még fokozottabban érvényesek az általános és a specifikus erkölcsi követelmények.

Az erkölcs **szabályozó, orientáló funkciója** csak úgy töltheti be hivatását/feladatát, ha a normákat a közösség tagjai valóban betartják, követik, ha ezek áthatják viselkedésüket. Az erkölcsi szabályok betartását, az *erkölcsös viselkedést* a közösség elismerése „honorálja”; be nem tartásuk, megszegésük viszont az adott közösség rosszallását, szélsőséges esetben az egyén kiközösítését vonja maga után. A közösség illetén erkölcsi ítélete csak részben fogalmazódik meg szavakban is („megszólják” az illetőt); nagyon sokszor a metakommunikáció érzékelteti a közösség véleményét (nem állnak vele szóba, nem veszik figyelembe a véleményét stb.). A közösség így módon *külső* orientáló – és részben kényszerítő – erőként funkcionál. Van azonban az embereknek egy *belső* erkölcsi mércéje is: a **lelkiismeret**, amely hihetetlenül finoman és érzékenyen szabályozza cselekedeteinket és viselkedésünket. A lelkiismeret gyakorlatilag nem más, mint az eredetileg külső erkölcsi szabályrendszer belső kikristályosodása; gazdagítva és árnyalva a csak az egyénre jellemző emberi tulajdonságokkal, mentalitással stb.. Ez a dolog persze kölcsönös, hiszen az ember jellemét, karakterét alapvetően meghatározza a lelkiismerete által vezérelt erkölcsi habitusa.

A külső és a belső erkölcsi normarendszer általában együttesen szabályozza az emberek cselekedeteit (hiszen ideális esetben a kettő harmóniában van egymással), de azért előfordulhat, hogy lelkiismeretünk mást sugall, mint amit a külső elvárások szerint tennünk kellene. Ilyen esetekben az egyén jellemzilársága, erkölcsi ereje mutatkozik meg: meghajol-e a külső erők előtt vagy követi lelkiismerete szavát. Pl. kiálljak-e kollégám/barátom mellett egy adott szituációban, amint azt a lelkiismeretem sugallja, vagy legyek lojális a főnökömmel/többiekkel szemben? (Izgalmas és az etikai szakirodalom által gyakran boncolgatott kérdés, hogy tévedhetetlen-e a lelkiismeret, de e kérdésre itt nincs módunk kitérni.)

Viszonylag homogén társadalmakban, ahol egy egységes, a társadalom minden rétege és csoportja által elfogadott erkölcsi normarendszer érvényesül, amelyet az egyének is sajátjukénak éreznek, ritkábbak az erkölcsi konfliktusok. Viszont egy olyan pluralista társadalomban, ahol többféle értékrend él együtt és egymás mellett, gyakoribbak lehetnek az erkölcsi konfliktusok és hangsúlyosabb a kérdés, hogy melyik értékrend elvárásai élvezzenek elsőbbséget a másikkal, ill. a többiekkel szemben. Erkölcsi konfliktus akkor alakulhat ki egyrészt, ha két különböző morális értékrend ütközik (ez inkább a közösség szintjén történhet meg); másrészt, ha az egyénnek egyszerre kellene eleget tennie két különböző erkölcsi norma elvárásainak, amelyek egyszerre nem teljesíthetők. Például: Már régen megígértük gyermekeinknek, hogy szombaton egész napos kirándulásra visszük őket, de közben üzenetet kaptunk kórházban fekvő barátunktól, hogy feltétlenül beszélni szeretne velünk, látogassuk meg szombaton. A szituáció mérlegelése után valamilyen módon *döntenünk* kell, s döntésünkért természetesen vállalnunk kell a *felelősséget* is.

Előfordul az is – talán nem is ritkán, – hogy valaki formálisan, a közösség szemszögéből nézve kifogástalanul betartja az erkölcs előírásait, csak éppen minden tartalom, belső meggyőződés nélkül. Például: Valaki betartja a házastársi/partneri hűség követelményét, de egyszerűen csak azért, mert nincs alkalma „félrelépni”, s nem azért, mert meg van győződve a hűség morális szükségességéről. Ez esetben – etikai szakkifejezésekkel – *legálisan*, de nem *morálisan cselekszik*. Legalitáson itt a külső erkölcsi követelményeknek való megfelelést értjük, moralitáson pedig a belső erkölcsi meggyőződést. Ugyanígy, ha valaki formálisan gondoskodik idős szüleiről, rendszeresen felkeresi őket, de nem beszélget el velük, nem hallgatja meg problémáikat, nem veszi körül őket szerető gondoskodással, a legalitásnak eleget tesz ugyan, de cselekedete már nem biztos, hogy morális is.

Az erkölcs sajátosságai közé tartozik az is, hogy az erkölcsi normák betartásában a közösség véleményén és az erkölcsi meggyőződésen kívül a *szokások* is szerepet játszanak. Az erkölcsi normarendszer nagyon szoros összefüggést mutat a szokásokkal, s ez nem véletlen.

Az etika görög eredetijének, az *ethos*nak a jelentése ugyanis „szokás, hagyomány, illem”. Az erkölcsi normák tulajdonképpen az emberek szokásaiból kristályosodtak ki; illetve más oldalról, az erkölcsi normák egy részét a mindennapokban szokásokként éljük meg. Ha egy-egy erkölcsi parancs beépül személyiségünkbe, akkor az már szokásként, megszokottként irányítja cselekedeteinket, anélkül, hogy minden esetben tudatosítanánk magunkban azok erkölcsi tartalmát. „Nem szoktam hazudni” – utasítjuk vissza önérzetesen a vádat. Vagy azt mondjuk valakiről: „Szinte szokássá vált nála a hazudozás”.

„ne ölj!” parancsa, az élet védelmének követelménye, de ilyen az idősök iránti tisztelet normája is a legtöbb nagy kultúrában.

Az erkölcs tehát összetett fogalom, vannak állandó(bb) és változó(bb) elemei. Nemcsak kultúránként és társadalmi koronként változhatnak az erkölcsök, hanem egy társadalmon belül is létezhetnek az alapvető azonosság mellett sajátos különbségek. Eltérések lehetnek pl. egy-egy társadalmi réteg vagy egy-egy szubkultúra erkölcsi szokásai között is. Az egyes foglalkozásoknak is megvan a maga külön „etikája”. E tekintetben ki kell emelnünk az ún. csoporterkölcsök közül az *orvosi*, a *jogászi*, a *tanári*, és a *lelkészi* etikát. Ezeknek a hivatásoknak ugyanis az a sajátossága, hogy az egyik fél alárendelt, kiszolgáltatott helyzetben van a másikkal szemben, s így e hivatások képviselőire még fokozottabban érvényesek az általános és a specifikus erkölcsi követelmények.

Az erkölcs **szabályozó, orientáló funkciója** csak úgy töltheti be hivatását/feladatát, ha a normákat a közösség tagjai valóban betartják, követik, ha ezek áthatják viselkedésüket. Az erkölcsi szabályok betartását, az *erkölcsös viselkedést* a közösség elismerése „honorálja”; be nem tartásuk, megszegésük viszont az adott közösség rosszallását, szélsőséges esetben az egyén kiközösítését vonja maga után. A közösség illetően erkölcsi ítélete csak részben fogalmazódik meg szavakban is („megszólják” az illetőt); nagyon sokszor a metakommunikáció érzékelteti a közösség véleményét (nem állnak vele szóba, nem veszik figyelembe a véleményét stb.). A közösség így módon *külső* orientáló – és részben kényszerítő – erőként funkcionál. Van azonban az embereknek egy *belső* erkölcsi mércéje is: a **lelkiismeret**, amely hihetetlenül finoman és érzékenyen szabályozza cselekedeteinket és viselkedésünket. A lelkiismeret gyakorlatilag nem más, mint az eredetileg külső erkölcsi szabályrendszer belső kikristályosodása; gazdagítva és árnyalva a csak az egyénre jellemző emberi tulajdonságokkal, mentalitással stb.. Ez a dolog persze kölcsönös, hiszen az ember jellemét, karakterét alapvetően meghatározza a lelkiismerete által vezérelt erkölcsi habitusa.

A külső és a belső erkölcsi normarendszer általában együttesen szabályozza az emberek cselekedeteit (hiszen ideális esetben a kettő harmóniában van egymással), de azért előfordulhat, hogy lelkiismeretünk mást sugall, mint amit a külső elvárások szerint tennünk kellene. Ilyen esetekben az egyén jellemsszilárdsága, erkölcsi ereje mutatkozik meg: meghajol-e a külső erő előtt vagy követi lelkiismerete szavát. Pl. kiálljak-e kollégám/barátom mellett egy adott szituációban, amint azt a lelkiismeretem sugallja, vagy legyek lojális a főnökömmel/többiekkel szemben? (Izgalmas és az etikai szakirodalom által gyakran boncolgatott kérdés, hogy tévedhetetlen-e a lelkiismeret, de e kérdésre itt nincs módunk kitérni.)

Viszonylag homogén társadalmakban, ahol egy egységes, a társadalom minden rétege és csoportja által elfogadott erkölcsi normarendszer érvényesül, amelyet az egyének is sajátjukénak éreznek, ritkábbak az erkölcsi konfliktusok. Viszont egy olyan pluralista társadalomban, ahol többféle értékrend él együtt és egymás mellett, gyakoribbak lehetnek az erkölcsi konfliktusok és hangsúlyosabb a kérdés, hogy melyik értékrend elvárásai élvezzenek elsőbbséget a másikkal, ill. a többiekkel szemben. Erkölcsi konfliktus akkor alakulhat ki egyrészt, ha két különböző morális értékrend ütközik (ez inkább a közösség szintjén történhet meg); másrészt, ha az egyénnek egyszerre kellene eleget tennie két különböző erkölcsi norma elvárásainak, amelyek egyszerre nem teljesíthetők. Például: Már régen megígértük gyermekeinknek, hogy szombaton egész napos kirándulásra viszlük őket, de közben üzenetet kaptunk kórházban fekvő barátunktól, hogy feltétlenül beszélni szeretne velünk, látogassuk meg szombaton. A szituáció mérlegelése után valamilyen módon *döntenünk* kell, s döntésünkért természetesen vállalnunk kell a *felelősséget* is.

Előfordul az is – talán nem is ritkán, – hogy valaki formálisan, a közösség szemszögéből nézve kifogástalanul betartja az erkölcs előírásait, csak éppen minden tartalom, belső meggyőződés nélkül. Például: Valaki betartja a házastársi/partneri hűség követelményét, de egyszerűen csak azért, mert nincs alkalmja „félrelépni”, s nem azért, mert meg van győződve a hűség morális szükségességéről. Ez esetben – etikai szakkifejezésekkel – *legálisan*, de nem *morálisan cselekszik*. Legalitásban itt a külső erkölcsi követelményeknek való megfelelést értjük, moralitásban pedig a belső erkölcsi meggyőződést. Ugyanígy, ha valaki formálisan gondoskodik idős szüleiről, rendszeresen felkeresi őket, de nem beszélget el velük, nem hallgatja meg problémáikat, nem veszi körül őket szerető gondoskodással, a legalitásnak eleget tesz ugyan, de cselekedete már nem biztos, hogy morális is.

Az erkölcs sajátosságai közé tartozik az is, hogy az erkölcsi normák betartásában a közösség véleményén és az erkölcsi meggyőződésen kívül a *szokások* is szerepet játszanak. Az erkölcsi normarendszer nagyon szoros összefüggést mutat a szokásokkal, s ez nem véletlen.

Az etika görög eredetijének, az *ethos*nak a jelentése ugyanis „szokás, hagyomány, illem”. Az erkölcsi normák tulajdonképpen az emberek szokásaiból kristályosodtak ki; illetve más oldalról, az erkölcsi normák egy részét a mindennapokban szokásokként éljük meg. Ha egy-egy erkölcsi parancs beépül személyiségünkbe, akkor az már szokásként, megszokottként irányítja cselekedeteinket, anélkül, hogy minden esetben tudatosítanánk magunkban azok erkölcsi tartalmát. „Nem szoktam hazudni” – utasítjuk vissza önérzetesen a vádat. Vagy azt mondjuk valakiről: „Szinte szokássá vált nála a hazudozás”.

Más esetekben viszont gondosan mérlegeljük cselekedetünk erkölcsi tartalmát és hatását is. Ilyenkor – többé vagy kevésbé tudatosan – a *szándék* és *következmény* illetve a *cél* és *eszköz* viszonyrendszerét is számításba vesszük.

Az, hogy milyen erkölcsi szokásokat sajátítunk el, céljaink eléréséhez milyen eszközöket veszünk igénybe, hogyan bánunk másokkal stb. nagymértékben függ attól a mikrokörnyezettől, amelyben nevelkedtünk, s ennek elsődleges színtere a család.

A **család** a megszülető kis emberke, a csecsemő életének első közösségi színtere. Alapvető és meghatározó közösség, melynek hatása – pozitív vagy negatív módon – egész életében elkíséri az embert. Maga a család is egy dinamikusan változó közösség. Akkor „kezdődik”, amikor két ember összekapcsolja az életét. „Igazi” családdá akkor válik a kétszemélyes közösség, amikor megszületik a gyermek (akit szerencsés esetben aztán több is követ). A férjből és feleségből „apa” és „anya” is lesz, s ezzel minőségi szerepváltás történik a fiatal férfi és nő életében.

Mindketten egy „másik” családban nőttek fel, annak a kis közösségnek az eszményeit, értékvilágát, erkölcsi normáit sajátították el és hozták magukkal az új családba. Ezek a normák lehetnek nagyon hasonlóak és nagyon eltérőek is. Társadalmi réteg, földrajzi elhelyezkedés, vallásos vagy ateista nevelés stb. még egy országon belül is eltérő normákat eredményezhet. Hát még a különböző kultúrák családi értékrendjei mekkora eltéréseket mutathatnak! Ugyanakkor a legnagyobb hasonlóság mellett is lehetnek olyan normák, szokások, melyek csak arra az egy családra jellemzőek, s eltérnek minden más családtól.

Természetes hát, hogy a két „külön világból” érkezett fiatal párnak ki kell alakítania saját családi normáit, szokásait, értékrendjét. S az is bizonyos fokig természetes, hogy ez nem megy simán, zökkenők – esetleg konfliktusok – nélkül. Micsoda kínos szituációkat és összezördüléseket okozhat, ha az egyik fél olyan családból jön, ahol nem tűrték a hazugságot, még az apró flúllentéseket sem; a másik fél családjában pedig „bocsánatos bűnnek” számított az elhallgatás és a kegyes hazugság annak érdekében, hogy a család más tagjait a kellemetlenségektől vagy a felesleges izgalomtól megkíméljék. A fiataloknak tehát ki kell alakítaniuk közös normarendszerüket, s ehhez idő kell, no meg persze türelem, belátás, jóakarát, kompromisszumkészség.

Ideális az lenne, ha ez az összecsiszolóási folyamat befejeződne, mire a gyermek megérkezik. Sajnos nem mindig ez a helyzet. Nagyon sokszor előfordul, hogy éppen a gyerekekkel, a gyermekneveléssel kapcsolatos problémák hozzák felszínre az eltérő erkölcsi elveket és normákat. Sokszor hallhatjuk egy-egy házaspártól: „Mi mindenben egyetértünk, csak a gyereknevelésben nem.” Nos, ez a „csak” nagyon is sok mindent rejtethet magában. A szülők többsége ugyanis – részben tudatosan, részben öntudatlanul – saját eredeti családjára nevelési elveit, mintáit követi a gyermekével kapcsolatban, s így tulajdonképpen megint a két eltérő család szokás-

rendszere ütközik. Még élesebb lehet a konfliktus, ha a nagyszülők is mindkét oldalról beleszólnak az unoka nevelésébe („természetesen” ki-ki saját elveit tartva egyedül üdvöztőnek).

A kisgyermek általában hajlanak arra, hogy viszonylag problémamentesen elsajátítsák a családjuktól készen kapott etikai normákat. Később az óvoda, iskola, illetve a barátok, ismerősök hatása is beépül formálódó lelkiismeretükbe. Ezek a hatások természetesen nem mindig pozitívak. Ha a család belső összetartó ereje, erkölcsi nevelő hatása elég erős, képes arra, hogy kivédje, vagy legalábbis semlegesítse a negatívumokat. Ha viszont a család belső kötődése laza, a gyerek nevelésére nem fordítanak kellő figyelmet, a negatív hatások felerősödhetnek.

Nem mindegy az sem, hogyan neveljük a gyerekeket. Természetesen nagyon fontos a szóbeliség, a szavakba foglalt szülői, pedagógusi jó tanácsok és intések, de legalább ennyire fontos – ha nem fontosabb – a szülői, nevelői *példa*. A gyerek hihetetlenül finoman megérzi (ha esetleg nem is mutatja) a felnőttek szavaiban és tetteiben fellelhető ellentmondást. Ha pl. egy kisfiú a játszótéren alaposan megveri kis társait, s apukája zord hangon figyelmezteti, hogy „Ejnye, ejnye, kicsim, nem szabad ezt!”, de közben ragyog a titkolt büszkeségtől („Hiába, az én fiam ...”), akkor a gyerek nagyon pontosan fogja tudni, hogy mennyire is kell komolyan venni ezt a figyelmeztetést. Ha egy családban a szülők teljes odaadással fordulnak munkájuk felé, lelkiismeretesen, pontosan ellátják otthoni teendőiket is, nagyon valószínű, hogy ez gyermekeikre sem marad hatástalan – s persze mindennek az ellenkezője sem.

Később, a serdülőkorban a gyerek már képes arra, hogy tudatosan felülvizsgálja addigi erkölcsi elveit. Ez a felülvizsgálat rendszerint a felnőttek világának és erkölcsi normáinak, a külső tekintélynek és a konvencióknak a *tagadását* jelenti, olykor egészen szélsőséges formákban. A család szerepe nagyon fontos ebben az életkorban, hiszen ha a gyerek nem kapja meg azt a figyelmet, szeretetet, törődést – esetleg adott esetben szigort is – amire vágyik és amire szüksége lenne, akkor könnyen csapódik olyan kortárs csoportokhoz, ahol mindezt vagy mindennek valamiféle pótlékát megtalálja. S mivel a kortársak is hasonló gondokkal küszködnek, előfordul, és sajnos nem is ritkán, hogy az alkoholban, kábítószerben keresnek megoldást problémáikra.

Az ifjúkor éveiben azután összegződnek, szintetizálódnak mindazok az erkölcsi hatások, normák, értékek, melyek egész addigi életében érték az embert, ill. amelyek hatottak rá. Letisztulva, bensővé válva alkotják azt az erkölcsi habitust, karaktert – „étoszt” – amely a felnőtt embert, az érett személyiséget jellemzi.

A család mintája – amelyben felnőtünk – elkísér bennünket egész életünkben. Vagy úgy, hogy pozitívnak tartjuk, s igyekszünk mi is hasonló modellt megvalósítani; vagy pedig éppen ellenkezőleg, nem akarunk úgy élni, mint a szüleink, s

azt a modellt tagadva próbálunk másfajta életstílust követni. Gyökössy Endre egyik írása azokat a házasság- és családmodelleket mutatja be, amelyekkel lelki-gondozói szolgálata alatt a legtöbbször találkozott, „mégpedig centrumuk, közép-pontjuk szerint, mert e körül forog, pörög, halad, dőcög vagy éppen siklik ki egy-egy házasság”(GYÖKÖSSY, 1994).

A gyermekcentrikus házasság/család: a gyermek ill. gyermekek állnak a közép-pontban, velük és értük történik minden. A szülők csak keveset foglalkoznak egymással, kettejük partneri kapcsolata háttérbe szorul, s ha a gyerekek kirepülnek, két „idegen” éli, páros magányban tovább az életét.

A partnercentrikus házasság/család: „Ez többnyire a nyugat- és észak-európai népek házasság-modellje. E párkapcsolat-modellnek maga a házasság a célja, amelyen a férfi és a nő úgy 'dolgozik', mint két művész egyetlen műalkotáson. Ebben a partnercentrikus házasságban a gyermekek kedves ráadások ...” (GYÖKÖSSY, 1994)

A szülő- ill. családcentrikus házasság/család: a fiatalok egyike nem tud leszakadni anyjáról vagy apjáról. Állandóan hazaszaladgálnak, házastársuk helyett a szülővel beszélnek meg dolgaikat.

A barát- vagy barátnőcentrikus házasság/család: a feleség vagy a férj bizalmasa nem a házastárs, hanem továbbra is a korábbi jó barát vagy barátnő; az illető vele beszél meg minden lényeges dolgot, elfogadja tanácsait stb., s a házastárs háttérbe szorul.

A munkacentrikus házasság/család: a házaspár egyik tagja vagy mindkettő csak a munkájának él, másod-, harmadállást vállalva csak a pénz illetve az érte kapható anyagi javak, státuszszimbólumok megszerzése érdekli. „... Csak keresőtársat látnak a másikban, akivel remekül lehet együtt keresni és reprezentálni. ... Ha valami nem 'stimmel', kicserélik egymást. Nem az életformájukat, hanem a másikat, és mászt keresnek” (GYÖKÖSSY, 1994).

„Van **félelemcentrikus** házasság is, amelyben reggeltől estig aggodalmaskodnak valakiért, valamiért. Egyetlen gondjuk van: *A gond!*” Akad azután **intézménycentrikus** házasság is, amelyben „görcsösen féltik a házasság intézményét, a 'keretet', és nem egymást. Egyes-egyetlen farizeusi képmutatás ez: a csak kifelé megjátszott 'álboldog' házasság. Szólhatnánk még „**ápolás-centrikus** házasságról, ahol egy-egy idős szülő, vagy epilepsziás, esetleg mongoloid gyermek ápolása, kezelése, ellátása köt össze vagy éppen választ el két embert” (GYÖKÖSSY, 1994).

„Senki sem jó véletlenül. Az erényt tanulni kell” – mondja Seneca. Az erkölcsi tanulás hosszú folyamat, melynek pótolhatatlan, fontos színtere a család. „Eredeti” családunkat, amelybe beleszületünk, nem választhatjuk meg magunk,

az adottság számunkra. Hogy azonban felnőve hogyan alakítjuk mi, párunkkal és gyermekeinkkel együtt, családunkat, az már nagy mértékben rajtunk múlik, tőlünk függ.

Szabálytalan utószó

S vajon hogyan látják a családot a „legilletékesebbek”, a gyerekek? Álljon itt egy kis ízelítő az *Eltern* című német magazin válogatása nyomán (IPM, 1983. június).

Mi a család?

A család gyűjtőfogalom. Különböző emberekre vonatkozik, akiknek ugyanaz a vezetéknevük, de erről nem tehetnek (*Kristen, 10 éves*).

A család egy nő és egy férfi összefogása, de úgy, hogy az após és az anyós ne legyen ott (*Ralf, 12 éves*).

Család az, ha mindennap együtt ülünk a tévé előtt (*Jürgen, 12 éves*).

Ha nagy leszek, én is családot alapítok. Legalább nyolctagú lesz, és jelvényt fogunk viselni, hogy rögtön felismerjük egymást (*Wolfgang, 8 éves*).

A családban a legfontosabb a papa, mert ő nagyon magas, és anyát is föl tudja emelni. A második legfontosabb anya, mert nélküle nem kapnánk enni. A harmadik legfontosabb én vagyok, különben ők ketten nem is tudnák, kiről gondoskodjanak (*Almut, 8 éves*).

Irodalom

ANZENBACHER, ARNO: Bevezetés a filozófiába. Etika. Herder Kiadó, Budapest 1993.

HELLER ÁGNES: A szándéktól a következményig. (Előadások az általános etikáról). Magvető Kiadó, Budapest 1970.

HELLER ÁGNES: Általános etika. Cserépfalvi Könyvkiadó, 1994.

HELLER ÁGNES: Morálfilozófia. Cserépfalvi Könyvkiadó, 1996.

HÁRSING LÁSZLÓ: Bevezetés az etikába. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest 1995.

NYÍRI TAMÁS: Alapvető etika. Budapest 1988.

WARBURTON, NIGEL: A filozófia világa. Helyes és helytelen. Kossuth Könyvkiadó 1993.

DR. GYÖKÖSSY ENDRE: Házasságmodellek és buktatók. In: Szöveggyűjtemény az Erkölcstani vázlatok c. tankönyvpótló jegyzethez. Szerk. Dr. Szabó Pál Tivadar IKVA Kiadó, Budapest 1994. 51 - 63 old.

Az egészségfejlesztés szociálpolitikai elemei

Szegénység és egészség

A szegénység és a rossz egészségi állapot közötti szoros összefüggés régóta felismert és igazolt tény. A szegénysorban élő társadalmi rétegek egészségi állapota, megbetegedési és halálozási mutatói lényegesen kedvezőtlenebbek mint az ugyanazon társadalomban élő képzetlenebb, jó anyagi helyzetben lévő, jómódú emberek csoportjaié. A szegények életükkel fizetnek szegénységükért. Számukra az élet nem csupán rosszabb minőségű, hanem rövidebb is. Miközben – jogosan – hangoztatjuk, hogy mindenki felelős saját egészségéért, egészségének megőrzéséért, fejlesztéséért, nem feledkezhetünk meg arról sem, hogy egészségéért nem egyedül az egyén felelős. Az egyes ember egészsége, életkilátásai meghatározóan függnek szociális helyzetétől. A szegények megbetegedési, halálozási adatai a mai Magyarországon is sokkal kedvezőtlenebbek, mint a felső társadalmi rétegekhez tartozóké. A várható élettartam például mintegy tíz évvel rövidebb az alsó jövedelmi kategóriákhoz tartozók körében. A XIX. század eleji Angliában „szociális gyilkosságnak” nevezték ezt a nyomor szülte, idő előtti halálozást.

A sokszor nem egészen jóindulattal terjesztett mendemondák világába tartozik az, hogy a szegény emberek a mostoha életkörülményeik ellenére makk-egészségesek. A cigány gyermekek – úgymond – meztőláb szaladgálnak a havon, mégsem betegek. Erre a jelenségre hívta fel a figyelmet Illyés Gyula a puszták népéről írva: „Hogy némely körökben mégis elterjedt róluk, hogy nem betegek? Betegeskedni valóban nem betegeskedtek sokat, nem nyomták az ágyat. Tüsszentettek és meghaltak, egy szellőszó sírba vitte őket. 'Hányt vért is a lelkem, de azt már megszokta, mert tíz év óta hányt'. Vagyis 'más baja lehetett szegénynek'. Rendszerint volt is” (ILLYÉS GY., 167. old.).

A WHO 1995. évi beszámolója ismételten felhívta a világ figyelmét arra, hogy a szegénység és az ezzel együttjáró társadalmi bomlás alapvetően befolyásolja a világméretű egészségi kihívásokat. Nem csupán a legmélyebb nyomorúságról van szó, amely az élet lehetőségétől fosztja meg az embert, hanem a szegénység relatív formáiról is, amelyek súlyosan korlátozzák az egészséges élethez, az oktatáshoz és más lényeges szolgáltatásokhoz való hozzájutást. A WHO főigazgatója nyomatékkel hangsúlyozta: „Ha komolyan vesszük azt, hogy áthidaljuk az egészséghez vezető szakadékot, akkor meg kell nyernünk a szegénység elleni csatát ... Egyszerűen nincs más megoldás” (WHO 48. Közgyűlése ... 56. old.).

A szegénység ismérvei és következményei

A szegénység többrétegű és személyesen megélt társadalmi helyzet. A modern szociológia művelői rámutattak, hogy a szegénység jóval súlyosabb probléma, mint az alacsony jövedelem. Ez a helyzet az élet szinte minden területén megnyilvánuló hátrányokkal jár, amelyek részben következmények, más szempontból maguk is a szegénységet növelő tényezővé válnak.

Az egészségi állapotra talán a legnagyobb hatással a *táplálkozás* hiánya, illetve rossz minősége van. Azok, akik éheznek, súlyosabb esetben éhen halnak, a szegénység legsúlyosabb rétegeihez tartoznak. Őket a világon mindenütt szegénynek tekintik. A kevésbé szegények „csak” nem megfelelően táplálkoznak, és ezzel olyan betegségeket szerezhetnek, amelyek évekkel, esetleg évtizedekkel megrövidíthetik életüket. 1993-ban Magyarországon a segélyben részesülő háztartások 66%-ában hiányosan táplálkoztak, 20%-ában pedig nem tudtak eleget enni. A nem segélyezett háztartásokban felényi a gyakoriság, ami persze több szempontból is elszomorító tény. A szegény családok elsősorban a táplálék mennyiségére fordítanak gondot, a minőség tekintetében igénytelenek. Értékrendjükben a táplálék egészségre tett hatása igencsak hátul szerepel. Az egészséges táplálkozás rendszert jóval többre kerül, esetenként megfizethetetlen a szegények számára.

A *lakás* többnyire már külsejével is árulkodik a benne lakók szociális helyzetéről. Belső berendezése, komfortossága tekintetében pedig még nagyobbak a különbségek. A városi pincelakások, a földespadlójú, kisablakos és alig fűthető lakások közismerten melegágyai sokféle betegségnek. Rontja a helyzetet, ha túl sokan laknak egy helyiségben. A helyi önkormányzatok és az államok vezetői a XIX. század óta változó sikerrel próbáltak enyhíteni a lakásnyomoron rendeletekkel, előírásokkal, később építkezéssel, hitelnyújtással és adókedvezményekkel. Míg nem sikerült azonban a lakásínséget felszámolni, még legszükségesebb formáját, a hajléktalanságot sem. Nálunk az utóbbi időben még növekedett is a hajléktalanok száma. A testi és mentális betegségekkel szemben a hajléktalan ember a legesendőbb. A budapesti hajléktalanok körében folytatott 1994-es vizsgálat adatai szerint a kontrollcsoporthoz képest 19-szer magasabb volt az alkoholelvonás szükségessége, 6-7-szeres az öngyilkossági kísérlet, és négyszeres a depresszió aránya (OROSS J., 1995). A TBC és más fertőző, járványos betegségek is a hajléktalanokat sújtják elsősorban. A hajléktalanság, ami csaknem kizárólag az alacsony jövedelem következménye, súlyosbítja a korábban folytatott egészségrontó életmódot, szinte törvényszerűen vezet az alkoholizmushoz, a helytelen táplálkozási szokásokhoz, higiéniés problémákhoz stb. A kialakult betegség kezelése, az orvoshoz fordulás alacsony aránya, esetleg az orvosi kezelés megtagadása, a későbbiekben a rehabilitáció lehetetlensége miatt a gyógyulás esélyei minimálisak. Nem lehet csodálkozni azon, hogy a hajléktalanok között kevés az idős ember. A

hajléktalan betegek esetében az egészségügyi és szociális megoldás összehangolása a legégetőbb szükséglet.

A *higiénés körülmények* – különösen a több generáción át szegények körében – a középosztály számára elképesztőek napjainkban is. Érthető persze, hogy akinek a napi betevő falat megszerzése a fő gondja, kevés figyelmet fordít, nem sok pénzt költhet szappanra, mosóporra, fogkefére. A tisztaság iránti igény hamar háttérbe szorul a szegények mindennapjaiban. A „nem szégyen, ha foltos, az szégyen, ha piszkos” erkölcsi norma a magyar szegények körében aligha általános.

A szegénység *információhiányt* is jelent. Az alacsony iskolai végzettség, az olvasási és művelődési szokások befolyásolják az életmódot. Az egészségről, az emberi test szükségleteiről, a gyógyulási lehetőségekről keveset tudnak. A magyar egészségügy jelenlegi rendszere pedig valósággal megköveteli, hogy a beteg szinte pontosan tudja betegségének diagnózisát, kezelési és támogatási lehetőségeit, hogy pontosan mikor, kihez kell fordulnia, mielőtt még reménytelenné válik a gyógyulás. A szegény nem engedheti meg magának a kiváló szakembert még akkor sem, ha egészségbiztosítása van. A szegények jellemzően kisebb arányban vesznek részt önkéntes szűrővizsgálatokon, rendszeres orvosi ellenőrzésen, *ritkábban fordulnak orvoshoz*. A lábadozás, a rehabilitáció lehetőségei jóval kisebbek, mint akár a középosztályba tartozó betegek esetében. Az egészségügyi ellátás fordított törvényeként ismeretes az, hogy minél nagyobb egy társadalmi csoport egészségügyi szükséglete, annál kisebb értékű a rendelkezésre álló tényleges ellátás. Újabb keletű probléma nálunk a gyógyszerek magas ára, a társadalombiztosítási támogatások csökkenése, illetve megszűnése. 1995-ben egy magyar család átlagosan a minimális öregségi nyugdíj harmadát, ha krónikus beteg volt a családban, még nagyobb részét költötte gyógyszerre. A háztartások mintegy 40%-a számára jelentett nagy terhet a gyógyszerköltség. Egy felmérés szerint a betegek 20%-a nem váltja ki a felírt gyógyszert, és 40%-uk vissza sem megy az orvoshoz, hogy írjon fel valami olcsóbbat. A szegények egyébként is rosszabb egészségi állapotát ez a helyzet tovább ronthatja.

A szegény munkavállalók aligha válogathatnak a munkalehetőségek között. Számukra a munka veszélyessége, egészségkárosító hatása másodlagos tényező a várható kereset összegéhez képest. A magasabb fizetésért vállalják az *egészségtelen munkakörülményeket* is. A közelmúltban ismertté vált az illegális akkumulátor szétbontók esete, akik a megélhetés kényszere alatt nem csak saját, hanem családjuk egészségét is veszélybe sodorták. Munkanélküliek körében végzett szociológiai vizsgálatok alkalmával arra a kérdésre, hogy milyen munkahelyet szeretne, a legtöbben olyan válaszokat adtak, amelyből kiderült, hogy a munka veszélyessége, egészségkárosító jellege nem elsődleges szempont.

A szegénység megfosztottságot, alávetettséget, kudarcot jelent az ember számára, ami pszichológiai problémák, mentális betegségek forrásává válhat. Úgy érzik – sokszor joggal –, nem tudnak eligazodni az élet dolgaiban, sorsukat alig képesek befolyásolni. 1993-as magyarországi vizsgálat szerint a pszichológiai problémák más-más arányban jelentkeznek a szegénynek számító és a teljes népesség körében.

A pszichológiai problémák szimptómái – 1993

Szimptómák	A szimptóma 'választásának aránya' (%)	
	a 60%-os küszöb alatt élők között	a teljes népességben
Kimerültség, letörttség	70,9	61,1
Erős szívdobogás	41,8	34,2
Állandó izgatottság, idegesség	39,7	30,3
Gyakori fejfájás	37,7	29,9
Gyakori remegés	28,6	21,0
„Nincs szerencsém” érzése	74,0	57,1
Gyakori aggodás ön maga egészségi állapota miatt	48,9	40,9
Összezavarodik több dolog		
párhuzamos végzése során	41,1	28,8
Nem tud megszabadulni szorongásaitól	30,0	19,8

Forrás: Társadalmi Riport, 1994. 100. old.

Az átlagjövedelem 60%-a alatt élők körében tehát jellemzően magasabb a pszichológiai problémák aránya. Még kedvezőtlenebb képet kapnánk, ha a szegénység legalsó rétegeit vizsgálnánk.

Ki a szegény?

A szegények számát, arányát meghatározni igen nehéz vállalkozás, mert nincs egységesen elfogadott fogalom a szegénységre. Maga a szóhasználat is mutatja, milyen bonyolult problémával állunk szemben: szűkölködő, nyomorgó, éhező, deprivált, hátrányos helyzetű mind hasonlót jelent, de nem teljesen ugyanazt. Vannak persze a szegénységnek olyan formái, amelyek bárhol, bármikor azonosíthatók a szegénységgel, más formái azonban egy adott társadalomra és időszakra

ra jellemzőek. Aki valamelyik országban szegénynek számít, máshol akár jómódú is lehetne. Az 50-100 évvel ezelőtt élt gazdagok egy része ma inkább szegénynek számítana. Nálunk leggyakrabban az alsó 1-2 jövedelmi tizedbe tartozókat, vagy az átlagjövedelem 50-60%-a alatt élőket számítják szegénynek. Az alaposabb szociológiai vizsgálatok azonban nem elégednek meg egyetlen tényezővel, a jövedelemmel, hanem több mutató együttes előfordulása esetén sorolnak valakit a szegények közé. Ha azonos szempontok alapján folytatjuk a vizsgálatot, akkor legalább az biztosan kiderül, hogy a szegények száma, a társadalmon belüli aránya hogyan változik, az egyes társadalmi rétegekben milyen gyakori a szegénység. Az 1993-as háztartási panel vizsgálat adatai szerint a mai magyar társadalomban a legnagyobb szegénységi rátájú csoportok közé tartoznak a cigányok (72,4%), a négy gyermekes családok (67,2%), a munkanélküliek (47%), a 8 általános alatti iskolai végzettségűek, a nyugdíjasok, az egyedülálló nők (40-41%-os az átlagos 20%-hoz képest!). Szükségesnek látszik azonban hangsúlyozni, hogy a magyarországi szegények többsége nem cigány, nem munkanélküli és nem nyugdíjas. Különbőség van a szegények között abban a tekintetben is, hogy átmeneti (eseti) vagy tartós (újratermelő)-e szegénységük. Súlyosabb problémát a tartós, újratermelő, többgenerációs szegénység jelent, mert abból az élethelyzetből igen nehéz a kilábalás. A következőkben a szegénység és az egészség összefüggéseit két nagy szegénységi rátájú társadalmi csoporton vizsgáljuk. A munkanélküliek és a roma népesség a legnagyobb szegénységi kockázatú rétegek közé tartoznak, ezért a mai magyar társadalom számára kiemelkedően fontos problémáik megismerése és enyhítése.

A munkanélküliség egészségkárosító hatásai

Az 1929-33-as gazdasági világválság óta több szociológiai vizsgálat bizonyította, hogy a munkával való túlterhelés mellett a munka hiánya, az alulterhelés is egészségkárosító hatású lehet. A világválság éveiben és az 1980-90-es években folytatott kutatások egyértelműen bizonyították, hogy a munkanélküliek egészségi állapota rosszabb, esetenként lényegesen rosszabb, mint a munkaviszonnyal rendelkezőké. Kevés kivételtől eltekintve (például az emlőrák) minden egészséggel kapcsolatos mutató tekintetében kedvezőtlenebbek az egészségi adatok. Az 1990-es évek elején folytatott első magyarországi vizsgálatok még nem mutatták ezt a különbséget, aminek legalább két oka lehetett. Az egyik valószínűleg az, hogy a munkanélküliség egészségrontó hatása tartós (egy évnél hosszabb) munkanélküliség esetén mutatkozik nagyobb mértékben. Másrészt nálunk olyan recessziós munkanélküliséggel állunk szemben, amely egész iparágakat, földrajzi térségeket tett tönkre, így az utcára kerültek között a kitűnő egészségnek örvendőket éppen úgy megtaláljuk, mint a betegeskedőket. A különbség a munkanélkülivé válás

után mutatkozik meg az életstratégiában. A gyengébb egészségi állapotúak igyekeztek magukat „leszázalékoltni”, a rokkantnyugdíj számukra vonzóbbnak tűnt, mint a munkanélküli járadék, a bizonytalan munkanélküli állapot. A betegség tehát bizonyos értelemben felértékelődött. Megrendült egészséggel nyugdíjba lehetett vonulni, ami szűkös, de mégis biztos jövedelmet biztosított.

Nehezen eldönthető kérdés, hogy a munkanélküliek rosszabb egészségi állapota a munkanélküliség következménye, vagy pedig egy szelekciós mechanizmus működik, azaz a gyengébb egészségű alkalmazottakat bocsátják el először, ha gazdasági problémák jelentkeznek egy munkahelyen. Az utóbbit igazolja az is, hogy az újra munkába állók egészségi állapota jobb, mint a továbbra is munka nélkül maradó népességé.

A munkanélküliség valószínűleg nem közvetlenül, hanem a depresszión keresztül fejt ki egészségkárosító hatását. A társas kapcsolatok lazulása, esetleg megszűnése, az önbecsülés csökkenése okozhat komoly mentális problémákat. Osztrák vizsgálatok szerint a munkanélküliek kétszer többen foglalkoztak az öngyilkosság gondolatával, mint az aktív dolgozók. *(A munkanélküliség megtámadja az egészséget ...)* Angol vizsgálatok szerint viszont a befejezett öngyilkosságok tekintetében nincs számottevő különbség az aktívak és a munkanélküliek között. A családi konfliktusok különösen a munkanélküli férfiak családjában gyakoriak. A nők rendszerint könnyebben viselik a háztartási munkába történő visszavonulást, mint a férfiak. Fiatalok esetében a munkanélküliség azért rendkívül veszélyes, mert viszonylag könnyen hozzászokhatnak a munkátlansághoz, nagy a parazita, bűnöző életmód kísértése. A fiatal, pályakezdő munkanélküliek egészségét természetesen a munkanélküliség alig viseli meg. A munkanélküliség káros következménye továbbá a deviáns magatartásformák elterjedése. Van olyan álláspont is, amely szerint a munkanélküliség maga is egyfajta deviancia. Ennek akkor van némi alapja, ha bőven van munkalehetőség, következésképpen a munkanélküliek többsége önkéntes munkanélküli.

A munkanélküliség hatása társadalmi rétegenként és egyénenként nagyon különböző lehet. Hiba lenne megfeledkezni arról, hogy bizonyos esetekben a munkanélküli helyzet kifejezetten inspiráló lehet, új dimenziókat nyithat meg a középkorú és a fiatal emberek előtt. Mindezek ellenére természetesen a munkanélküliség elsőszámú közellenség, veszedelmes és nem kívánatos társadalmi jelenség.

A mai Magyarországon a szegénység által legveszélyeztetettebb réteg a cigány lakosság. A folyamatosan, több generáción át szegény cigányok mellett a munkanélküliség hatására megjelentek az új szegénység áldozatai is. A szegénység éhezést, a legmélyebb nyomort jelentő formái konzerválják a régi cigány életmódot, az újabban ismét szegénnyé váltakat pedig a már elhagyott életforma felé taszítják. A „cigány életmód” nagyrészt megegyezik általában a szegények életmódjával, másrészt azonban a cigány etnikum történetéből átmentődött elemeket is tartalmaz. Az egészséges életmódot ma mindenekelőtt a munkajövedelem hiánya, az összes jövedelem alacsony szintje teszi lehetetlenné. Számottevő mértékben mutatkoznak az éhezés jelei, a betevő falat biztosítása is komoly problémát jelent. Még napjainkban is előfordul elvétve a dőgevés, amint azt a napilapokból megtudhattuk. A legszerencsétlenebbek értékrendjében az alkohol, a dohány még az élelmiszert is megelőzi. Ez persze nem valami etnikai sajátosság, a hasonló sorsúakat a világon mindenütt jellemzi. Elképzelhető, hogy a higiéniaát szolgáló árucikkekre mennyit költhetnek ilyen körülmények között. A cigány lakások feléből hiányzik a fürdőszoba. A házak mintegy 10%-a még ma is földpadlós, ezt lehetetlen tisztán tartani, különösen, ha egy lakás túlszűfolt, ami a cigányoknál elég gyakori. Az egészségrontó életmódjegyek között kell említést tenni a szinte általános, korai életkorban kezdődő dohányzásról és alkoholfogyasztásról. A korai biológiai érés ellenére nem tekinthető teljesen egészségesnek a korai szülés, az utódokra nézve pedig az életmód által befolyásolt koraszülés. Ha mégis munkát kap valaki a munkanélküli cigányok közül – ami manapság meglehetősen ritka, hiszen csak minden harmadik férfi dolgozik –, akkor a legveszélyesebb és legegészségtelegebb aljamunkát kapja, azt, amit a nem cigányok már nem vállalnának el. Mindezek és nyilván még egyéb tényezők hatására a cigányok 10-15 évvel hamarabb halnak meg, mint az ország többi lakosa, és a halálozás mellett a megbetegedési mutatókban is jellemző különbség mutatkozik. A „szociális körülmények javulása” sem eredményezi mindig az egészségi állapot javulását. A hagyományos táplálkozási szokások helytelen megváltoztatása, például az agyonfőzött ételek fogyasztása káros is lehet. Az orvoshozfordulás, a gyógyulás lehetőségei, a rehabilitáció tekintetében felesleges lenne drámaibb szavakkal megismételni az előzőekben általánosságban elmondottakat. Orvosok megfigyelése szerint néhány betegség sokkal ritkábban fordul elő a cigány lakosság körében. A fogszuvasodás, fogínyorvadás ritka jelenség egyelőre. A másik figyelemre méltó megfigyelés, hogy a cigányok körében a gyakori és nem ritkán mértéken felüli alkoholizálás ellenére az alkoholizmus mint betegség ritkán fordul elő (SZIRTESI Z., 1994). Ez megerősíteni látszik azt, hogy az alkoholizmus kifejlődéséhez a társadalmi tényezők mellett biológiai hajlamok is hozzájárulhatnak.

A szociálpolitikának mint a kiterjedtebb értelmezésű társadalompolitika részének egyik fő feladata a szegénység kezelése, mérséklése, olyan szociális szükségletek kielégítése, amelyek piaci eszközökkel nem, vagy rosszul láthatók el. A szociálpolitika a szegénység mértékének a csökkentésével, elviselhetőbbé tételével egyúttal hozzájárul az egészségi állapot javulásához is, mivel annak legfőbb akadálya a szegénység. (Más kérdés, hogy nálunk a szociálpolitika, az ellátások elértéktelenedése miatt, maga a szociális ellátás az egyik szegénységtermelő forrássá vált.) A szociálpolitikának azonban közvetlen hatása is van az egészségi állapotra. A szociális ellátások egy része kifejezetten az egészségügyi ellátással, a prevencióval, az egészségkárosodottak létfeltételeinek a biztosításával és rehabilitációjával kapcsolatos. A szociálpolitika küldetése, a társadalompolitika más ágazataival együtt, hogy hozzájáruljon a nemzet egészségi állapotának a javításához, az irreverzibilis, nemzetpusztító folyamatok megállításához, vagy legalábbis pusztító erejének csökkentéséhez. A szociálpolitika, illetve a szegénypolitika legösibb ágazata a szegény betegek ápolása, gyógykezelése, és az olyan különösen veszélyeztetett társadalmi rétegeknek, mint az ipari munkások orvosi ellátása, egészséges munkafeltételeinek biztosítása, a társadalombiztosítás intézményének létrehozása.

A modern szociálpolitika – különösen a második világháború után – nem csupán az elemi létfeltételeket kívánja biztosítani, hanem széleskörű, univerzális ellátásokkal az adott körülmények között társadalmilag elfogadható életfeltételeket. Kifejezettebbé vált a szociálpolitika preventív jellege. Több országban valamennyi állampolgár számára az egészségügyi ellátás térítésmentessé vált, az egészségügyi ellátás igénybevétele nem függ többé a szükségét szenvedő anyagi helyzetétől. Az 1980-as évek második felében azonban a neoliberális fordulat részeként az élethez való jogot biztosító ellátásokat a szűkös anyagi forrásoknak jobban megfelelő szelektív, csak a legrászorultabb rétegek számára nyújtott ellátások váltják fel. Ahol pedig nagy szerepet kap a rászorultság elve, ott megjelenik a szociális ellátás korai szakaszára, a szegénypolitikára jellemző érdemesség elve is. A civilizált élethez való jog a legszegényebb „érdemesek” jogává válik (*Vö: Ferge Zs., 8. old.*).

A szociálpolitika és az egészségügyi ellátás szerepzavarára is akad példa. 1996 nyarán például egy alföldi városban lakásproblémájának a megoldását egy elkeseredett nő azzal akarta kikényszeríteni, hogy elzárkózott egy lakásba, és azzal fenyegetődött, hogy egy gázipalackkal felrobbantja, ha kérését nem teljesítik. Szociális munkás és szociális ügyintéző helyett a rendőrök vonultak ki, akik önkormányzati szociális előadónak álcázták magukat. A lakásproblémájának megoldását követelő klienst így sikerült megnyugtadni, és a rendőröknek a helyi kórház elmeosztályára szállítani. Célszerű lett volna talán ebben az esetben is figyelembe venni azt a paradoxont, hogy nem biztos, hogy aki őrlött dolgokat cselekszik, az

őrült. A szociálpolitika, a szociális munka esélyt sem kapott a krízisszituáció megoldására.

Vannak olyan szociálpolitikai technikák, amelyek közvetlen hatással vannak az egészségfejlesztésre. Például a természetbeni szociális ellátások egyik előnye lehet, hogy elősegíti az egészségesebb táplálkozást, egyáltalán elegendő táplálékhoz juttatja a rászorulókat. A már említett iskolai étkeztetés támogatása egyértelmű példával szolgálhat erre az összefüggésre. A szociális támogatásként nyújtott kedvezményes, illetve térítésmentes iskolai étkeztetés nem csupán azt a célt szolgálhatja, hogy a szülő a pénzben nyújtott támogatást ne költhesse más – esetleg fontos – célra, hanem azt is, hogy az iskolai étkeztetés minőségileg megfelelő táplálékhoz juttassa a gyermeket, amelyet a családban nem kaphat meg, és kialakíthatja az egészséges táplálkozás iránti igényt.

A betegségek egy része esetében, így például a mentális betegségekben szenvedőknél, a gyógyulás, a beteg jólléte nagyobb mértékben függhet a szociális ellátástól és gondozástól, mint a pszichiátriai kezeléstől és általában az orvosi ellátástól (Vö: *Mechanic, D.*).

Az elégtelen, nem megfelelő szociális ellátás károsan befolyásolja a lelki egészséget. Közismert például az a tény, hogy szociális intézményeink jelentős része maga is növeli a pszichológiai stresszt, ami az enyhébb problémák súlyosbodását válthatja ki. Elegendő talán az idősok számára létesített szociális otthonok példáját megemlíteni. Hasonló a helyzet az iskolában is, amely ugyan már nem számít a szűkebb értelemben vett szociális intézmények közé, inkább társadalmi intézménynek nevezhetnénk. A szociálpolitika és a szociális munka feladata lenne az anyagi segítség mellett a szociális hálón átesett rászorulókat lelki segélyszolgálatának a biztosítása, finanszírozása is, hiszen ez az élethelyzet gyakran együtt jár a testi és lelki egészségkárosodással.

A szociális célokat szolgáló társadalmi források nemcsak napjainkban, hanem szinte minden időszakban korlátozottak. Csak bizonyos megszorításokkal igaz Kovrig Béla szellemes megállapítása, hogy: „Ha valakinek javul az egészsége, ennek nem előfeltétele más egészségének előző vagy egyidejű romlása, miként ez így van a jövedelemelosztás és a hatalomelosztás tekintetében. Egyes rétegek egészségszínterének emelése a népesség minden része számára kedvező ...” (KOVRIK B., 217. old.) Az egészség mint társadalmi érték népességen belüli megoszlásának a megváltoztatásához ugyanis általában olyan forrásokat kell mozgósítani, amelyeket másoktól kell elvonni. A társadalmilag elismert és valóságos szükségleteket sem lehet teljesen kielégíteni. Elengedhetetlen parancs a rendelkezésre álló források közzgazdaságilag hatékony, költségkímélő felhasználása. Ez a törekvés azonban gyakran szembe kerül a szociálpolitika vezérlő értékeivel és elveivel (MECHANIC, D., 39. old.). Ilyenkor tér nyílik a szociális demagógia számá-

ra, ezt az eszközt az éppen kormányzó, hatalmi pozícióban lévő politikai csoportok éppen oly gyakran alkalmazzák, mint az ellenzékben lévők. A kormányzat az elismert szükségletek ki nem elégítését gazdasági szempontokkal, a legrászorultabbak érdekeivel indokolja. Az ellenzék ezzel szemben általános értékek és elvek körülményektől független megvalósítását követeli. Elősegítené a lehetséges legjobb megoldást, ha a gyógyító szakma prioritásokat állapítana meg, amelyek a szükséglet szenvedő, a rászoruló ember érdekeit tekintene elsődlegesnek. Ez azonban nem könnyű feladat, amint azt a mentális betegségek szakterülete is példázza. A prioritások megállapítása ugyanis attól (is) függ, hogy melyik szakmai álláspontot fogadják el a mentális betegség fogalmát illetően. Egyik felfogás szerint a mentális betegség a kisebb mértékű, nem súlyos lelki egyensúlyzavaroktól a tradicionális elmebetegségekig terjed, csak fokozati különbségek vannak. Az enyhébb tünetek éppen olyan figyelmet érdemelnek, éppen úgy kezelni kell, mint a betegség legsúlyosabb kórképeit. Az álláspont szakmai ellenfelei az USA-ban azal érvelnek, hogy a betegségnek ez a felfogása nemcsak kimeríti a rendelkezésre álló forrásokat, hanem növeli a *iatrogén* (az orvos, a kezelő által okozott) megbetegedések lehetőségét, bátorítja a hipochondereket. A szakmának ezek a képviselői mentális betegségnek csak a tradicionális elmebetegségeket tekintik, csak azok kezelését tartják elismert szükségletnek, amire érdemes a szűkös forrásokat felhasználni (MECHANIC, D., 40-41. old.).

A társadalom a szűkülő források ellenére sem engedheti meg Magyarországon sem a legszegényebb rétegek orvosi ellátásának, gyógyszerrel való ellátásának a leépítését. Bizonyos határon túl ugyanis súlyos, irreverzibilis egészségromlás következik, és ez a nemzet újratermelődését veszélyezteti. Gazdaságilag átvészeltük ugyan a nehéz esztendőket, sok mindenről le lehet mondani, de az életről, az egészségről nem. Bekövetkezhet ugyanis az a helyzet, hogy majdani nagy lehetőségek kihasználásához nem lesz elegendő egészséges polgár. Nem lehet feladni az egészségkárosodottak szociális támogatását, munkához juttatását sem. Még a hajléktalanok orvosi ellátása sem pusztán jótékonyági gesztus, amelynek persze a jelentőségét nem szabad alábecsülni, hanem súlyos járványok, fertőző betegségek elterjedésének a megakadályozását is szolgálja. Gondoljunk csak a TBC-s megbetegedések növekvő számára.

A rendszerváltás első éveiben elkerülhetetlen feladatnak tűnt az egészségügy „deszociálpolitizálása”, az egészségügy és a szociális szféra elválasztása egymástól. Az egészségügyből kikerültek olyan ellátások, amelyeket azonban a meglehetősen fejletlen, forráshiánnyal küszködő szociális szféra nem tudott maradéktalanul ellátni. A tapasztalatok alapján meg kellene fontolni *Levendel Lászlónak* a Szociális és Egészségügyi Minisztérium létrehozásakor megfogalmazott gondolatait: „Végül a szociálpolitika és egészségügy integrációját nemcsak formális és felelős minisztériumi szinten kell megvalósítani, hanem alapszínten is. A együttes

ellátásban nemcsak kihasználatlan lehetőségek, de anyagi tartalékok rejlenek” (LEVENDEL L., 29. old.).

Végezetül egyetértőleg szeretném idézni *Kincses Gyulát*, a rendszerváltás utáni egészségügyi reform egyik ismert szakértőjét, aki arra az álláspontra jutott, hogy „... az egészségügyi állapot javítása elsődlegesen nem az egészségügyi szolgálat további fejlesztésével érhető el, hanem az egészségre negatívan ható tényezők csökkentésével vagy kiküszöbölésével, illetve az egészségnevelés, egészségkultúra eredményeivel” (KINCSES GY.). A lakosság egészségi állapotát károsan befolyásoló hatások csökkentésében, az egészségfejlesztésben a szociálpolitikának és a szociális munkának kiemelkedő szerepe lehet. A leírtak, úgy vélem, ennek meggyőző bizonyítékaul szolgálhatnak.

Irodalom

FERGE ZSUZSA: A magyar segélyezési rendszer reformja. Esély, 1995. 6. sz.

ILLYÉS GYULA: Puszták népe. Századvég Kiadó, 1993.

KINCSES GYULA: A gazdaságosság kérdése az egészségügyben. – A magyar implementáció lehetősége. MOTESZ Magazin, 1994. 1. sz. melléklete.

KOVRIG BÉLA: Magyar társadalmpolitika (1920-1945). New York, 1954.

LEVENDEL LÁSZLÓ: A túlélő. Budapest, 1993.

MECHANIC, DAVID: Mental Health and Social Policy. Prentice Hall Englewood, Cliffs, 1989.

(A) munkanélküliség megtámadja az egészséget. Fordítás a Profil 1994. 11. Számából. Egészségügyi gazdasági szemle, 1995. december.

OROSS JOLÁN: „A szabadság rádfagy”. Hajléktalan emberek egészsége, hajléktalan emberek halála. Esély, 1995. 5.sz.

SZIRTESI ZOLTÁN: A cigányság egészségügyi állapotának történelmi áttekintése. A jellemző és nem jellemző megbetegedések. In: „Míg én rólad mindent, te rólam semmit sem tudsz”. Családpolitikai Füzetek, 1994.

Társadalmi Riport, 1994. Szerk.: Andorka R.–Kolosi T.–Vukovich Gy. TÁRKI, 1994.

WHO 48. közgyűlése (1995. május). Egészségügyi gazdasági szemle, 1996. február.

A pozitív gondolkodás szerepe a preventív egészségviselkedésben

N. Kazantzakis: Zorbasz, a görög című regényében a nagy vállalkozás történetét írja le. A vállalkozás teljes csőddel végződik, amelyet a főhős a híres mulatozást megelőzően a következőképpen interpretál: „Ritkán adódott ilyen öröm az életemben. Nem is öröm volt, hanem valami határtalan különös, megmagyarázhatatlan jókedv. És nemcsak megmagyarázhatatlan, hanem teljességgel oktalan öröm, minden ésszerűséget megcsúfoló öröm, hiszen elvesztettem az összes pénzemet, munkásokat, drótkötélpályát, horgokat: kikötőt építettünk a berakodáshoz és nem volt mit berakodnunk, minden elveszett.”

A pszichológia fejlődését az utóbbi pár évtizedben a *kognitív pszichológia* előretérése jellemezte. A kognitív pszichológia az ember megismerő tevékenységét vizsgálja, tehát azt a folyamatot, amely során a világ eseményeit felfogjuk, rögzítjük, értelmet tulajdonítunk neki, problémákat oldunk meg, következtetéseket vonunk le, döntünk, tehát mentális műveleteket végzünk. Azt tartják, hogy a pszichológián belül a viselkedéses irányzatok akkor kaptak jelentőséget, amikor az emberek szabadsága, a kognitív irányzatok pedig akkor kerültek előtérbe, amikor az emberek boldogsága volt a tét. Tény az, hogy gondolkodásmódunk nem választható el érzelmeinktől, jó vagy rossz hangulati állapotunktól. Szélsőségesen szubjektív álláspont az, hogy a dolgok önmagukban nem jók és nem rosszak, hanem a gondolkodás teszi azzá, de elfogadhatjuk azt a tapasztalati tényt, hogy értelmezéseink jelentősen átszínezik a valóságot, és vele együtt érzelmi viszonyulási módunk is megváltozik. A kogníciók és affektusok (érzelmek, hangulatok) közti nyilvánvaló összefüggés adott ösztönzést a depresszív és a szorongásos állapotok újraértelmezéséhez, amelyekben a negatív hangulati állapot a vezető tünet.

Sokat hangoztatott megállapítás, hogy az ember információfeldolgozó lény. Az információk feldolgozása pedig azért válik az egyénre egyedül jellemző folyamatá, mert a személy életében felhalmozott tapasztalatainak birtokában szűri meg és értelmezi az őt ért hatásokat. Ezeket a fejlődés során kialakult kognitív szűrőket nevezik *sémáknak*, a sémák a megismerés alapvető eszközei. *English* szerint a séma az organizmus élményei és tapasztalatai által bevésoódott *komplex pattern*, amely meghatározza az organizmust ért stimulusok észlelésének és feldolgozásának módját. Ennek értelmében tehát az ember nemcsak passzívan reagál az őt ért hatásokra, hanem szinte folyamatosan konstruálja saját világát.

A klinikai pszichológián belül először a negatív affektussal összefüggő kogníciók jellegzetességeit vizsgálták, majd az itt összegyűlt megállapítások birtokában fordult a figyelem az egészség és a gondolkodás stílusa közti kölcsönhatás vizsgálatára. Megállapították, hogy a depressziós betegek információ-feldolgozásának a módjára a folyamatos negatív irányú torzítás a jellemző, amelynek funkciója a negatív énkép további fenntartása és igazolása. A torzítási folyamat a jelen aktuális eseményeire vonatkozik, de nem kíméli a felidézés folyamatát, sőt a jövő kilátásait sem. A depresszióra hajlamos személy élményfeldolgozása a negatív előfeltevéseknek megfelelően történik, amelyben a személy a helyzetet megoldhatatlannak, a célokat elérhetetlennek ítéli. Akadályoztatást vél felfedezni a legkisebb nehézségnél, teljesítményorientált helyzetben pedig kudarcélmény keríti hatalmába, nem tud megfelelni az általa magasra helyezett mércének. Hajlamos arra, hogy triviális eseményekből is a veszteség élményét szűrje ki. Ha várni kell az üzletben, arra gondol, hogy értékes perceket veszít el, ha gyártmányhibás árut kap, akkor arra, hogy ez csak vele történhet meg. A veszteség élménye sokszor az anyagiakkal kapcsolatos, ugyanis minden kiadást veszteségként könyvel el. Másokkal való összehasonlításban saját kudarcaként értékeli, ha ismerősei valamihez hozzájutnak. Hajlamos továbbá arra, hogy mások közléseiből azt olvassa ki, hogy őt valamilyen módon lebecsülik, inzultálják, leszólják. Vannak olyanok, akiknél ez a negatív tulajdonítás kifejezetten kompetitív helyzetben érvényesül. Például, ha a tanár megdicsér valakit, a depresszív hangulatú diák arra a következtetésre jut, hogy a tanár róla nincs jó véleménnyel. Mellőzést láthat valaki olyan helyzetekben, ahol várnia kell, a pincér nem foglalkozik vele, az eladó nem veszi észre. Fokozódhat a negatív jelentéstulajdonítás társas helyzetekben is. Hallgatása szerint a többiekben azt az érzést keltheti, hogy unalmas, ellenkező esetben pedig, hogy túlságosan fecsegő. Ha a társaság tagjai egymás véleményét támogatják, azt gondolja, hogy nem tartják értékesnek az ő véleményét.

A depresszióra hajlamos személy negatív énképével függ össze, hogy az önszabályozás funkciójában hiányosságok fedezhetők fel, amelyek a következők:

- Az önmegfigyelés (önmonitorozás) zavara. A negatív események kiterjedt feldolgozásának és a pozitív események fokozott elhárításának viselkedéses következménye, hogy az érintett személyek sok időt szentelnek annak, hogy kellemetlen eseményeket elkerüljenek.
- Közvetlen következményekre való beállítódás. Az önszabályozás gyengeségének sajátos megnyilvánulása a közvetlen következményekre való beállítódás. A depressziós nagy valószínűséggel preferál olyan válaszlehetőségeket, amelyek azonnali pozitív megerősítéssel járnak, a kiemelkedő pozitív következményt ígérő, de késleltetett következménnyel szemben. A személy tehát nem küzd a hosszútávú célok megvalósításáért, elveszíti a jövő perspektíváit, és csak a jelennek él.

- Szigorú önértékelési kritériumok. A depressziós személy életében a viszonyítás normái igen szigorúak, az abszolút mérce lehet olyan magas, hogy szinte sohasem teljesíthető: előfordul, hogy a hosszútávú célok megvalósítása felé tett közbülső lépéseknek nincs semmi hitele, csak a végső cél elérése jelent sikert. A siker kritériumaiban nincsenek átmenetek, vagyis az eredmény vagy átütő siker, vagy lesújtó kudarc, átmenetek nélkül.
- Az önmegerősítés jellegzetessége. A pozitív önértékelés önjutalmazással jár, a negatív önbüntetéssel függ össze. Az önkontroll modell feltételezi, hogy a depresszióra hajlamos személy elégtelen mértékben jutalmazza és túlzott mértékben bünteti magát. Társas helyzetben a depressziósok még kevesebb önmagukról való elégedettségéről számolnak be, ami azzal a feltételezéssel kapcsolatos, hogy a helyzetet nem tudják kellően kontrollálni, illetve másokra gyakorolt befolyásuk csekély.

Optimizmus és az egészség

Az utóbbi évtizedekben a figyelem a megelőzés, az egészséges magatartás és lelki közérzet feltételeinek a megteremtése felé fordult. Nem véletlen, hiszen ma már alátámasztott tény, hogy a viselkedésnek milyen nagy szerepe van az egészségmegőrzésben, illetve a betegségek kialakulásában. A helyesen kialakított életmód jelentős mértékben csökkentheti a kockázati tényezőket, és ebből a szempontból lényeges a *gondolkodásmód, életszemlélet* vizsgálata is. A köznapi pszichológia mások jellemzésére gyakran használja az optimista-pesszimista jelzőt a világfelfogás, beállítódás leírására. Az optimizmus és pesszimizmus két végpont, amely közt számtalan átmenet lehetséges. Az *optimistát* az jellemzi, hogy derűs életszemléletű, mindenben a pozitív elemeket látja meg, és nem vesz tudomást a nemkívánt részletekről. A jövőbe vetett hite bizakodó, pozitív célokat tűz ki maga elé, és hisz abban, hogy a dolgok jó fordulatot vesznek. Az optimista általában úgy véli, hogy életének a mai volt a legjobb napja, a pesszimista attól tart, hogy az optimistának talán nincs igaza. Az optimizmus nemcsak azt eredményezi, hogy az emberek jobban érzik magukat, hanem a megpróbáltatásokkal teli, szélsőséges helyzetekben mutatkozik meg igazán segítő hatása. A válságos helyzetet általában nem lehet azonnal megoldani, de a remény fenntartása, a kivezető út keresése, vagy éppen a konfliktus meghaladása jelentheti a megoldást az összeomlás helyett.

A közelmúlt eseményei bőven szolgáltatnak példát arra, hogy a remény néha a fizikai túlélést is szolgálja. *Szolzenyicin: Iván Gyeniszovics egy napja* című könyvében leírja Iván egy napjának történetét egy sztálini munkatábor embertelen körülményei közt. A nap folyamán Iván egy sor kellemetlen dologtól menekült meg: nem ültették szigorítottba, nem hajtották ki a telep építéséhez, délben szerzett

egy különadag kását is... szóval eltelt egy felhőtlen, majdnem boldog nap „... és büntetése így pergett le az első perctől az utolsóig.”

A jövőre irányuló elvárások tehát szabályozzák az aktuális viselkedést, mégpedig a célfenntartás szempontjából. A kognitív pszichológia vizsgálódása itt ismét az önkontroll funkcióra irányul, ugyanis az akciók eredményességét a kimenetel sikerére illetve kudarcára vonatkozó elvárás is szabályozza. Amennyiben a személy a vágyott célt elérhetőnek tekinti, akkor az erre irányuló tevékenység folytatódik, de feladja a küzdelmet, ha a cél elérhetetlennek tűnik, ha nem látja a megoldás lehetőségeit.

S. *Seligman* kutyákkal végzett kísérletében demonstrálta a tehetetlenségi reakciót. Ha az állatokat fájdalmas ingerhelyzetnek tették ki, amely elől azok nem tudtak elmenekülni, akkor az állatok ezt a tapasztalatot tanulták meg, és hasonlóan viselkedtek olyan helyzetben is, ahol a menekülés útja adott volt. *Seligman* a jelenséget találón tanult tehetetlenségnek nevezte, tehát bevésődik az a tapasztalat is, hogy nincs megoldás.

Az optimista személy ezzel szemben a *kontroll* helyzetében van, úgy éli meg, hogy befolyást tud gyakorolni saját életének eseményeire, és azt elképzelésének megfelelően irányítani tudja.

Davidson és *Neal* nem a tényleges, hanem az észlelt kontroll élettani következményeit vizsgálták egy szellemesen megtervezett kísérletükben. Bizonyították, ha a személyek úgy „tudják”, hogy az áramütés időtartamát a kontroll csoport-hoz viszonyítottan a felére csökkentették, akkor ténylegesen csökken a fiziológiai paraméterekkel kifejezhető szorongás.

A szomatikus betegek esetében az „áttolt kontroll” azt jelenti, hogy a beteg életének a betegség által közvetlenül nem érintett területeire tevődik át az érdeklődés. A beteg ember életkilátásait fokozza, ha a betegség okai helyett annak következményeire irányul a befolyásolási szándék. Ezek a kiemelt területek:

- egészséges kommunikáció fenntartása a kapcsolatokban;
- fizikai tünetek kontrollja, diéta, testgyakorlás, rekreáció segítségével;
- érzelmi reakciók kontrollálása, pozitív attitűd fenntartása, bizakodás;
- együttműködő magatartás a gyógyító team tagjaival.

Az *áttolt kontroll* kiugró, különleges teljesítményre teszi képessé az embert. Gyakran láthatjuk, hogy a beteg emberek meggyengült képességük ellenére egy sor más területen, vagy éppen azon, betegségüket meghazudtoló produktumokra képesek. Gondoljunk csak a mozgássérültek olimpiájára, de a köznapi életben is számtalan kisebb, de önmagában jelentős teljesítménynek lehetünk szemtanúi a fent említett élethelyzetekben.

Minden vizsgálat tárgyává tett pszichológiai jelenség egyszer elérkezik ahhoz a ponthoz, hogy a leíró módszereken túl kvalifikált rendszerben is kifejezhető legyen, hiszen az előfeltevés csak objektív eredmények tükrében igazolható. Tapasztalatok alapján feltételezhető, hogy az optimista életszemléletű személy testi betegséggel szembeni védettsége, betegséghez való viszonyulása és a felgyógyulás tempója más, mint az alapvetően pesszimista beállítódású emberé. A jelenség mérésére több kérdőívet is szerkesztettek, amelyek segítségével eldönthető, hogy kik tartoznak az optimista és kik a pesszimista csoportban. (*Life Orientation Test, LOT, Scheier & Carver, 1985*, magyarul: Életfelfogás Teszt; hasonló skálák: *Generalized Expectancy for Success Scale, Fibel & Hale, 1978; Hopelessness Scale, Beck, Wissman, Lester & Trexler, 1974.*)

Kezdetben a specifikus helyzetekkel kapcsolatos elvárásokat vizsgálták, később azonban pontosabban körülírták az optimista beállítódás fogalmát. Ezek szerint az optimizmus általános beállítódás, amely időintervallumtól és kontextustól független alapvető karaktervonás, tendencia, amely alapján a személy általában jót vár el az életben. Ezt nevezték *diszpozicionális optimizmusnak* és az Életfelfogás Teszt tulajdonképpen ezt az alapbeállítódást vizsgálja.

Az optimizmus és a pszichés jó közérzet összefüggése

Scheier & Carver (1991) egyetemi hallgatók beilleszkedését, adaptációját vizsgálták elsőéveseknél a tanév elején és három hónap múlva. Az Életfelfogás Teszt mellett más személyiségvizsgáló eljárást is alkalmaztak. Egy korábbi hasonló vizsgálatot megerősítve azt az eredményt kapták, hogy az optimizmus alapján előre lehet jóslani a változásokat a stresszérzékenység, magányosság, depresszió és az észlelt szociális támogatottság terén. A félév alatt az optimista csoportba sorolt hallgatók stresszérzékenysége jobban csökkent, kevésbé érezték magukat magányosnak, lehangoltnak, és nagyobb támogatottságról számoltak be mint a pesszimista csoportba sorolt társaik. Korábban *Aspinwall és Taylor (1990)* kissé eltérő protokoll szerint végzett vizsgálata szintén megerősíti azt a tényt, hogy az optimista egyetemi hallgatók lényegesen kevesebb *distresszről* (kellemetlen, frusztráló tapasztalat) számolnak be.

Scheier & mts (1989) koronária bypass műtéten átesett betegekkel készítették interjúkat a műtét előtt és után, majd hat hónappal később. A követett szegmentsmok a hangulatváltozás, a megküzdési mechanizmusok, a felgyógyulás gyorsasága és az életminőség alakulása voltak. Az alpmérések a teszteredményeket és a medikális mérési paramétereket is rögzítették. A posztoperatív szakaszban az optimisták intenzívebb megkönnyebbülésről számoltak be, jobban meg voltak elégedve a kezeléssel, és az ismerősök részéről nagyobb emocionális támogatást ész-

letek. A fizikai jó közérzet és a gyógyulás tempója közt is összefüggés mutatkozott. A szubjektív beszámolókat kiegészítették a személyzet beszámolóival és az objektív gyógyulás mértékét mutató paraméterekkel. Érdekes módon még a fizikai állapotot jelző értékek közt is eltérés mutatkozott, az optimisták EKG görbéje szignifikánsan jobb volt.

A személyzet értékelése szerint a felgyógyulás mérföldköveit – felülés, járás – is előbb érték el. Fél év eltelte után az optimisták sokkal kedvezőbb életminőségről számoltak be, hamarabb normalizálódott az életük. A hat hónapon túli követés azt mutatja, hogy korábban kitették magukat fizikai megterhelésnek, hamarabb visszatértek rekreációs aktivitásukhoz, és előbb álltak munkába, mint a pesszimista csoport tagjai. Mindez független bizonyos medikális változóktól, mint a betegség súlyossága, a műtét kiterjedtsége, a szívbetegség rizikótényezői stb. Ezért nem lehet azzal érvelni, hogy az optimisták egyszerűen azért adnak kedvezőbb válaszokat, mert egészségesebbek.

Pozo és mts I. és II. stádiumban lévő mellrákkal operált nők csoportjának adaptációs készségét követték 12 hónapon keresztül azonos időpontokban végzett interjúval és személyiségtesztekkel. Inverz összefüggést találtak az optimizmus és a distressz között, ez az összefüggés az idő múlásával egyre markánsabb lett az optimisták esetében, ami azt jelenti, hogy az optimisták egyre kevesebb distresszt éltek meg, azaz gyorsabban regenerálódtak. CARVER és GAINES (1987) a terheség idején jelentkező „enyhe depressziót” vizsgálták, és a fentiekhez hasonló összefüggést találtak, azaz a diszpozicionális optimizmussal jellemezhető személyek kevésbé voltak hajlamosak a depresszív reakcióra.

Taylor & mts (1991) HIV fertőzött homo- és biszexuális férfiak csoportját követték. A distresszt a szorongásos reakcióra való hajlam, a harag, a hosztilitás és a depresszió irányába mérték. A követéses vizsgálatok itt is egyértelműen bizonyították, hogy az optimisták egyértelműen kisebb distresszt élnek át.

Megküzdés és az optimizmus

Az optimizmus a megküzdő mechanizmusokon keresztül érvényesíti hatását, tehát az optimisták nehéz élethelyzetben hatékonyabban kezelik a problémát, eredményesebbek a helyzetek megoldása során. Mint ismeretes *Lazarus* a megküzdő mechanizmusok két csoportját különítette el: a problémacentrikus és az emotív megküzdés stratégiáit. Az első csoportba olyan magatartásformák tartoznak, amelyek során a személy a körülményekhez való viszonyát változtatja meg. Ennek legpregnánssabb formája a probléma megkerülése, de ha ez nem lehetséges, akkor felkészülés a stresszor csökkentésére vagy megszüntetésére úgy, hogy a személy bővíti információit, új készségeket próbál ki az adott helyzetben, ezzel együtt

végiggondolja az adott lehetőségeket a realitás határain belül. A másik csoportba azok a magatartásformák tartoznak, amelyek emocionális attitűddel a probléma ignorálására irányulnak: a személy nem vesz tudomást a fenyegető vagy frusztratív eseményről, elterelő aktivitásba kezd, ezzel védve saját személyét és lelki egyensúlyát.

Egyetemi hallgatók esetében a problémamegoldás stratégiáit is vizsgálták (*Ways of Coping Checklist*). Megállapították, hogy az optimista beállítódású hallgatók sokkal könnyebben illeszkedtek be az egyetemi életbe, rájuk, ha a helyzetet kontrollálhatónak ítélték, a problémákkal való aktív foglalkozás volt a jellemző, ugyanakkor elfogadták a nem befolyásolható körülményeket. A helyzetértelmezésben a pozitív elemeket hangsúlyozták, értékelték azt, hogy minden tapasztalat egyben tanulási helyzet is, ugyanakkor elfogadták a segítségnyújtást. Ezzel szemben a pesszimisták hajlamosak voltak arra, hogy önmagukat hibáztassák gyengeségük miatt, tehetetlenségüket hangsúlyozzák, feladják a küzdelmet, vagy egyenesen tagadják a probléma létét. A megküzdő mechanizmus szerint tehát a problémacentrikus megoldást követő egyetemi hallgatók sikeresebben illeszkednek be az egyetemi életbe, vagyis a megküzdés stratégiája az optimizmus és az adaptációs készség összefüggését magyarázza.

Felmerül a kérdés, hogy mindig, minden helyzetben az optimista beállítódás-e az egyedül helyes, a pesszimizmus pedig rossz? A túlzott optimizmus a viselkedés motivációját csökkenti. A pozitív értelemben vett optimizmus akkor eredményes, ha a személy legalább részben látja az összefüggést saját erőfeszítése és az elérendő cél közt. Kell hinnie abban, hogy a folyamatos erőfeszítés hozza meg az eredményt, és nem a szerencsére, jó fordulatra, vagy földöntúli lények beavatkozására kell várnia. Egy másik hibás beállítódás azzal kapcsolatos, hogy az optimista néha akkor is folytatja a küzdelmet, amikor a helyzet nem nyitott a változásra, ugyanakkor a küzdelem az optimista számára személyiségét gyarapító érték, ezért bizonyos esetekben elfogadják és gyakran jobb színben tüntetik fel a szabályozhatatlan eseményt.

A pesszimista ezzel ellentétben szembehelyezkedik, vagy elutasítja a megoldhatatlan problémát. A téma szakértői úgy vélik, hogy a helyzet elfogadása mélyebb folyamat, ugyanis megkívánja a tapasztalatok átdolgozását és általánosabb szemléletbe való integrálását. Az aktív feldolgozás az elfogadásnak speciális értéket ad, amellyel a tagadás nem rendelkezik. Ebből következik, hogy ha a stressz hosszantartó vagy visszatérő, akkor pszichológiai szempontból kedvezőbb elfogadni, mint elutasítani. Az ilyen esetekben az elfogadás reális viszonyulás, ezen túlmenően az optimisták megtalálják vagy megkonstruálják azokat a helyzeteket, ahol személyes növekedésük biztosított.

A pesszimizmus viszont nem minden esetben rossz. Ismertünk olyan embereket, akik mindig sikertelen kimenetelre számítanak, függetlenül attól, hogy ellenkező tapasztalataik vannak. A defenzív pesszimizmus a sikertelenség elővételezett közböbsítésével kifejezetten az önvédelem szolgálatában áll, de emellett az aggodalom akcióra is serkent. *Cantor* (1989) egyetemi hallgatóknál vizsgálta a defenzív pesszimizmus és a teljesítményprodukcio összefüggését, és megállapította, hogy a defenzív pesszimizmus rövidtávon jól működik, de nem működik jobban, mint az optimizmus, ugyanis a teljesítményben nincs különbség. Ahogy hosszútávon a tagadás, úgy a defenzív pesszimizmus sem kifizetődő, ugyanis a hallgatóknak ez a csoportja kevésbé volt megelégedve magával, és sokkal több pszichés problémát jeleztek.

Az optimizmus és az attribúció (oktulajdonítás) összefüggése

Az értelmezési folyamatok feltárásának egyik izgalmas területe, amikor feltárhatjuk a cselekvések mögött húzódó indítékokat, vagy azokat a magyarázatokat, amelyek a cselekvés sikerességére vagy kudarcára vonatkoznak. Kevés kivételtől eltekintve általában az emberek szívesen elmondják, miért voltak olyan sikeresek az egyik helyzetben, és miért érte őket kudarc a másokban. Ennek a stratégiának az önértékelés védelme és az önmenedzselés szempontjából van jelentősége. A továbbiakban azonban az optimizmusra és a pesszimizmusra vonatkozó okmagyarázatot vizsgáljuk meg, mivel tapasztalati tény, hogy általában a siker nem hagyja el az optimistát, és a kudarc nem kerül el a pesszimistát.

Az oksági magyarázat kutatói úgy találták, hogy az a mód, ahogyan az emberek indokolják cselekvésük eredményességét vagy eredménytelenségét, többretegű másodjelentést is hordoz. Az indoklás tartalmazhatja azt a jelentést, hogy a személy önmagát teszi felelőssé a történetek miatt, vagy a környezetére hárítja a felelősséget. Ez az *internális - externális* dimenzió. Az indoklás tartalmazhatja azt a másodjelentést, hogy a megjelölt ok csak az adott helyzetben érvényes, vagy a helyzetek egész sorában fejti ki hatását. Ez a *specifikus - globális* dimenzió. Végül, a másodjelentés hordozhatja azt a tartalmat, hogy az ok átmeneti, egyszeri, vagy ismétlődésére számítani kell. Ez a *nem stabil - stabil* dimenzió.

Abramson és mts (1975) kudarchelyzetben vizsgálták az oktulajdonítás jelenlétét. Sikertelen vizsgát tett egyetemi hallgatókat kérdeztek meg arról, hogy véleményük szerint miért nem tudták megoldani a matek feladatokat a felvételi tesztben.

A táblázat a kapott válaszokat mutatja:

internális		externális	
stabil	nem-stabil	stabil	nem-stabil
buta vagyok	kimerült voltam	minden teszt nehéz	nem volt szerencsém, mert péntek, 13-a volt
nem értek a matekhoz	torkig vagyok a matekkal	a matek teszt nehéz	a matek teszt sorszáma: 13. volt

A táblázat alapján látható, ha a hallgató kudarcát inkább internális, globális és stabil faktorokkal jellemezhető okokkal indokolja, akkor a tehetetlenségi reakció széles körben és időben elhúzódva tartósan fennáll. Jobban leszűkítve, ha a személy gyenge képességűnek tartja magát, akkor hasonló helyzetben ismét kudarcra számíthat, és az idő sem fogja megoldani a problémáit, tehát pesszimista beállítódás lesz úrrá rajta. Ezzel szemben, ha a külső körülményeket teszi felelőssé, és a kudarc oka csak az adott helyzetre érvényes, máskor viszont nem fordul elő, akkor sokkal optimistábban tekint a jövőbe, és úgy érezheti, hogy ura a helyzetének, tehát a kontroll pozíciójában van. Általában az egészséges ember sikereit saját képességének, kudarcait a körülmények kedvezőtlen alakulásának tulajdonítja, amelynek pszichológiai előnye az energetizáló optimizmus fenntartása. Az optimista nehéz helyzetben nem önmagát hibáztatja, nem gondolja, hogy a helyzet meg fog ismétlődni. Az optimista tehát negatív élethelyzetben nem esik kétségbe, nem veszti el a kedvét és kezdeményezőképességét, bízik benne, hogy hamarosan minden túl lesz, kritikus helyzetben is feltalálja magát, talpra tud állni, azaz valamilyen pszichés immunitással rendelkezik.

A fentiekben tapasztalataink alapján jól ismert gondolkodásmódok és az egészségviselkedés összefüggését mutattuk be a teljesség igénye nélkül. Tapasztalataink alapján azt is tudjuk, hogy az optimista szemlélet általános életigenlést, azonosulási törekvést, az élet örömeivel és megpróbáltatásaival való bátor szembenézést, a választás szabadságát és a megmérettetések vállalásának a kockázatát is jelenti. Az optimista „igent” mond a kihívásokra, „igennel” reagál mások közeledésére, az ismeretek bővítésének a lehetőségére, próbatételekre és ezért a járatlan úttól sem riad vissza. Az optimista inkább „talánt” mond a „nem” helyett. Dag Hamarcskjöld, a hidegháborús idők ENSZ főtitkára visszaemlékezéseiben a következőképpen fejezi ki ezt a szép gondolatot:

„Nem tudom már, hogy ki és mire vonatkozólag tett fel kérdést, és azt sem tudom pontosan, mikor történt ez. A válaszra sem emlékszem. De attól a pillanattól kezdve, hogy valakinek vagy valamire igent mondtam, biztos voltam benne, hogy a létnek értelme van, és az életnek van célja.”

Irodalom

DAVISON, G. & NEALE, J.: Abnormal Psychology. Wiley & Sons, Inc. 1982.

F. POGÁNY JUDIT: A depresszió értelmező stílusának vizsgálata. Doktori értekezés, 1988.

SCHEIER, M. & CARVER, C.: Effects of Optimism on Psychological and Physical Well-Being. Cognitive Therapy, 1992.

Az egészségmagatartást befolyásoló kritikus pontok a személyiségfejlődésben

A társadalmi környezet világszerte rohamosan változik. Új szociális környezetet, szabályrendszert, életformát alakítunk ki, amelyben az ember gyakran diszfunkcionálisan él, működik, diszkomfort érzésekkel. Ezt mutatják az egészségi állapotról szóló mutatók.

Míg korábban világviszonylatban a vezető halálokokhoz szomatikus eredetű betegségek kialakulása, lefolyása vezetett, ma a leggyakrabban halálhoz vezető megbetegedésekben igen lényeges a magatartási kockázati tényezők szerepe, az érzelmi funkciózavar, a szorongás, a depresszió (KOPP-SKRABSKI, 1995).

Az ember gyorsuló ütemben alakítja át saját világát, csak azt nem mérlegeli, hogyan tudja azt elviselni.

A szocializáció során kialakuló, az életvezetést meghatározó értékek, attitűdök, minták – az éniidéál, a magatartás szabályozásában bizonyos életszakaszokban nagyobb súllyal érvényesül, mint az élettani egyensúly fenntartása. Ez a kölcsönös szabályozás (pszichikai-élettani) a jelenlegi környezeti feltételek mellett nehezen biztosítható.

A szoros kölcsönhatást a személyiség és a társadalmi környezet között a tevékenység biztosítja. A tevékenység, a viszonyulás, a magatartás teremt összhangot az ember és a környezete között. Az összhang megbomlása alkalmazkodási nehézség, alkalmazkodási képtelenség formájában betegítő hatással lehet az egyénre.

Hogyan kell tehát a tevékenységet, magatartást megszervezni, az egészség megőrzése, fejlesztése érdekében?

Az egészséget szolgáló magatartás magában foglalja az egészségről, betegségről szóló ismeretek, információk, tudás mellett azoknak a környezetben előforduló kockázati tényezőknek az ismeretét, amelyek veszélyeztetik egészségünket. Feltételezi a szociális környezetünkkel való kapcsolatunk során az indulati élet szabályozottságát, a konstruktív együttműködés képességét és fejlett empátiás készséget. Ezek biztosítják többek között emberi kapcsolataink örömszínezetét.

Az egészségmagatartás az egészséggel, betegséggel, az életmód kockázati tényezőivel összefüggő kognitív tartalmak, attitűdök, emóciószabályozó és más kontrollfunkciók, valamint egészségvédő-őrző viselkedési stratégiák összessége, és e

cél elérésének kitüntetett komponense az örömképesség fenntartása (Kulcsár jegyzet – kézirat, 1995).

A ma leggyakrabban halálhoz vezető megbetegedésekben igen jelentős a magatartási kockázati tényezők szerepe. Az ember egy életen át tanulja, tökéletesíti a megküzdési mintákat, stratégiákat a negatív érzelmi helyzetek, a kontrollvesztett állapotok, életnehézségek megoldására, feldolgozására. A személyiségnek és a társadalmi környezetnek számos összetevője befolyásolja ennek sikerességét vagy sikertelenségét. A kudarc, a szorongás szintjének alig elviselhetővé válása, a tehetetlenség, a céltévesztés, célvesztés a magatartási zavarok és végső soron a gyakori halálokok közös háttértényezője.

A megküzdési stratégiák kialakulása azonban nem csak a személyiség minőségétől és a társadalmi környezet feltételeitől, lehetőségeitől függ, az életút során is változik. Adaptív funkciója, intenzitása a személyiség fejlődése során, életszakaszonként eltérő lehet.

Egyes életszakaszokban a pszichés megbetegedés sűrűsödését, a tünetképződés gyakoribb előfordulását tapasztaljuk: az életút vizsgálatokban több érzékeny, sérülékeny, a személyiség fejlődésében különös hangsúllyal rendelkező szakaszt figyeltünk meg. Ezek a fokozott érzékenységu, fogékony, ugyanakkor igen sérülékeny időszakok minőségileg új viselkedési, pszichoszociális és kognitív szintek kialakulását eredményezik.

Az egészségmagatartás vizsgálata szempontjából tehát ezek a szakaszok kritikus pontoknak tekinthetők (BAGDY, 1977).

Életünk során a legnagyobb minőségi változás maga a születés. A totális biológiai függés állapotából az önálló lét állapotába kerül az újszülött. Az anatómiai függést a fiziológiai, pszichikus függés váltja fel. A test függetlenné válásával megteremtődik az „én” biológiai alapja, és megindul a személyiség fejlődése a pszichikus „én” kialakulása felé. Az újszülött léte azonban még hosszú ideig az anyától függ, az anya az egyetlen *létfontos* emberi kapcsolata. Ez a kötődés feltétele és mintája lesz a későbbi kapcsolatoknak, amelyeket az anyával átélt korai kapcsolat tapasztalatainak hatására felcserélhetetlennek tudunk megélni.

Az anya-gyermek kapcsolat minősége az egészséges személyiségfejlődés feltétele. Történelmései, a korai bevésoedések mentén meghatározzák a későbbi kapcsolati mintákat, érzelmi biztonság-bizonytalanság érzését az önmagunkhoz való viszonyulás csírait.

A fejlődés újabb fordulatot hoz az én-élmény megjelenésével, az én első érvényesítésének időszakában. Ekkor teremtoedik meg az önálló pszichikai lét feltétele. Az anyával való átmeneti szembefordulás jelzi, hogy a gyermek belsőleg képessé vált megbontani az anya-gyermek szimbiózist, elkülöníteni az én és a másik viszonyát (MÉREI-BINÉT, 1970).

Megindul a kisgyermek és a környezet kölcsönös szabályozása, ebből alakul ki az önszabályozás, önkontroll, amely ennek a kritikus pontnak a pszichés feladata.

A szülői akarat, amely többek között az egészségmagatartás alapelemeit hordozza, a gyermekben *interiorizálódik*; a külső követelés belső parancsá válik. Ez a lehetséges útja annak, hogy a gyermek megmaradjon a szülői szeretet biztonságában.

Míg korábban a szülő – gondozói tevékenységével – *egészségvédő-megőrző magatartása* dominált, addig az óvodás és kisiskolás korban követeléseivel a gyermek *egészségfejlesztését szolgálja*. Kiépíti az egészséges életmód kognitív tartalmainak és viselkedési elemeinek alapját.

Az iskoláskorban új szociális környezetben új tevékenységi formák jelennek meg. A játéktevékenységet a tanulás, a munka váltja fel, amely alkalmassá teszi a gyermeket a feladatszerűség, a kötelesség belátására, megerősíti a szabálytudatot, kialakítja a teljesítmény igényét. A differenciált társaskörnyezethez való alkalmazkodás, a sikerélmény, teljesítményöröm megtapasztalása előkészíti a harmóniára törekvő, egészséges attitűdöket, kontrollfunkciókat a mentálhigiénés viselkedési stratégiák kidolgozásához.

A személyiség fejlődésében a prepubertás lezárja a gyermekkort. A 10-12 éves gyermek hatalmas szellemi kapacitással, nyitottsággal fordul a környezet, a külvilág felé. Gyűjt és építkezik – énjét építi a világból merített anyaggal. Stabílan beépíti a szociális környezettől – szülők, nevelők - kapott *értékrendszert*, belsővé válik a szabály és a tilalom, átalakulva saját *meggyőződésé, ítéletrendszeré* (ERDEI, 1990).

A megelőző években közvetített – egészségmagatartással összefüggő – kognitív tartalmak, egészségvédő viselkedési elemek, kontrollfunkciók beépülésének kardinalis pontja ez az életszakasz.

A kiskamasz egészségét megőrző-fejlesztő magatartása függetlenedik a saját egészségi állapotáról nyert információtól, és attól, hogy az adott viselkedés, viszonulás objektíven hatékony-e. Ez a belső értékrendszer a későbbi életszakaszokban a kontrollfunkciók megszilárdulásával, a viselkedési stratégiák (konfliktuskezelés, problémamegoldás, döntési technikák, kommunikáció stb.) repertoárjának bővülésével egészül ki.

A felnőtté válás hosszú folyamatában az utolsó nagy biológiai és pszichikus átalakulás a *pubertás* idején zajlik.

A biológiai átalakulás a szervezet eddigi harmóniáját megbontja. A kritikus fejlődési szakasz előhírnöke az „alakváltás”, amely az én integritását veszélyeztetve énkép módosítást igényel. Hiszen az önmagunkról való tudás első eleme, alapja, gyökere a testkép. A test forradalma új igényeket, zaklató erejű vágyakat hív életre. A megváltozott testhez újfajta viszonyulás alakul ki, a nemi vágy is arra készíti, hogy jobban odafigyeljen testi történéseire. Ez okozhat átmeneti bezárkózást,

befeléfordulást a saját élményvilágba. Belső világában való elzárkózását úgy éli át mint a külső világban, a környezetben bekövetkező változást. Úgy látja, minden, mindenki megváltozott. Visszavonulása, önvédelmi jellegén túl, az én stabilizálódását, a családtól való elszakadását az autonómia kialakulásának irányában segíti elő.

Emocionális labilitását viselkedése, hangulati ingadozása jól tükrözi.

Pszichés átalakulása erősen próbára teszi a serdülőt és szociális környezetét (család, iskola) is.

A pubertáskor pszichikus célja az én érzelmi önállósodása, a kötődési fordulat megvalósítása, a felnőtté válás megalapozása. Másként: az énkeresés, helykeresés, társkeresés.

A keresés, kutatás szinte folyamatos összeütközést, konfliktust okoz környezetével és önmagával (ERDEI, 1990).

Ennek a kritikus fejlődési szakasznak a hívó ingere a kortárscsoport, a közös élmény, a közös átélés. Ebből fakad a családi kapcsolatok átalakítására való törekvés, a kötődési fordulat, az érzelmi önállósodás.

Miközben érzelmileg eltávolodik a függőségi viszonyt konzerváló kapcsolatoktól, keresi énjét, alakítja azonulását a felnőtt szereppel. Magatartást választ a kipróbált viselkedésmódokból, életutat tervez, hivatást keres.

A serdülőkorban rövid idő áll rendelkezésre a komplikált felnőtt élethez való alkalmazkodáshoz. Ezt jelentősen megnehezítik az interperszonális kapcsolatokra jellemző rejtett, alig tudatosodó szabályok, amelyek be nem tartása pszichés szankciót von maga után. Sok feszültség, frusztráció, pszichés sérülés kíséri a fiatalt, amíg kialakul személyiségének autonómiája (VIKÁR, 1980). Ez a nehezen megszerzett „tudás” képezi felnőttkorban az egészséges, empatikus, örömszínezett emberi kapcsolatrendszerének „nyersanyagát”.

Bonyolult, soktényezős pszichés feladatot kell megoldani a személyiségnek ebben a fejlődési periódusban. A megoldás, a begyakorlás elakadása fejlődési válságok, krízisek forrásává válhat. Különösen sérülékeny időszaknak tekinthetjük ezt az életkori szakaszt abból a szempontból is, hogy a pszichés egészség-betegség határai gyakran összemosódnak. A serdülőt érő lelki terhelés fokozott. Oly mértékű szorongást, feszültséget kell kezelnie, amelyre még nem érett és nem felkészült. Az egészséget veszélyeztető viselkedési próbálkozások – amelyek egyik célja; megszabadulni a szorongástól – megjelenése gyakoribbá válik ebben az életkorban.

Ez a biológiai-pszichológiai változásoknak többé-kevésbé kiszolgáltatott fejlődési szakasz a deviáns életút kiindulópontjává válhat. A szociális környezet *mentálhigiénés prevenciója* kiemelkedő jelentőségű a serdülő korosztálynál.

Jelentős fordulatot hordoz az *öregedés* időszaka az egészségmagatartás alakulásában. Sok esetben a már megszilárdult, énrésszé vált egészségvédő-fejlesztő magatartás széthullik, jelentőségét veszíti. Más esetben a személyiség az *öregedés* első jeleire rácsodálkozva, fokozott figyelemmel fordul önmaga, saját teste felé, és alakít ki új viselkedési stratégiát egészsége fenntartása érdekében.

Az *öregedés* szakaszában tettenérhető szélsőséges változás is jelzi, hogy bonyolult szomatikus, pszichés és szociális folyamatról van szó, s ezért az általános megállapítások és határozott állítások gyakran kockázatosak.

Az *öregedés* a test működésében és felépítésében, a pszichikumban és a személy alkalmazkodásában bekövetkező változások meghatározott rendszere. E változások jelentős része röviddel azután veszi kezdetét, hogy a személyiség elérte a biológiai érettséget. A változások igen differenciáltak és fokozatosak, bár az *öregedés* „tempója” kiszámíthatatlan.

A test működését befolyásolhatják a betegségek, kóros szervi működések, a pszichikumban a pszichoszexuális zavarok, az érzelmi élet rigiditása felgyorsítják az *öregedés* folyamatát. Kiemelt jelentősége lehet a munkaképesség, munkalehetőség „idő előtti” megváltozásának, amely a környezethez való viszonyulást, alkalmazkodást zavarja meg (RIEMANN, 1988).

Az *öregkor* kezdete azonban az elszakadással és a visszavonulással kapcsolódik össze, ezek feldolgozása, megoldása képezi az *öregkor* alapvető pszichológiai feladatát.

Ez az életkor jelentős hasonlóságokat mutat a serdülőkorral. A személyiségfejlődés mindkét pontján alapvető biológiai változások mennek végbe, bekövetkezik az „alakváltás”, megváltozik a testkép. Míg serdülőkorban az első kínos meglepetést a kíváncsi várákozás váltja fel, az *öregkor*ban az első kínos meglepetést egy hosszan elnyújtott „gyász” követi, amelyben napról-napra veszít az ember korábbi, elfogadott testképéből valamit („hajam színe, szemem fénye...” sorolja egy nyugdíj felé közeledő depressziós beteg).

Mindkét életszakaszban mélyrehatóan változik a személyiség és a környezet viszonya, kapcsolatrendszere. Az elszakadás, az érzelmi leválás (megvalósítása-elcsenvedése) pszichés megoldása, feldolgozása alapvető mentálhigiénés feladat. Elakadása szorongás, feszültség forrása lehet, krízis állapotot hozhat létre mindkét fejlődési ponton.

Az „üres fészek” tényének elfogadása vagy elutasítása pozitív és negatív irányban befolyásolhatja az egészségmagatartást. Az új életre való berendezkedés felerősítheti az egészséggel, az énnel való foglalkozást, a kiegyensúlyozott, harmonikus életmód újragondolását. Az érzelmi elszakadás feldolgozásának hiánya életvezetési zavarokat idézhet elő, amelyben az egészségmagatartás elemei, viselkedési

stratégiai felbomlanak, értéküket veszíthetik, esetenként önsorsrontó technikák jelenhetnek meg.

Ezt erősítheti fel az az aggodalom, kétség, amely a szexuális vágy meggyengülése, ritkulása nyomán keletkezik. Ennek a jelentős örömforrásnak a veszélybekerekülése önmagában is elégséges ok lehet arra, hogy felboruljon a korábban stabilan funkcionáló egészségvédő viselkedés. Külső kapcsolatok, pótszerek, kárpótlások keresésével igyekeznek elhárítani az önbizalomvesztést. Meglepően sokan nincsenek tudatában annak, hogy a szexuális úton szerezhető örömrzés, a szexuális aktivitás egy életen át tarthat (ATKINSON, 1995).

A visszavonulást általános társadalmi gyakorlat segíti elő, a „nyugalomba vonulás” (nyugdíjas kor). Ezt a folyamatot könnyebben viselik azok az emberek, akik életük során folyamatosan, hivatásszerűen végeztek valamilyen tevékenységet. Érdeklődésük szinte életük végéig fenntartja a kapcsolatot korábbi munkájukkal, annak bizonyos vonatkozásaival. Ez javítja az érzelmi stabilitást, és enyhíti a visszavonulást, visszahúzódást kísérő tüneteket.

A korábbi szociális milióból való kiválás komoly beilleszkedési problémát jelenthet. A személy többé nem tagja a korábbi kisebb-nagyobb társadalmi csoportnak. A családi, rokon kapcsolatokat igyekszik felújítani, megerősíteni az átmeneti időben.

Jelentősen csökken azoknak az embereknek a száma, akikkel a visszavonuló a megszokás alapján kapcsolatban állt. Interperszonális kapcsolatai minőségileg is módosulnak, így átépülnek a célok, a magatartás, az érdeklődés és az értékek.

A társadalmi életben való részvétel csökkenése megváltoztatja az öregedő ember életstílusát, és arra ösztönzi, hogy többet törődjék személyi problémáival.

A vizsgálatok azt mutatják, hogy elfogadható egészségi állapot és megfelelő pénzügyi források mellett az ember hamar alkalmazkodik megváltozott körülményeihez, szemléletmódja, egészségi állapota javul. Nem annyira az öregkor és/vagy a nyugdíjba vonulás, inkább az öregkorba és a nyugdíjas létbe történő átmenet az, amely az egészségmagatartásban változásokat okozhat. Ez az életkor egy új felismerést hoz; a gyermekkorban megalapozott, felnőttkorban szinte automatizmussá vált egészségmagatartás záloga lehet az egészséges, derős, fájdalommentes öregkor.

Az öregkori egészségmagatartás kritériumai:

- fokozatos átmenet a felnőttkori és az öregkori beilleszkedési séma között;
- a felelősségtől való mentesülés és a biztonságérzet által nyújtott kellemes közérzet;
- megfelelő anyagi biztonság;
- a belső lelkiállapot és a külső körülmények közötti összhang;
- az öregkor és a halál elfogadása (BROMLEY, 1972).

A felsorolt szempontok jelzik, milyen törekény, sokszempontú, erősen feltételhez kötött az egészséges közérzet az öregkorban. Megteremtéséhez a személyiség – önmaga törekvéseivel – nem elégséges. A társadalmi és perszonális környezet segítsége nélkül egészségmagatartása nem tartható fenn. A kockázati tényezők jelentős növekedése miatt külső segítségre szorul az idős ember. A nem kellő támogatás, a támasz hiánya egyre nehezebbé teszi a korábbi mentálhigiénés életvezetést. Ezt támasztja alá az életkor növekedésével sűrűsödő szuicidium, alkoholizmus, pszichiátriai megbetegedés.

A prevenció (másod- és harmadlagos) jelentősége kiemelkedő az öregkorban. Ennél jelentősebb eredményt csak az a társadalmi szintű felismerés hozhat, hogy az öregkori biztonság, a kényelmes, egészséges, ésszerű életvitel olyan jogokat jelent, amelyeket az egyén munkája és szolgálatai révén a közösség jóléte érdekében tett hozzájárulása viszonzásaként kap.

M. Rosenbaum szerint az egészségmagatartás jelentős mértékben függ az élményszabályozás képességétől (The William S. Schwartz Laboratory for Health Behavior Research). Az élményszabályozás (1) a nyitottságból, az élmény elfogadásából és (2) a konstruktív válasz megszervezésének képességéből áll. Az egészséges személyiségben e két faktor egyensúlyban áll.

Ha ismét megvizsgáljuk a személyiség életútjából kiemelt két kritikus fejlődési pontot, értelmezhetővé válik a prevenció jelentősége.

A serdülő és korai ifjúkorban lévő személyiség szélsőségesen nyitott az új élményekre, viszont a konstruktív élményreakció megszervezésében még nem mutat kellő jártasságot, egészségvédő viselkedésspektrója viszonylag szűk.

Az öregedés időszakában a konstruktív élményreakció kidolgozott, az élmény elfogadása azonban már jelentősen beszűkült, a személyiség nyitottsága erősen korlátozott.

Az egyensúly feltételei tehát mindkét életszakaszban hiányosak, ezért a pszichés egyensúly könnyen felbillen.

A többirányú megközelítés alapján egyértelműen leszögezhető, hogy a személyiségfejlődés során fellelhető kritikus pontokban a személyiség megküzdő mechanizmusa csökken, miközben a fokozott biológiai, pszichológiai és szociális megterhelés miatt a magatartás kockázati tényezői jelentősen megnövekednek.

Irodalom

ATKINSON, R.: Pszichológia. Osiris -Századvég, 1995.

BAGDY: Családi szocializáció és személyiségzavarok. Tankönyvkiadó, 1977.

BROMLEY, D. B.: Az emberi öregedés pszichológiája. Gondolat, 1972.

ERDEI: Kritikus periódusok a személyiségfejlődésben a születéstől a felnőtté válásig. Gyermek és ifjúságpszichiátria (szerk.: Szilárd-Vetro). SZOTE, Szeged 1990. 3-28.

KOPP-SKRABSKI: Alkalmazott magatartástudomány. Corvinus, 1995.

MÉREI-BINÉT: Gyermeklélektan. Gondolat, 1970.

VIKÁR: Az ifjúkor válságai. Gondolat, 1980.

The William S. Schwartz Laboratory for Health Behavior Research, Tel Aviv University, Department of Psychology and the Golda Meier Institute 1995. (idézi Buda B. Végeken 1995.)

Környezet és egészség

Az emberi egészség, tehát az életműködés zavartalansága, a szervezet, illetve a szervek betegség nélküli állapota a történelem folyamán mindig szoros kapcsolatban állt az ember környezetével (természeti, tárgyi, közösségi stb.). A környezet változása mindig új és új kihívásokat jelentett az egészsége megőrzésére törekvő ember számára.

Az egészséges életmódra nevelés egyik legfontosabb színtere mindig is a nevelés, oktatás, és annak a századok során kialakult formája: az iskola volt. Egy 1929-ben kiadott elemi népiskolai értesítő könyvecske *Szükséges tudnivalói* között a következőket olvashatjuk:

„Csak abból az emberből lesz életrevaló ember, aki kerüli mindazt, ami az egészségnek árt. Különösen kerülnie kell a gyerekeknek a dohányzást és a szeszes italokat: bort, sört és pálinkát ... Amely gyermek dohányzik vagy szeszes italt iszik, az nem halad a tanulásban és testileg is elcsenevészedszik, erőtlen, munkára képtelen lesz.

Ez a két méreg oltja be leggyakrabban az emberekbe a tüdővész csíráját is, ami igen sok embernek ássa meg a sírját. Mert a tüdővész nagyon ragadós betegség és mindenki megkaphatja. Hazánkban 70 ezer embert visz el ez a rettenetes betegség évenként. Legjobb ellenszere a tisztaság és a jó levegő.

De nemcsak az arcot kell tisztán tartani, hanem egész testünket, ruhánkat és lakásunkat is. Nem szabad a lakásban köpködni, mert a köpés undorító és terjeszti a betegségeket is. Minden romlott, bűzös dolgot a lakásból és környékéről el kell távolítani. *Tüdönket úgy felfrissíti a tiszta levegő, mint szomjúságtól tikkadt testünket a tiszta víz.* Aki szereti a tisztaságot, az igen sok betegségtől menekül meg ...

Igen fontos kelléke még az egészség fenntartásának a jó táplálkozás is. *Még a legszegényebb ember is táplálkozhatik jól.* Mert nem az a jó táplálkozás, ha valaki finom ételt eszik, ami legtöbbször nem is tápláló, vagy nagyon sokat eszik, amitől beteggé lesz, hanem az, ha valaki rendszeren él, azaz egyszerű eledelét rendszer időben, rendszeren elkészítve fogyasztja el. Ezért tanuljanak meg a lányok jól főzni ...

Akit a szeszes ital egészen rabjává tett, az átok nemcsak a családra, hanem a közösségre is. Elissza minden keresetét, házat, földjét, tehát nemcsak magának, de családjának jólétét és boldogságát is. Ráadásul elvesz a becsülete, mert izgága, kötekedő emberré lesz, azon kívül mert soha nincs észnél, minden rosszra könnyen hajlik. Még koldusbotra sem támaszkodhatik, mert mindenki megveti, mint akinek saját hibája akasztotta nyakába a koldustarisznyát.

Csak józan és erkölcsös élet teszi boldoggá az embert!

Csak ép elméjű és munkabíró polgárok teszik boldoggá a hazát!”

Az egykori értesítő könyvecskéiből vett idézet híven tükrözi a húszas évek végi és a harmincas évek társadalmi problémáit, a TBC terjedését, a szegénységet és az ezekből adódó egészségügyi és társadalmi problémákat. A kisiskolásoknak szánt útmutatások és intelmek felhívják a figyelmet az élvezeti szerek használatának veszélyeire, az egészséges táplálkozásra, a tiszta levegő egészségvédelmi szerepére, a helyes viselkedési formákra. Mindenki felmerülhet a kérdés, hogy egy mai általános iskolai értesítő könyvecskéjében sikerülne-e két oldalra tömörítve összefoglalni korunknak azokat a kihívásait, melyek gyermekeink egészségének eredményes és hatékony megővését veszélyeztetik. Úgy gondolom, hogy ez nagyon nehéz feladat lenne, hiszen a globális gondok mellett egyre több lokális, a környezetet, s így végsősoron az egészséget is károsító problémával kerülünk szembe.

A környezetszennyezés összes gazdasági kárának kiszámítására hazánkban sokáig nem irányult kutatás. Egy 1993-as kutatási program azonban bebizonyította például, hogy a környezetszennyezéssel összefüggő betegségek pénzben kifejezett értéke a bruttó hazai termék 3-5 százalékát teszik ki évente. 1992-es árakon számítva ez 110 milliárd forint. Ráadásul ez a riasztó adat csak az egészséggel kapcsolatos károkat foglalja magába, s nem tartalmazza a növény- és állatvilágban, a műszaki létesítményekben okozott károkat és a közvetett jövedelem kiesést, ami például az idegenforgalom elmaradásából adódik egy-egy különösen szennyezett területen. Magyarország környezetvédelmi ráfordításai 1992-ben még a felét sem érték el a 110 milliárdos egészségi kárnak. A szakemberek szerint ugyanakkor elvárható lenne, hogy egy ország legalább akkora összeget fordítson a környezet védelmére, mint amekkora veszteséget okoz az emberek egészségében.

A környezeti krízis eredményes kezelése, s ezzel párhuzamosan az egészségkárosodások visszaszorítása szempontjából a természet- és műszaki tudományok mellett egyre nagyobb szerepet kell vállalniuk az embertudományoknak is, amint erre Havas Péter (1996) is felhívja a figyelmet: „Ma egyre inkább úgy látjuk, hogy a humánökológiát, az emberi társas viszonyokat, a társadalmi-kulturális környezet természetrajzát kell alapnak tekintenünk az emberi magatartás és értékrend megváltoztatásához. A környezeti problémák az emberiség sorskérdéseivé váltak, amelyek megértése és kezelése a humán szféra, a társadalomtudományok, illetve az emberi viselkedés szakszerűbb megértésével lehetséges. A környezeti problémák megértéséhez nem a környezettudományok, hanem az embertudományok visznek közelebb, mivel e problémákat az embercsoportok okozzák ...

Ha nem leszünk képesek változtatni a dolgokon, a környezeti katasztrófák sötét örvényébe zuhan fajunk és a bioszféránk nagyobb része. Ha a mai fogyasztási és termelési tendenciák folytatódnak, a jövő évezredben csak a *temetkezési biznissz* marad az egyetlen virágzó üzletág. Érti ezt a civilizált emberiség, a halálfélelemtől reszkető posztmodern kultúra, amely kétségbeesetten kapaszkodik az ősi világvallások és az egyre divatosabb mai szekták hitfoszlányaiba, a drogba és a

kabalizmusba, a természetgyógyászatba és mindenekfelett a pénzhajszolásba. Kultúránkban népbetegséggé válik a szorongás, a pánikbetegség és a különböző szociális betegségtípusok, terjed az agresszió, a kriminalitás, a kapcsolatbetegségek sokasága.”

Közhelynek számít, hogy a környezetszennyezés nem ismer országhatárokat. Mindenesetre e tény felismerése is hozzájárult egy nemzetközi szintű közös cselekvési program kidolgozásához. 1989-ben Frankfurtban aláírták a *Környezet és Egészség Európai Kartáját*. Az ENSZ 1992-es riói Környezet és Fejlődés konferenciáján a résztvevő országok elfogadták a *Feladatok a XXI. századra* (Agenda 21) című dokumentumot, mely szintén jelentős figyelmet fordít a környezetegészségügyi kérdésekre. 1994-ben Helsinkiben az Egészségügyi Világszervezet (WHO) tagállamainak környezetvédelmi és egészségügyi miniszterei és az Európai Bizottság (EC) környezetért és egészségért felelős tagjai kiadtak egy dokumentumot, a *Helsinki Nyilatkozat a környezetért és egészségért teendő európai intézkedésekről* címmel. A résztvevők közös céljukat a következőképpen fogalmazták meg:

„A mostani generáció egészségügyi- és életkörülményeinek javítása, továbbá annak biztosítása, hogy a természet teherbíró képességét ne lépjük túl, és megóvjuk a jövő generációk kielégítő és produktív élethez való jogát. A fenntartható fejlődést csak a termelés és fogyasztás jelenlegi modelljeinek gyökeres változásaival lehet biztosítani. Az ember és a természet együttélése az emberiség jövőjének előfeltétele. A társadalom prosperitását és folyamatos fejlődését a természet biológiai sokféleségének teljes elismerésére és kitaró védelmére kell alapozni.”

A Helsinki Nyilatkozat nyugtalanítónak tartja az európai régióban élő nagyszámú ember egészségét és jólétét érintő súlyos körülményeket, amelyek a nem kielégítő lakó-, munka- és pihenési környezet eredményei.

A helsinki konferencia felhívta a résztvevő országokat arra, hogy dolgozzanak ki terveket „a kormányzati, nem-kormányzati szervezetek és helyi közösségek különböző szintjeinek kooperatív tervezésén alapuló elsőbbségi intézkedéseire”, miután hangot adott annak a meggyőződésnek, hogy az egészséges és ökológiai-lag szilárd helyi közösségek megteremtéséhez sürgősen szükség van egy átfogóbb, integrált megközelítésre és a jólétükhöz hozzájáruló sok tényező közötti kölcsönhatás lényegesen jobb megértéséhez.

A helsinki találkozó szellemében a népjóléti és a környezetvédelmi tárca vezetésével Magyarországon is elkezdődött a Nemzeti Környezetegészségügyi Akcióprogramnak (továbbiakban: NEKAP) és megvalósítási tervének a kidolgozása, melyben a két tárca mellett más minisztériumok képviselői is részt vettek (PINTÉR A., 1996).

Az akcióprogram elvi kiindulópontja szerint a fizikai, biológiai, társadalmi-szociális és lélektani környezet jelentősen befolyásolja a lakosság egészségi állapotát, életkilátásait. Ugyanakkor az emberi tevékenység is megváltoztatja a környezetet, és a kölcsönhatás sokszor mind az egészségre, mind a környezetre káros. A dokumentum elfogadja az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1993-ban közzétett környezetegészségügy meghatározását, mely szerint:

Környezetegészségügy alatt az emberi egészséget, beleértve az élet minőségét érintő azon tényezőket értjük, amelyeket a fizikai, biológiai, szociális és pszichoszociális környezet határoz meg. A környezettel kapcsolatban azokkal az elméleti és gyakorlati kérdésekkel foglalkozik, amelyek a jelen és a jövő társadalom egészségi állapotának felmérését, javítását, a károsító okok kontrollját, illetve kiküszöbölését jelentik.

A környezeti és egészségügyi kihívás

A finn fővárosban 1994. június 22-én aláírt nyilatkozat az egészséget veszélyeztető környezeti kérdéseket hét problémakörre osztja, s ezeken belül 18 olyan veszélyforrást jelöl meg, amelyek megszüntetésére illetve csökkentésére feltétlenül szükség van ahhoz, hogy az egészségmegőrzés területén eredményeket érjünk el. Érdemes ezeket a témaköröket részletesen is áttekinteni úgy, hogy röviden, néhány kiragadott adat vagy példa segítségével, a teljesség igénye nélkül a hazai és a külföldi vonatkozásokat is megemlítsük.

Szennyezett élelmiszer és víz

„Európában több mint 100 millió ember nem jut biztonságos ivóvízhez, és még ennél is nagyobb számban vannak olyanok, akik nem részesülnek szennyvízkezelési szolgáltatásokban.” *(Nyilatkozat a környezetért és egészségért teendő európai intézkedésekről.)*

Magyarországon több mint 1000 olyan település van (itt él az ország összlakosságának csaknem 15%-a), ahol nem megoldott az ivóvízellátás. Az elmúlt harminc évben használhatatlanná szennyeződött az ország csaknem valamennyi ásványi kútja. Pedig ha visszatekintünk hazánk történelmére, akkor kiderül, hogy már a rómaiak közművesítették Pannónia legjelentősebb településeit. A XV. században pedig megépültek Buda első víz- és csatornaművei. Napjaink ivóvízellátásának legfőbb gondja, hogy az ország napi vízfogyasztásának jelentős hányada felszínközeli víznyerőkből származik, s ennek jelentős része szennyeződött. Az ország számos részén jelent problémát a nitrátosodás, az arzén jelenléte és a klóro-

zási melléktermékek. A kilencvenes évek elején újabb típusú szennyezések váltak ismertté, mégpedig a volt szovjet katonai bázisok környékén jelentkező problémák. A végső összesítések szerint több mint 66 milliárd forintba tehető a szovjet csapatok által okozott környezet- és természetvédelmi kár – 340 helységben 171 helyorségen körülbelül hatezer épületet és 46 ezer hektár területet érintett. Ebből a szempontból a legveszélyeztetettebbek közé tartozott Sármellék, Veszprém, Pápa, Debrecen, Mezökövesd, Bócsa és Orgovány.

Sármelléken például 900 ezer kilogramm szénhidrogén került a talajba, és csak hamar elérte a település kútjait. Az innen vett vízminták jelentős mennyiségű kerozint tartalmaztak, s tűz- és robbanásveszélyesek voltak! Tökölön az első vízáadó réteg úgy elszennyeződött, hogy a környezetszennyezés Budapest ivóvízkészletét is fenyegette.

Dorog és környéke hulladékát azon a területen tárolták, amely alatt az a karsztvízgyűjtő helyezkedik el, amely a környék ivóvizét nyeri.

A vezetékes ivóvízellátás növekedésével nem tart lépést a szennyvittisztítás, ezért az ivóvízbázisok veszélyeztetettsége tovább fokozódik (DÉSI, 1995, 1996).

„A vízzel terjedő fertőzések, mint például a hepatitis A és a hasmenéses betegségek, súlyos problémát jelentenek a régió keleti részében, ahol a megbízható ellátás biztosításának nehézségein túlmenően, a vízkezelés hiányosságai és az elosztó rendszerek elégtelen karbantartása, a vízellátás mikrobiológiai szennyezését eredményezik.” *(Nyilatkozat a környezetért és egészségért teendő európai intézkedésekről.)*

Mégis, Magyarországon szerencsére ez a veszélyforrás még mindig sokkal kisebb jelentőségű, mint keleti szomszédainknál.

Az élelmiszerek mikrobiológiai szennyezettsége miatt bekövetkező megbetegedések száma az egész régióban emelkedik az élelmiszer termelés, feldolgozás és tárolás ésszerűtlen vagy hiányos gyakorlata és technológiai miatt.

„Becsles szerint egyedül a *Salmonella* és *Campylobacter* okozta megbetegedések évente mintegy 130 millió embert veszélyeztetnek.” *(Nyilatkozat a környezetért és egészségért teendő európai intézkedésekről.)*

A Nemzeti Környezetegészségügyi Akcióprogram megállapítása szerint az *élelmiszerbiztonság*, azaz a minden szempontból kifogástalan táplálék biztosítása magában foglalja a vegyi és mikrobiális szennyezés elkerülését, az egészségre ártalmas adalékok használatának kiküszöbölését, az élelmiszerek elkészítése során esetlegesen keletkező káros anyagok mennyiségének csökkentését.

Ahhoz, hogy a feladatok megoldását felgyorsítsuk, s az akcióprogram sikeres legyen, a helyzetelemzésnek konkrét, értékelhető adatokra kell támaszkodnia, a

programban résztvevő szakembereknek a prioritások tudományos megalapozását el kell végezni, s erősíteni kell a megoldásban résztvevő szervezeteket. Ennek érdekében nagy jelentőséget tulajdonítunk a *környezetegészségügyi információs rendszer fejlesztésének*, a programhoz szükséges információk biztosításának (PINTÉR A., 1996).

Azt, hogy az élelmiszerek, valamint a fogyasztás érdekében tenyésztett illetve termelt állat- és növényfajok súlyos fertőzéseket okozhatnak, jól példázta az az eset, mikor napvilágra került az a feltételezés, mely szerint a szarvasmarhák eddig ismeretlen betegséget, az ún. „agyszivacsosodást” vihetik át az emberre, és ez az angliai szarvasmarhák tömeges elpusztítását tette szükségessé.

Az élelmiszerek vagy a fertőzött ivóvizek által terjedő betegségek közül az emberiség történelme folyamán a legtöbb áldozatot a kolera szedte. A kolera akut, csak emberen előforduló betegség, amelynek kórokozóját (*Vibrio cholerae*) Koch fedezte fel. Magas lázzal, hányással és súlyos hasmenéssel jár. A folyadék- és sóvesztés a szervezet kiszáradásához és akár órák alatt kialakuló keringési elégtelenséghez vezethet. A betegség világszerte előfordul, hazája mégis elsősorban India. A XIX. század elején észlelt nagy járvány útja Bengáliából Kisázsiaiba, Oroszországba, majd Európába vezetett. 1832-ben súlyos járvány volt Londonban. Európából terjedt át a betegség Amerikába, majd Kínába. A múlt században négy nagyobb járvány vonult végig a világon. Európában az utolsó nagyobb járvány az első világháború alatt a Balkánon szedte áldozatait, de még 1970-ben is fenyegetett az a veszély, hogy a Szovjetunió asztraháni területén kialakult kolera-járvány áttérjedhet Európa nyugati felére is. Ekkor az észlelt esetek kórokozója az úgynevezett *El Tor kolera-vibrio* volt, amely 1961 óta 25 ázsiai és Csendes óceáni országban lépett fel. Sporadikus esetek főleg a kikötőkben és a közlekedési útvonalak mentén még mindig előfordulhatnak – jelezve, hogy a közlekedés fejlődése adott esetben ellenőrizhetetlenné és nehezen megfékezhetővé teszi a fertőzések gyors terjedését. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) közleménye 11 pontban összegezte a betegség elleni eredményes harc akadályait. Ezek között szerepel például a turizmus miatt a higiénés viszonyok rosszabbodása, a kikötőkön, pályaudvarokon tapasztalható nem megfelelő tisztaság, valamint az, hogy nem tulajdonítanak kellő jelentőséget annak a ténynek, hogy a kórokozókat csak bizonyos táplálékok továbbítják. Ugyanakkor nincs megfelelő nemzetközi megállapodás a romlandó élelmiszerek elkészítésére, tárolására, szállítására illetve fertőtlenítésére. Lehetséges, bár erre nincs közvetlen bizonyíték, hogy a kórokozókat árúk, állatok és postai küldemények is közvetíthetik az emberre. Gondot okoz, hogy a közlekedési eszközökre érvényes hulladékeltávolítási szabályok nem megfelelően szigorúak, s hogy a betegségben elhaltak után a házakat, lakásokat, járműveket nem fertőtlenítik kellőképpen (Ázsiában).

Az élelmiszerekkel kapcsolatos problémák sorában meg kell említenünk azokat az eseteket is, amikor egy-egy élelmiszerről, mely adott esetben az egészséges életmód szimbólumává vált, kiderült, hogy komoly egészségkárosodásokat okozhat. Itt természetesen nemcsak a hazai zöldségfélék magas nitráttartalmára gondolhatunk, hanem az olyan botrányokra is, melyek italforgalmazó vagy élelmiszergyártó világcégekkel történtek.

A francia Perrier ásványvíz az évtizedek folyamán státuszszimbólummá vált – a világ számos országában az egészséges életmódhoz kapcsolódott a neve. Megfelelő piacpolitikával, reklámhadjáratral sikerült elérni, hogy az ásványvíz egy életmódot, az egészséges, környezetbarát életet szimbolizálja. Így érthető, hogy szinte pánikszerű reakciót váltott ki 1990 februárjában az az intézkedés, melynek következtében néhány napon belül a világ 120 országában összesen 160 millió Perrier palackot vontak ki a boltok, áruházak, éttermek készletéből: ebből egyedül az Egyesült Államokban 72 millió palackot. Gazdasági számítások 200 millió dollárra becsülték az 1903-ban alapított világcég kárát.

A radikális intézkedések oka az volt, hogy az amerikai ellenőrök benzolt találtak az üvegekben. Mint kiderült a szupertechnikával felszerelt töltőállomáson a szakemberek elfeledkeztek a szűrőfilter esedékes cseréjéről, s a már elhasznált oldaltalkatrész nem tudta leválasztani a káros vegyi anyagokat. Ennek volt köszönhető, hogy benzol keveredett a vízbe a töltés során. Persze a laikusokat elgondolkoztathatja az a tény is, hogy egy természetes ásványvíz forgalmazása előtt miért van szükség filter használatára, hiszen sokan mindaddig úgy gondolták, hogy a források vize eleve vegyszermentes. Magyarországon 1995-ben mutatták ki több reklámozott ásványvízről, hogy baktériumtartalma a megengedettnél magasabb.

A tejtermékek, különösen a sajt félék is fontos tényezői az egészséges táplálkozásnak. 1987 végén valóságos sokkhatást keltett Svájc egyik kantonjában, Vaud-ban, hogy a halálesetek miatt az egészségügyi hatóságok megtiltották egy egész Európában ismert híres sajt, a *Vacherin Mont-d'Or* előállítását és forgalomba hozatalát. Lausanne egyetemi klinikájának orvosait riasztotta a ritka listeriosis-esetek rohamos megsűrűsödése. Négy év alatt 111-en betegedtek meg, s 31-en meg is haltak ebben a betegségben. A svájci orvosok a párizsi Pasteur intézetbeli kollegáikkal együtt kutattak a betegség kórokozójá, a *Listeria*-baktérium után. A vizsgálat során kiderült, hogy a betegek 82 százaléka a megbetegedése előtt ilyen sajtot evett! Ezután 4000 sajtot vizsgáltak meg és megállapították, hogy alapos volt a gyanú. A 2000 tonna sajt készletet, melynek értékét 2 millió svájci frankra becsülték, nyomban megsemmisítették. Később kiderült, hogy Franciaországban két év alatt több mint ezer ember betegedett meg listeriosisban, anélkül, hogy a hatóságok beavatkoztak volna. A megbetegedettek közül harmincan meghaltak. Még mielőtt valakit is elriasztanánk a sajt fogyasztástól, meg kell jegyezni, hogy ezt a betegséget csak a magas víztartalmú puha sajtok terjeszthetik, azok, amelye-

ket az érés alatt rendszeresen kefélnek olyan kefével, amely a saját szélének kialakításához szükséges. Tehát az ementáli, vagy a trapista esetében ez nem fordulhat elő.

A fentiekhez hasonló esetekről a napi híradásokban rendszeresen találkozhatunk. Kérdés persze, hogy a tudományos vizsgálatokkal is alátámasztott kétségtelen tények mellett ezek a hírek mennyire manipuláltak, s hogy nem állnak-e mögöttük konkurens cégek üzletpolitikai szempontjai, a tudományos élet prostitúciója. 1996-ban az amerikai fogyasztók kedélyét az a tudományos értekezés kavarta fel, amely azt állította, hogy összefüggés lehet az agydaganat kialakulása és a Magyarországon is forgalmazott NutraSweet mesterséges édesítőt tartalmazó élelmiszerek fogyasztása között.

A nemzeti akcióprogram keretében kialakítandó hiteles adatbázis minden bizonynyal hozzájárulhat a közvélemény hiteles és szakszerű tájékoztatásához, a lobbyszerdekek visszaszorításához.

Kül- és beltéri légszennyezés

„Egyes városi területeken élők millióinak légzőrendszere van veszélyben az erőművekből, iparból és a növekvő járműforgalomból származó környezeti levegőszennyezési szintek miatt.” *(Nyilatkozat a környezetért és egészségért teendő európai intézkedésekről.)*

A Nemzeti Környezetegészségügyi Akcióprogram a levegőminőséggel kapcsolatban megállapítja, hogy mind a kültéri, mind a beltéri levegő minősége meghatározó az egészségi állapot alakulásában. A gáznemű anyagok (szénmonoxid, kéndioxid, nitrogén-oxidok, illékony szerves vegyületek, toxikus és karcinogén anyagok), respirábilis por, toxikus nehézfémek, allergének stb. a legfontosabb környezetszennyezők közé tartoznak. Ismeretes, hogy az akut és idült légzőszervi megbetegedések gyakorisága mind fiatalokban, mind felnőttekben növekszik, vagyis a levegő szennyezettsége a fertőző ágensekkel szembeni fogékonyságot is növeli.

„A beltéri légszennyezést, beleértve a dohányfüst és a radon okozta szennyezést, amit súlyosbít a megfelelő szellőztetés hiánya, egyre inkább elismerik, mint a rossz egészségi állapot egyik okát.” *(Nyilatkozat a környezetért és egészségért teendő európai intézkedésekről.)*

Mindennapi életünk során mesterséges és természetes sugárzások hatnak ránk. A természetes sugárzások közel felét a radon és bomlástermékei adják (SIETŐ, 1994). Ezért nagy figyelmet kell fordítani annak megállapítására, hogy mennyire van kitéve az ember ezek hatásainak, és hogyan lehetne ezeket az értékeket csök-

kenteni. Az elmúlt évtizedek kutatási eredményei bebizonyították, hogy az uránbányák dolgozói körében a tüdőrák előfordulásának nagyobb aránya a radon és leányelemei belégzésének a következménye. Ekkor kezdték el vizsgálni, vajon a lakóépületekben kialakult radonszint esetleg szerepet játszik-e a tüdőrák előfordulásában a nem bányász népesség körében is.

A talaj radonszintjének aktivitásában nagy eltérések mutatkoznak. A hazai fekete-földek (mezősegi talaj) aktivitása mintegy négyszerese, illetve az agyag aktivitása közel háromszorosa a homokénak. Csökkenti a radon kiáramlását a hótakaró, a légnyomás növekedése, a nagy esőzés illetve a talaj nedvességtartalmának növekedése is. A hazai vizsgálatok megállapították, hogy a talajban mérhető kisebb radonkoncentráció együtt jár az adott talajra épített lakás légtere radioaktivitásának csökkenésével. Ez a vizsgálat igazolni látszik azt a feltevést, hogy az építőanyagok különböző aktivitása mellett a lakótéri radonsugárzás fő forrása a talaj. Ennek következménye, hogy a vizsgálatok szerint a radonkoncentráció éppen az egészségesnek tartott és jó hőszigetelő tulajdonságokkal rendelkező vályogépületeknél a legmagasabb. Fontos, hogy a radont még a lakásokba való bejutása előtt megállítsuk. Ezért az új lakások építésénél bevált módszer az ún. cserépalagcső rendszer alkalmazása, amelyben a talaj gáznyomását egy kis ventilátor segítségével lecsökkenthetjük.

„Az asztmás rohamok és egyéb allergiás reakciók regisztrált növekedésének ugyanakkor a légszennyezés lehet az egyik oka.”

Egyes területeken az iparból és ólmozott benzint használó járművekből származó ólomemissziók a kisgyermekek vérében olyan magas ólomszintet okoznak, amely már a gyermek szellemi fejlődésére is – negatív – hatással van.” *(Nyilatkozat a környezetért és egészségért teendő európai intézkedésekről.)*

Az 1980-as évek elején a *Die Presse* beszámolt Dollinger *A totális autótársadalom* című publikációjáról. A cikk az NSZK-ra vonatkozó nagyon tanulságos és figyelemreméltó adatokat közöl. Ezek szerint az autóforgalom évente 20 millió tonna mérget, kormot és port juttat a levegőbe, és ez okozta az NSZK levegőszennyezettségének 60 százalékát. Az 5000 megvizsgált polgár közül minden kilencedik ólommérgezésben szenvedett. Mint megállapították, nem kevésbé veszélyes a közlekedés okozta lármája és a közlekedési stressz. Az átlagosan 60-90 phón erősségű utcai lármája az autó belsejében felerősödik. Egymagában ez a közönséges lármája is veszélyes a szívre és a vérkeringésre, anyagcserezavarokat okoz, és csökkenti a gyomor szekréciós tevékenységét. A közlekedési stresszről londoni orvosok megállapították: „Az autóvezetés a városi forgalomban annyira igénybe veszi az autósokat, mintha ez alatt 40 fokos lázuk lenne. Az autó okozta civilizációs ártalmak felszámolása ugyanannyiba kerül majd, mint amennyit száz év óta az autó fejlesztésébe invesztálunk.” Mindehhez még hozzá kell számítanunk a ba-

lesetek áldozatait. Az NSZK-ban a hetvenes években átlagosan 19 ezer halottat követeltek évente az autóbalesetek. Háromóránként meghalt egy-egy gyermek az utakon. Évente 60 ezer nyugatnémet polgár szenvedett agysérülést, ebből 5 ezer a gyerek. *Vogel*, München egykori polgármestere joggal állapította meg: „A motorizálódás gyors fejlődéséért városainkban azzal fizetünk, hogy gyors ütemben csökken a kellemes élet, de éppen olyan gyors ütemben növekszik az ár, amelyet emberéletekben, egészségben és pénzben fizetünk. Igen, azt állítom, hogy a legjobb úton haladunk afelé, hogy ilyen módon szétromboljuk városainkat és tönkretesszük önmagunkat: minden milliárddal, amelyet az útépitésbe tömünk, közelebb hozzuk városaink halálát.”

Dollinger tanulmánya is minden bizonnyal hozzájárult ahhoz, hogy felgyorsuljon azoknak a műszaki megoldásoknak a kidolgozása, melyek csökkentik a gépkocsiközlekedés okozta súlyos környezeti és egészségi károkat. *Carl Hahn* a Volkswagen AG. elnöke 1992-ben tett magyarországi látogatása során kijelentette, hogy „a környezetkimélés piaci érdek is”. Ugyanebben az évben Kalifornia államban törvényt fogadtak el, melynek értelmében 1997-ben az államban eladott kocsik két százalékának „nulla emissziójúnak” kell lenniük, azaz működésük semmiféle anyag kibocsátásával nem járhat, és ennek az aránynak 2003-ra tíz százalékra kell növekednie. Ez a törvény arra ösztönözte a nagy autógyárakat, hogy meggyorsítsák az elektromos autók tömeggyártására irányuló fejlesztési munkáikat. Amerikában a Chrysler és a General Motors egymással versengve próbálnak olyan töltőt kifejleszteni, amely percek alatt feltölti a jármű akkumulátorát.

A német BMW az 1991-es Frankfurti Autókiállításon mutatta be azt a modelljét, mely 45 lóerős újszerű elektromotorral rendelkezett, és a mintegy kétszáz kilogrammos, azonos súlyú ólomakkumulátornál háromszor több energiát tárolni képes. Az elektromos autók próbagyártását Magyarországon, Hódmezővásárhelyen is elkezdték. A Puli nevű, s főleg a városi közlekedésre alkalmas kisautók gyártását – a megfelelő piaci kereslet hiánya miatt – veszély fenyegeti!

A jövő autójának mindenképpen környezetbarátnak kell lennie. Az ember, az autó és a természet harmóniáját hirdető Nissan cég Micra nevű „zöld autója” 1993-ban az év autója lett. A Micra súlyának több mint 80%-a újrahasznosítható, beleértve a vas és nem vas fémeket, valamint a műanyagokat is. A Micránál, elsőnek az új Nissanok közül Európában, újrahasznosított műanyagokat használnak fel az új alkatrészek gyártásánál. Minden típust kettős katalizáló konverterrel láttak el, amely jelentősen csökkenti az ólommentes üzemanyagból keletkező kipufogó gázok károsanyag tartalmát. Más tekintetben is „zöld” autónak tekinthető a Micra. A gyártástechnológia egy új, vízben oldható festékrendszert alkalmaz, amely 80%-ban csökkenti az oldóvegyszerek használatát. Tehát úgy tűnik, hogy

az utóbbi években a környezet tisztaság, a biztonság és a gazdaságos üzem a legfontosabb kritérium az új gépkocsiknál.

Ezek az adatok egy viszonylag ideális jövőképet festenek le. A jelen azonban, főleg Magyarországon, még más. A hazai gépkocsipark előregedett, átlagos életkora csaknem tizenkét év. Így sem közlekedésbiztonsági, sem környezetvédelmi szempontból nem kielégítő a helyzet, habár az utóbbi időszakban kétségtelenül történtek biztató intézkedések (PASINSZKI, 1996). A különösen forgalmas helyen lakó, ott óvodába, iskolába járó gyerekek számos komoly egészségkárosító hatásnak vannak kitéve. Ezek egyike a szervezetbe jutó és felhalmozódó ólom. Budapesten a Bocskai úti általános iskolások körében 1993-ban végzett felmérések szerint a gyerekek több mint egyötödének a vérében az ólom szintje magasan az Európai Közösség által még elfogadott érték felett volt. Az ólom igen kis koncentrációban ugyan nem káros, de napi 1-2 mg állandó felvétele idült ólommérgezéshez vezet. A táplálékkal a szervezetbe kerülő, valamint a tüdő falán keresztül felszívódó nehézfém a vérképzőrendszerben és az idegrendszerben okoz kimutatható károsodást. Az idegsejtek receptoraihoz közvetlenül is kötődő ólom – egy bizonyos koncentráción túl – az idegrendszerben maradandó károsodást okozhat.

A növényi táplálékkal felvett ólom mennyisége is jelentős. A növényekbe az ólom egyrészt a szennyezett talajból, másrészt a levegőből kiülepedő porból kerül be. A gyümölcsök felületére rakódott ólom nem mosható le tökéletesen. Vizsgálatok bebizonyították, hogy az utcai árusoktól vásárolt alma esetében a gyümölcs természetes ólomtartalmának a kétszerese kerül a héjra a levegőből rátelepedő porból. Ezért a legtöbb nyugati országban csak az előrecsomagolt, fóliával védett zöldség-gyümölcs utcai árusítását engedélyezik a hatóságok. Nálunk mindezt még nincs ilyen rendelkezés. Jelentős előrelépés viszont, hogy egy kivételével 1996-tól már Magyarországon is csak ólommentes benzint árulnak a töltőállomásokon. 1992 januárja után, amikor a motorbenzin félék ólomtartalmát a harmadára csökkentették, a főváros levegőjének ólomtartalma egy év alatt a felére csökkent.

A balesetek összes fajtájából eredő halálesetek és sérülések, beleértve a nukleáris baleseteket is

„A régióban a közúti, házi és foglalkozási balesetek minden évben 200 ezer feletti halálesetet, valamint nagyszámú sérülést és maradandó rokkantságot okoznak. Ezen balesetek közül sokhoz járulnak hozzá környezeti tényezők. Előfordulásuk hatásos megelőző intézkedésekkel csökkenthető.” (Nyilatkozat a környezeti és egészségért teendő európai intézkedésekről.)

Magyarországon a halálesetek harmadik leggyakoribb oka az erőszakos halál. Közöttük a közlekedési balesetek vezetnek – évente több ezer ember hal meg a közutakon. A közlekedésbiztonság fokozása, a közlekedési balesetek megelőzése fontos része az akcióprogramnak.

„Csernobil után nyolc évvel sok nukleáris erőmű konstrukciója és üzemi állapota még mindig sürgős tökéletesítésre szorul a további ilyen balesetek megelőzése érdekében.”

„A Csernobilban történt baleset által érintett egyes területeken a pajzsmirigyrák gyakorisága gyermekeknél már körülbelül a százszorosára emelkedett a megelőző időszakhoz képest. Sok ember szenved pszichoszomatikus rendellenességektől, ami a balesettel és annak az egészségükre gyakorolt hosszú távú hatásaival kapcsolatos bizonytalansággal hozható összefüggésbe.”

„Egyes országok, garanciát keresve a nagyobb katasztrófák és az emberi egészségre azokból eredő fenyegetések ellen, vagy más okok miatt, olyan energiapolitikát fogadnak el, amely kizárja a nukleáris energiát.” *(Nyilatkozat a környezetért és egészségért teendő európai intézkedésekről.)*

A NEKAP is foglalkozik a sugárbiztonság kérdésével. Az ionizáló sugárzás – mivel az potenciónalisán egészségkárosító – monitoring rendszerének a kiszélesítése és a megelőzés lehetőségeinek a feltárása a jövő feladata. A szaktárcák a közelmúltban dolgozták ki az atomenergiáról szóló törvényt, melynek parlamenti elfogadása után várhatóan a NEKAP célkitűzéseit is támogatni fogja törvényi szinten.

Ökológia és egészség

„A múlt több fontos politikai döntése, mint az Aral-tó medencéjének fejlesztése az intenzív mezőgazdaság érdekében, és Szemipalatyinszk nukleáris fegyverkísérletekhez történő használata olyan helyzeteket teremtett, amelyek ma emberek millióinak egészségét kockáztatják.” *(Nyilatkozat a környezetért és egészségért teendő európai intézkedésekről.)*

Ha az ökológia és az egészség kapcsolatára gondolunk, akkor főleg a természetes életközösségek szerepére utalunk, hiszen ezek igen lényeges elemei az egészségmegőrzésnek és az egészséges életmódnak.

„Hajdanában másként tekintettek az emberek az erdőre, mint manapság. Más volt akkor az egész élet. Az erdő nemcsak fával szolgált, a falusiaknak kiváltképpen nem. Az asszony és a gyereknép tavasztól ősziig kijárt az erdőre, főzhető füvekért, turbolyáért, lapuért, csalánért, vadsóskaért, papsalátáért, mályváért, kákicsért meg a tátorján lisztes gyökeréért, a bodza virágjáért és csetéjéért, vadcseresznyéért,

málnáért, szederért, vadalmáért, vackorért, berkenyéért,ogyoróért, somért, galagonyáért, kökényért, csipkebogyóért, gyógynövényekért, de a vadmadarak tojásaiért is. Szedték a sokféle ehető gombát, fák törzséről, tuskójáról is leverték a taplót, a kenyérsütéshez komlót gyűjtöttek, olykor – a liszt pótlására – tölgymakot, bükkmakot is, az olajütéshez azonban inkább csak bükkmakot. Akkoriban kevés volt még a jóvizű kút, sokan a nyírfa, juharfa, hársfa törzsét csapolták meg, annak levét itták. Az édeskés nyírvizet, a viricset még árulták is, hordókban hordták a közeli városok piacára ... ” írja *Varga Domokos* (1970) *Erdőkerülőben* c. kötetében. Hazánk erdeinek egyre nagyobb része válik ún. ültetvényerdővé, melynek egyetlen célja a fakitermelés. Az erdők sokoldalú hasznosítása egyre csökken.

Az Aral-tóéhoz hasonló méretű ökológiai válsággal szerencsére Magyarországon nem találkozhatunk, de nem feledkezhetünk meg az apajpusztai környezet-szennyezésről – mikor a Kiskunsági Nemzeti Park területén ástak el méreggel teli hordókat –, vagy a Balaton vízminőségének romlásáról, a nagy halpusztulásokról, vagyis tudomásul kell vennünk, hogy kisebb ökológiai katasztrófák nálunk is lezajlottak, és továbbiakkal is kell számolnunk, ha nem előzzük meg őket.

Városi egészség

„A romló életkörülmények a városokban is káros hatással vannak a lakosok nagy számának egészségére. A gazdaságban bekövetkezett szerkezeti és technológiai változások okozta munkanélküliség elfogadhatatlanul magas káros hatással lehetnek az emberek fizikai és mentális egészségére. A nélkülözés és szenny mértéke sok helyen máris elfogadhatatlan. Az ilyen ügyekben az intézkedés hiánya már a társadalomnak a kohézióját fenyegeti.” (*Nyilatkozat a környezetért és egészségért teendő európai intézkedésekről.*)

Munkaegészségügy

„A régió összesen 400 millió munkásának körülbelül fele nem jut hozzá megfelelő munkaegészségügyi szolgáltatáshoz.”

„Évente 25 000 halálos baleset történik munka közben, a becslések szerint további 10 millió sérüléssel.”

„Körülbelül 16 millió munkás lehet kitéve rákkeltő anyagoknak.” (*Nyilatkozat a környezetért és egészségért teendő európai intézkedésekről.*)

A NEKAP hangsúlyozza a munkahelyi környezet fizikai, vegyi és biológiai, továbbá pszichoszociális hatásait, mint az egészség állapotát befolyásoló tényezőket. Megállapítja, hogy az országban végbemenő gazdasági-társadalmi változások

veszélyeztetik a munkahelyek egészségügyi biztonságát. Az adott munkavégzésre nem alkalmas egyének kiszűrése, az expozíció csökkentése, az esetleges károsodások megelőzése és a kialakult megbetegedések adekvát kezelése a munka- és üzemegészségügy kiemelten fontos területe. Az akcióprogram keretében meg kell valósítani a már korábban kezdeményezett, a rákkeltő anyagok visszaszorítására és az expozíció elkerülésére irányuló terveket.

E feladatokhoz szorosan kapcsolódnak a *kémiai biztonság* kérdései. A lakosságnak a káros vegyi expozíciótól való megóvását szolgálja a forgalomba kerülő új vegyi anyagoknak és készítményeknek az emberi egészségre és a környezetre gyakorolt hatásának ismertetése, a régi, már évek óta forgalomban lévő vegyületek toxikus hatásainak értékelése, és kockázatsökkentő programok kivitelezése. Az akcióprogram elősegítheti egy, a kémiai biztonság minden kérdésével foglalkozó szakmai grénium (pl. Kémiai Felügyelőség) létrehozását.

Fegyveres ellenségeskedések következményei

„A fegyveres ellenségeskedések miatt a régióban igen nagy a menekültek száma, tönkrementek és megszüntek a vízszolgáltatás és egyéb létfontosságú környezetegészségügyi szolgáltatások, ami által teljes közösségek egészsége került veszélybe.” (*Nyilatkozat a környezetért és egészségért teendő európai intézkedésekről.*)

A Helsinkai Nyilatkozat megfogalmazza azokat az alapelveket és szükséges intézkedéseket, melyek hozzájárulhatnak a környezet- és egészségvédelem hatékonyságának a növeléséhez. Így az aláírók elkötelezték magukat, hogy intézkednek:

- a nemzeteken belüli és közös *szolidaritás* fenntartására;
- a fejlődés *fenntarthatóságának* biztosítására;
- az *együttműködés* és a *partnerség* megvalósítására a környezet és egészség javítása érdekében;
- a *szubszidiaritás* elvének alkalmazására annak érdekében, hogy a döntéseket mindenkor a leghatékonyabb szinten hozzák meg.

A tagállamok a saját helyzetük ismeretében határozzák meg a prioritásokat, de vannak bizonyos ügyek, mint a víz- és levegőtisztaság, amelyek az okozott problémák súlyossága vagy nagyságrendje miatt megkövetelik valamennyi ország figyelmét.

A Nemzeti Környezetegészségügyi Akcióprogram megállapítja, hogy a célok eléréséhez kiművelt, a szakmát jól ismerő és magas szinten gyakorló szakemberekre, továbbá a lakosság ismereteken alapuló megértésére és együttműködésére van

szükség. Ezért nagy fontosságot tulajdonít a *környezetegészségügyi oktatás, nevelés fejlesztésének* mind professzionális, mind lakossági szinten.

A családi szocializációban kezdődő szokásrend, életmód, értékrend kialakulása az intézményes nevelés keretében az óvodában, majd az általános iskolában és a középiskolában folytatódik. A NEKAP megállapítása szerint a felsőoktatásban, illetve a pedagógusképzés területén a környezeti és egészségi nevelésre való felkészítés és továbbképzés nem kielégítő.

Azt, hogy a felsőfokú tanintézetekben komoly előrelépést kell elérni a fenti műveltségi területek oktatásában és oktatásukra való felkészítésben, nemcsak a Helsinki Nyilatkozat és a Nemzeti Környezetegészségügyi Akcióprogram teszi sürős feladatunkká, hanem a rövidesen életbelépő Nemzeti Alaptanterv is, hiszen a NAT nemcsak a környezeti nevelés keretén belül, hanem a „Biológia és egészségtan”, a „Természetismeret” és a „Testi-lelki egészség” keresszttanterveinek követelményrendszerében is kiemelt szerepet biztosít a környezetegészségügyi ismereteknek.

A felhasznált és az ajánlott fontosabb irodalmak jegyzéke

DÉSI ILLÉS (1995): Környezetegészségtan. JGYTF Kiadó, Szeged.

DÉSI ILLÉS (1996): Környezeti problémák Magyarországon és Kelet-Európában. A Kiss Ferenc Csongrád megyei Természetvédelmi Egyesület (CSEMETE) Évkönyve, II. p.47-53.

HAVAS PÉTER (1996): A környezeti nevelés és jövőképek. Iskolakultúra, VI. évf. november p.58-70.

Nyilatkozat A környezetért és egészségért teendő európai intézkedésekről. Második európai konferencia a környezetről és egészségről Helsinki 1994. Az Egészségügyi Világszervezet Európai Regionális Irodájának kiadványa

PASINSZKI JÓZSEF (1996): Levegőhigiénés mérések Szegeden az ülepedő por elemzésével 1993 nyarán. A Kiss Ferenc Csongrád megyei Természetvédelmi Egyesület (CSEMETE) Évkönyve, II. p. 62-76.

PINTÉR ALÁN (1996): Nemzeti környezetegészségügyi akcióprogram. ÖKO VII. évf. 1-2 szám p. 1-6.

SIETŐ ANDREA (1994): Környezetünk alfa radiotivitásának vizsgálata. Környezetünkért II., JGYTF Kiadó, Szeged, p. 125-130.

VARGA DOMOKOS (1970): Erdőkerülőben. Szépirodalmi Könyvkiadó, Magyarország felfedezése sorozat, Budapest

Egészségnevelés
A tartalom, a módszer és az intézmények
értékelő összehasonlítása
Magyarország és az Egyesült Királyság között
Fordította Benkő Zsuzsanna

Bevezetés

Az Európai Népegészségügyi Társaság Egészségfejlesztő Szekciójában 1996 decemberében tartott előadásában *Benkő Zsuzsanna* körvonalazta a magyarországi egészségügy történelmi fejlődését, és bemutatta a működő mentálhigiénés programok tartalmát, szerkezetét, mint a pszichoszociális megelőzés és egészségfejlesztés stratégiáit (BENKŐ, 1996). Jelen munkámban szeretném bemutatni a magyar és brit helyzet közötti hasonlóságokat és különbségeket, úgy, ahogy én megismertem, valamint kiemelni azokat a területeket, amelyeken véleményem szerint az angol gyakorlat hasznosítható lenne Magyarországon.

***Egészségproblémák és megoldásuk Magyarországon
és az Egyesült Királyságban***

Az orvostechológiai, gyógyszer-tani, valamint a szociális és egészségügyi ellátó hálózat fejlődése mindkét országban megnövelte a várható élettartamot, ugyanakkor az egészség vonatkozásában fontosabbá tette az egyéni életstílus és a környezeti tényezők szerepét. Manapság a fő nehézségek Magyarországon: a környezetvédelem alacsony színvonala, a fejletlen infrastruktúra, a szegénység, munkanélküliség, prostitúció, a hajléktalanság, az öngyilkosság, az egészségtelen életmód (a nem megfelelő és esetleg elégtelen táplálkozás, a túlzott alkohol- és cigarettafogyasztás, a kábítószerhasználat). Mindezek a problémák Magyarországon a szociális és politikai környezet struktúrális változásaival társulnak, főleg Magyarország átmeneti helyzete miatt – a piacgazdaságra való áttérés ma a szociális és gazdasági élet fő problémája. A történelem, a kultúra és a nemzeti karakter nyilvánvalóan hatással van az átalakulásra.

Nagy-Britanniában az elemzés általános szintjén nagyjából azonosak a problémák, de a történelmi előzmények, a konkrét problémák és a rájuk adott válasz eltérő. Mi is foglalkozunk az egyéni életmód káros hatásaival, a szegénység, dep-

riváció, hajléktalanság és munkanélküliség áldozatainak sérülékenységével. Figyelembe vesszük a betegségek kóroktanában észlelt változásokat, a kollektív és egyéni jóllét hanyatlásának szociális, gazdasági és környezeti okait. Egyre tisztábban látjuk, milyen fontosak az emberi jogok az egészség és az életvitel szempontjából, mennyire középpontba kell helyezni az egészségnevelést és milyen nagyhatású lehet a megelőzés és az egészségfejlesztés. Ez az elképzelés egy évszázad alatt fejlődött ki, és ezalatt az idő alatt népegészségügyi rendszereink és eljárásaink folyamatosan formálódtak, változtak, javultak. Mindezek eredményeképpen a modern egészségfejlesztés néhány alapelvét meg tudtuk határozni.

Ezek a következők:

1. Az egészség sokkal több, mint csupán fizikai jóllét; integrálnia kell a szociális, pszichés, érzelmi, spirituális, kulturális, anyagi és környezeti tényezőket. Az egészség valóban mindannyiunk ügye.
2. Az egészségre nevelés a teljes jóllét kívánt állapotának alapvető eszköze. Az egészségre nevelést a lehető legszélesebben kell értelmezni – magában kell foglalnia a különböző foglalkozások széles spektrumát: így az orvostudományt, szociálpolitikát, az ápolást, az oktatást, a jogot, a közgazdaságot, az államigazgatást, tömegkommunikációt, a vallást, a közösségi munkát. Bár mindezek teljesen eltérő preventív tevékenységeket, módszereket használnak, erőfeszítéseik kölcsönösen támogatják egymást. Az egészségre való nevelés ezért szükségszerűen *interdiszciplináris, multiszektoralis és multidimenzionális*. Ezeket a nézeteket Önök is osztják itt Magyarországon.
3. Az Önök egészségfejlesztő megközelítése változatos eszközöket, módszereket és formákat alkalmaz, különböző szociális intézményeket von be a kockázatos viselkedésformák megszüntetése érdekében. Világosak a fő feladatok az egészségfejlesztés regionális és nemzeti szintű koordinációjában, a szakemberek, önkéntesek és a társadalom együttműködésének megnyerésében, valamint abban, hogy az egészségnevelést a társadalmi élet mely szintjeibe és dimenzióiba szükséges beépíteni. Az Önök válasza erre a kihívásra érezhetően a nyugat-európai országok egészségnevelő gyakorlatához áll közel, más országok tapasztalatából tanulnak. Nagy-Britannia gyakorlatából két aspektusra érdemes figyelni: az egyik konceptuális, a másik szervezési. Az első azzal a kérdéssel foglalkozik: „Hogyan lehet az egészségnevelést elterjeszteni és értékelni?” – és hálózatiépítési vonatkozásokat tárgyal (HEATHCOTE, 1991). A második kérdés: „Hogyan tudja az egészségnevelés megváltoztatni az emberek vélekedését és viselkedését?” Ez az egészségnevelés és fejlesztés tartalmi kérdéseit veti fel, és kritikusan vizsgálja a minőség biztosítását is.

1994 novemberében Szegeden tartottam egy előadást, amelynek a címe a következő volt: „Hálózatépítési elmélet és gyakorlat az egészségfejlesztésben Magyarországon és Nagy-Britanniában”. Ez saját, a hálózatok két fajtájának fejlesztésével és értékelésével foglalkozó 1990-es kutatásomon alapult (HEATHCOTE, 1991):

1. Képzésen belüli hálózatfejlesztés, ahol a szakemberek az egészségfejlesztő képzés ideje alatt olyan tevékenységbe kezdenek, ami támogatja és begyakoroltatja a képzésen tanult ismeretanyagot.
2. Képzés utáni hálózat, ahol a kiképzett egészségfejlesztők olyan tevékenységeket szerveznek, amelyek célja, hogy a kurzus alatt szerzett tudásukat és készségeiket alkalmazzák, gyakorolni tudják.

Nagy-Britanniában mindkét típusú hálózatépítés célja a szociális depriváció elleni küzdelem volt. Magyarországon főleg az, hogy a közösségeket, munkahelyeket és szolgáltató helyeket összekapcsolják - az infrastruktúrát éppúgy, mint az átmenettel járó változásokkal kapcsolatos megküzdési technikákat.

A képzésbeli és képzés utáni hálózatépítés folyamatossága, ahogyan az pl. az Önök egészségfejlesztő képzésébe beépül, alkalmas eszköznek tűnik arra, hogy újszerű kapcsolatot hozzon létre az egészségfejlesztők, munkaadók, és más olyan intézmények között, ahol az egészségfejlesztés hasznosan végezhető.

A magyarországi egészségfejlesztő képzés kapcsolatok létrehozásával, valamint a forrásokkal rendelkezők, döntéshozók támogatásának megnyerésével részben feltárja, azonosítja a létező lehetőségeket, részben létrehozza a kapcsolatot az egészségfejlesztés, egészségügy, szociális ellátás valamint az oktatásügy infrastruktúrája között.

A magyar képzés jelenleg igen sikeres abban, hogy szélesebb területről hozza össze az érdeklődő szakembereket, mint Nagy-Britanniában, – és bizonyos haladást is képes elérni, részben a mentálhigiéné koncepcióján át, részben egyéb, a piaccgazdasághoz vezető utat segítő, a súlyos strukturális problémákat kezelő koncepciók segítségével. Az egészségfejlesztő szakemberek nemzeti hálózatának kialakítása – politikai támogatással és megfelelő anyagi háttérrel – sokat tehet az egészségfejlesztés elismeréséért, professzionalizációjáért, és mind szélesebb körű elterjedéséért.

Ebben a törekvésben az egészségfejlesztés Magyarországon jelenleg még előnyöket élvez, míg ezek Nagy-Britanniában fokozatosan megszűnnek. Nagy-Britanniában a prevenció és az egészségfejlesztés a szociális munkásokat, tanárokat, környezetvédelmi szakembereket, orvosokat, nővéreket, gyógyszerészeket, védőnőket, szülésznőket, ifjúságvédelmi és közösségi szakembereket, öregotthonok dolgozóit

képző szakmai oktatás és e szakemberek mindennapi tevékenységének mára már elfogadott része. Az egészségnevelés és a szociális szolgálat jelenlegi szervezeteiben különböző szakmákat képviselő szakemberek teamjei dolgoznak, és az egészségkép is multidiszciplináris. Miközben az egészségfejlesztésben és egészségnevelésben egyre inkább előtérbe kerül a minőségellenőrzés, a minőségbiztosítás és a minőségi kimenet („audit”) kérdése, az egészségfejlesztés hatékonyságával és főleg az egészségneveléssel kapcsolatosan jelentős ideológiai és politikai nézetkülönbségek merülnek fel. Az állam törekszik a hatékonyságra, versenyhelyzet van – és mindez az erőforrások állandó csökkenéséhez vezet, ami befolyásolja az egyén életmódját. Válaszul sokan azzal érvelnek, hogy az egészségfejlesztés azért veszít hatékonyságából, mert a „beteg-egészség” (*ill-health*) szerkezeti eredetű, szociális és anyagi depriváció okozza. Így az állam morális felelőssége az, hogy támogassa az egyéneket és közösségeket; munkával, építkezéssel, anyagiakkal, nem pedig az egyéni felelősség hangsúlyozása, miközben a pénzt a hatalmi intézményekbe (börtön, rendőrség, biztonsági erők) investálják. (LANGER és RODIN, 1976, 1980, WALLSTON és WALLSTON, 1978).

Életvezetési képesség

Az egészségnevelés jelenleg Nagy-Britanniában erősen politikai kérdés. Az emberek az egészségi ismeretekkel, tényekkel kapcsolatosan igen jól tájékozottak – de sokszor az egyén nem rendelkezik a cselekvéshez szükséges készségekkel, vagy az anyagi és a társadalmi szerkezetben elfoglalt helye meggátolja érdekei érvényesítésében. Egyre nyilvánvalóbb, hogy a sikeres egészségfejlesztés lényege készségek gyakorlása és képességek kibontása (TONES, 1991). Az attitűd és viselkedés jelentősen függ az interperszonális kapcsolatoktól, az empátia kialakításától; az anyagi depriváció hatásának megértésétől; a kulturális, etnikai és vallási különbségek felismerésétől, valamint az olyan egyéni készségektől, mint a döntéshozatal, a választás, az információkezelés, értékelés és a pozitív életérzés kifejlesztése. Az 1998-tól bevezetendő Nemzeti Alaptanterv – úgy látom – kevés figyelmet fordít az egészségnevelésre, az állampolgári és egyéb szociális ismeretekre, és nem kötelező a tanárképzésben egészségnevelést tanulni (noha információim szerint korábban az volt).

Az erkölcsi nevelés, ahol létezik, az intézmények, törvények és hagyományok tiszteletét hangsúlyozza, és elkerüli a strukturális egyenlőtlenség és anyagi depriváció okairól való vitát.

Következtetések

Nagy-Britanniában a 20 éves konzervatív kormányzás a piaci erők elsőbbségét támogatta, és csökkentette az állam szociális védőhálót nyújtó szerepét. Így sok ember – növekvő szociális problémái miatt – egyre kevésbé tud sorsán valamit is változtatni. Mégis: szoros kapcsolat van az egészség és a hatalom, a *self-empowerment* és az egyén életvezetési képessége között. Amint *Tones* 1991-ben megállapította, a szociális egészség sokkal inkább kultúrafüggő, mint az egészség más aspektusai (*TONES, 1991*). A kutatási eredmények kimutatták, hogy az egyén életvezetési képességének növelése hozzájárul az egészség fenntartásához, a betegségek megelőzéséhez. Nagy-Britanniában két stratégiát hangsúlyoznak, mint amelyek jelentősen növelik az emberek helyzetük feletti kontrollját és a politikai tudatosság szintjét, hogy életminőségüket javítani tudják. Az egyik stratégia az életkészségeket fejlesztő tréning, különösen az asszertív tréning, ami javítja az önértékelést. A másik stratégia a nem-formális oktatás és a közösségi kezdeményezés.

Elképzelhető, hogy a magyarországi regionális és országos szintű mentálhigiénés és egészségfejlesztő hálózat sikeres megszervezése után az lesz a következő kérdés, hogy hogyan lehet ezt a lendületet és a fejlődés hatékonyságát megőrizni. A minden korcsoport számára nyújtott életkészség-fejlesztő tréningekre és a közösségi kezdeményezésekre helyezett hangsúly megosztja majd az egészségnevelésért való felelősséget az egészségnevelők és a közösség között.

Az egyének és a közösségek kompetenciájának növelése (képzett szakemberek, mint facilitátorok segítségével) lényeges ahhoz, hogy a (politikai) vezetés szemléletét megváltoztassuk, és képessé tegyük arra az embereket, hogy együtt lépjenek fel az egyéni egészséges életmódot a strukturális kényszerítő körülmények ellen. Magyarország helyzete miatt igen alkalmas arra, hogy más országok számára is modellértékű megközelítéseket fejlesszen ki.

Irodalmi hivatkozások

BENKŐ, ZS.: Healthpromotion and mentalhygiene in Hungary since 1994. The national mentalhygiene programme.

HEATHCOTE, G. (1991): Networks: their role in the professional development and support of health educators. Health Education Authority. London. Health Education Authority Press.

LANGER, E. J. és RODIN, J. (1976): The effects of enhanced personal responsibility for the aged. *Journal of Personality and Social Psychology*. 34. 2. 191-198.

LANGER, E. J. és RODIN, J. (1980): Ageing labels: the decline of control and the fall of self-esteem. *Journal of Social Issues*. 36. 2. 19-29.

TONES, K. (1991): Health Promotion, empowerment and the psychology of control. *Journal of the Institute of Health Education*. 29. 1. 17-26.

WALLSTON, K. A. és WALLSTON, R. S. (1978): Health locus of control. *Health Education Monographs*. 6. 2. Spring.

A kötet munkatársai a megjelenés sorrendjében

- dr. Veér András** mentálhigiénés miniszteri biztos, főigazgató
Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, Budapest
- Gáspár Zsuzsa** oktatási igazgató
Mentálhigiénés Programiroda, Budapest
- dr. Benkő Zsuzsanna** szociológus, tanszékvezető főiskolai tanár
Juhász Gyula Tanárképző Főiskola, Alkalmazott Egészségtudományi
Tanszék, Szeged
- dr. Barabás Katalin** egyetemi adjunktus
Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Népegészségtani Intézet,
Szeged
- dr. Bárány Ferenc** egyetemi tanár
Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Főiskolai Kar Szociális-
munkás Képző Szak, Szeged
- dr. Kapocsi Erzsébet** egyetemi adjunktus
Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Népegészségtani Intézet,
Szeged
- dr. Csík Vera** pszichiáter
Juhász Gyula Tanárképző Főiskola, Alkalmazott Egészségtudományi
Tanszék, Szeged
- dr. Pogány Judit** klinikai pszichológus
Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Ideg- és Elmeógyógyászati
Klinika, Szeged
- dr. Erdei Katalin** klinikai pszichológus
Juhász Gyula Tanárképző Főiskola, Alkalmazott Egészségtudományi
Tanszék, Szeged
- dr. Ilosvay György** főiskolai adjunktus
Juhász Gyula Tanárképző Főiskola Biológia Tanszék, Szeged
- dr. Heathcote, Gaye** szociológus, tanszékvezető egyetemi tanár
Manchester Metropolitan University, Department of Humanities and
Applied Social Studies, Nagy-Britannia, Manchester

Tartalom

Téka	3
<i>Benkő Zsuzsanna: Az egészségfelfogás változása</i>	
Kísérlet az egészségfejlesztés értelmezésére	5
<i>Barabás Katalin: A nemzet egészsége a nemzet legfőbb kincse</i>	17
<i>Csik Vera: Közösség és mentálhigiéné</i>	27
<i>Kapocsi Erzsébet: Család és erkölcs</i>	35
<i>Bárány Ferenc: Az egészségfejlesztés szociálpolitikai elemei</i>	45
<i>Fodorné Pogány Judit: A pozitív gondolkodás szerepe a preventív egészségviselkedésben</i>	57
<i>Erdei Katalin: Az egészségmagatartást befolyásoló kritikus pontok a személyiségfejlődésben</i>	67
<i>Ilosvay György: Környezet és egészség</i>	75
<i>Gaye Heathcote: Egészségnevelés</i>	
A tartalom, a módszer és az intézmények értékelő összehasonlítása Magyarország és az Egyesült Királyság között	91
A kötet munkatársai	97
Tartalom	99



A JGYTF Kiadó 1992 – fennállása – óta felsőoktatási és szakmai könyvek kiadására szakosodott. Ebben a kiadói filozófiában jelentős szerepe van az egészségfejlesztési – környezetvédelmi kiadványoknak is.

A kiadó jelentősebb egészségfejlesztési – környezetvédelmi jellegű kiadványai:

Egészségfejlesztés – Benkő Zsuzsanna szerk.	384 Ft
Gépjárművek légszennyezése – Pitrik József	130 Ft
Plastiktüten – Josef Proksch–Erika Ries	320 Ft
Környezetünkért I. – Ilosvay György szerk.	200 Ft
Környezetünkért II. – Ilosvay György szerk.	200 Ft
Környezetegészségtan – Dési Illés szerk.	849 Ft
Cselekvő természetvédelem – Andrási Pál	584 Ft
Pedagógiai lehetőségek az állatkertben – Havas Péter szerk.	560 Ft
Medicinális alapismeretek – Csík Vera	400 Ft
Egészségneveléstől az egészségfejlesztésig – Benkő Zsuzsanna szerk.	300 Ft
„Ne üljön lelkünkön szenvedés” – Benkő Zsuzsanna szerk.	325 Ft

Megrendelési cím:

JGYTF KIADÓ, Szeged, Boldogasszony sgt. 6
Telefon/ fax: 62/456 071

I. Jegyzet- és könyvesbolt – 62/456 072

II. Jegyzet- és könyvesbolt – 62/454 000/6215

Letter-Print Nyomda Kft.
Budapest