

Tarkó Klára és Barabás Katalin (szerk.)

EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS A TUDOMÁNYOKBAN

Szemelvények a Szegedi Egészségfejlesztő Műhely hazai
és nemzetközi tudományos munkáiból

Szeged, 2008

Tarkó Klára és Barabás Katalin (szerk.)

EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS A TUDOMÁNYOKBAN

**Szemelvények a Szegedi Egészségfejlesztő Műhely hazai
és nemzetközi tudományos munkáiból**

Szeged, 2008

Szerkesztők:

Tarkó Klára
Barabás Katalin

Lektorálta:

Pukánszky Béla
Nagymajtényi László



© Balogh Sándor, Barabás Katalin, Bárány Ferenc, Benkő Zsuzsanna,
John Kenneth Davies, Dombi Józsefné Kemény Erzsébet, Frenkl Róbert,
Hajnal Ferenc, Marilyn Hackney, Gaye Heathcote, Mary Issitt, Kapitány Ágnes,
Kapitány Gábor, Kapocsi Erzsébet, Kiss Gábor, Lampek Kinga, Lippai László,
Nagymajtényi László, Paulik Edit, Pitrik József, Angela Schriren, Szabó Gyula,
Tarkó Klára, Töröcsik Mária, Alf Trojan

ISBN 978 963 9927 01 8

Kiadó:

Szegedi Egyetemi Kiadó
Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó

Felclős kiadó: Pitrik József menedzserigazgató

Nyomdai és kötetészeti munka: Opár Bt., Budapest

Felelős vezető: Czákó Győző

TARTALOMJEGYZÉK

| | |
|--|-----|
| <i>Barabás Katalin</i> : Előszó | 5 |
| <i>Tarkó Klára</i> : Téka | 7 |
| 1999. június 23. Alakuló ülés | 9 |
| <i>Kapocsi Erzsébet</i> : Egészség és erkölcsi felelősség | 11 |
| 2000. november 8. „Az egészségfejlesztés, mint új diszciplína és kutatási terület” | 21 |
| <i>Lampek Kinga és Töröcsik Mária</i> : A roma felnőtt népesség egészségi állapota és egészségmagatartása | 23 |
| 2001. április 4. „Effects of post-natal depression on mother-child interaction” | 43 |
| <i>Marilyn Hackney</i> : The impact of postnatal depression upon the cognitive development of children | 45 |
| 2003. november 4. „Egészségfejlesztés felsőfokon, az egészségfejlesztés a felső- és közoktatásban” | 53 |
| <i>Frenkl Róbert</i> : Egészség- és testfejlesztés mint az emberi minőség alkotó tényezője | 55 |
| 2005. szeptember 22-23. „Egészségfejlesztés a felsőoktatásban a Bologna folyamat tükrében” Nemzetközi konferencia | 75 |
| <i>Nagyajtai László</i> : Népegészségügyi trendek az Európai Unióban és Magyarországon | 77 |
| <i>Pitrik József</i> : Környezetkultúra és az életmód összefüggései | 91 |
| <i>Gaye Heathcote</i> : Health and „otherness” | 111 |
| <i>Mary Issitt</i> : Critical reflective practice and health promotion | 119 |
| <i>Angela Scriven</i> : Developing competencies for evidence-based health promotion | 135 |
| <i>John Kenneth Davies</i> : Expanding European perspectives in health promotion policy and practice | 143 |
| <i>Barabás Katalin</i> : Egységesülő orvosképzés, a XXI. század kihívásai ... | 153 |
| <i>Dombi Józsefné</i> : A zenekultúra szerepe az egészségmegőrzésben | 161 |
| <i>Kiss Gábor</i> : A rekreáció, mint befektetés – az egészségmegőrzés tükrében | 165 |
| 2006. november 10. „Egészségfejlesztés a szociális gondoskodás és vallás tükrében” | 171 |
| <i>Bárány Ferenc</i> : Adalékok a szegedi egészségügyi ellátás történetéhez.. | 173 |

| | |
|---|-----|
| 2007. november 9. „Egészségfejlesztés a különböző színtereken és tevékenységekben” | 187 |
| <i>Alf Trojan: Health consumer groups and policy making in Germany</i> | 189 |
| <i>Edit Paulik, Sándor Balogh, László Nagymajtényi: Health promotion in the rural areas of Hungary</i> | 195 |
| <i>Ferenc Hajnal: Preventive activity of the Hungarian primary healthcare</i> | 205 |
| <i>László L. Lippai: Health promotional consequences of consumer's intertemporal decisions</i> | 211 |
| 2008. november 5. „Divat és egészségfejlesztés” | 217 |
| <i>Kapitány Ágnes és Kapitány Gábor: Egészség–betegség mint szimbolikus társadalmi konstrukció</i> | 219 |
| <i>Szabó Gyula: Táplálkozási zavarok a modern–posztmodern társadalomban</i> | 235 |
| <i>Benkő Zsuzsanna: A divatról, Simmel értelmezése alapján. Hagyomány, modernitás, divat a Visegrádi Országok családjainak életmódjában</i> | 247 |
| A kötet szerzői | 257 |

ELŐSZÓ

Tisztelt Olvasó!

Magyarországon a kilencvenes évek elején kialakult demográfiai és epidemiológiai krízis beavatkozásokat, megoldásokat sürgetett. Az egészség megőrzése, az egészség fejlesztése az egész populáció érdekévé vált. Erre a népegészségügyi kihívásra válaszolt az a felsőoktatási forma, amely Szegeden 1992-ben, az Ottawa Chartában megfogalmazott célkitűzéseknek megfelelően indult. A tanárképzésbe integrálódott egészségfejlesztő szakemberképzés a kilencvenes évek elején még úttörő lépésnek számított, hiszen világossá tette, hogy az egészségügynek képvisellete nemcsak az egészségügyi szektor felelőssége, hanem igazi interszektoriális elmélet és gyakorlat.

A szegedi modellben az akkori Juhász Gyula Tanárképző Főiskola és a Szegedi Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Kar összefogása eredményeként megkezdődött azoknak a szakembereknek a kibocsátása, akik tanulmányaik végére képesek lettek, illetve lesznek arra, hogy a rájuk bízott embereket, gyermekeket megtanítsák a saját egészségpotenciáljuk felismerésére, annak fejlesztésére. A fiatal szakembereket az oktatás során olyan tudással és készséggel vértetik fel, hogy az egyén és a populáció egészsége érdekében adekvát módon tudnak tevékenykedni és képesek közvetíteni különböző társadalmi rétegek között. A sikeres oktatási programok indítója, szervezője a mai napig a JGYPK Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézete, Benkő Zsuzsanna vezetésével.

A felsőoktatás csak színvonalas kutatással társulva töltheti be küldetését. Az Akadémiai Bizottság Orvostudományi Szakbizottságának kebelén belül megalakult az Egészségfejlesztési Munkabizottság, amely az 1999-es indulásától egy olyan műhelyt jelent, ahol az egészségfejlesztés interdiszciplinaritása, interszektorialitása a kutatási területek, kutatási módszerek sokszínűségében érvényesül.

Kötetünk az elmúlt 10 év munkáiból próbál egy csokrot átnyújtani. A szerzők, akik a helyi és a hazai egészségfejlesztéssel foglalkozó szakemberek, sokféle hivatást képviselnek: tanárok, filozófusok szociológusok, pszichológusok, zeneművészek de az orvos kutatók szép száma azt is igazolja, hogy az Ottawa Charta stratégiája érvényesül: nevezetesen, hogy sikerült az egészségügyi szervezetek illetve az egészségügyben dolgozók figyelmét visszafordítani az egészségmegőrzésre, egészségfejlesztésre.

A kutatások nemzetközivé szélesedtek. Az angol, német és holland kutatókkal közös munkák az új oktatási, és módszertani fejlesztések mintájául szolgálnak. Évről évre más és más tematika szerint rendeződtek a kutatási eredményeket bemutató munkák. Az integráló címek sora a bemutatkozó: „Az egészségfejlesztés,

mint új diszciplína és kutatási terület „-tól a „Divat és egészségfejlesztés” témakörig terjedt.

Tisztelt Olvasó!

Abban a reményben indítjuk útjára ezt a tanulmány gyűjteményt, hogy a munkákat olvasva Önökben is megerősödik a hamvasbélai egészségfogalom igaza.

„Az egészség szép az egészség ösérték...”

„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 gyümölcsillata van.”
(Hamvas Béla: Gyümölcsóra)

Barabás Katalin

TÉKA

A Szegedi Egészségfejlesztő Műhely tudományos munkáját nyolc nagyobb mérföldkö köré csoportosítva mutatja be a jelen gyűjteményes kötet. Rendezőelvéként a hazai és nemzetközi tudományos konferenciák és felolvasóülések időbeli rendje szolgál. Kérésünkre a szakemberek frissítették az akkor közölt tudományos adataikat.

Kötetünk *Kapocsi Erzsébet* 1999-ben elhangzott előadásával indul, mely az egészség és betegség fogalmát összekapcsolja az erkölcsi felelősség fogalmával. Az egyén autonómiájának, és ezáltal a viselkedéséért, cselekedeteiért, az egészségéért vállalt felelősségének növelése az egészségnevelő tevékenység kiemelt feladata.

A kisebbségek egészségésélye került fókuszba *Lampek Kinga és Töröcsik Mária* 2000-ben tartott bevezető előadásában. A Pécsi Tudományegyetem kutatói a fenti előadásukat egészítették ki kötetünk számára a roma lakosság körében végzett egészségi állapot-, egészségmagatartás vizsgálatuk eredményeivel.

Marilyn Hackney, a Manchester Metropolitan Tudományegyetem oktatója 2001-ben mutatta be a szegedi tudományos közönségnek a szülés utáni depresszió témakörében végzett empirikus kutatásának eredményeit. Írásában a szülés utáni depresszió és a gyermekek kognitív fejlődése közötti kapcsolatot tárta fel.

2003-ban az egészségfejlesztés és az oktatás kapcsolata került előtérbe. *Frenkl Róbert* az egészséges életmód kialakításában fontos szerepet játszó mozgás, sport jelentőségét emelte ki, annak hatását mentális egészségünk megőrzése során.

2005 szeptemberében az SZTE JGYPK Alkamazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézete kétnapos nemzetközi konferenciát szervezett „Egészségfejlesztés a felsőoktatásban a Bologna folyamat tükrében” címmel. A felsőoktatás fontos szerepet tölt be a társadalomban, a felsőoktatási rendszer megváltozása következtében kialakult új helyzet kihívást jelentett az egészségtudományokban jártas, egészségfejlesztéssel foglalkozó szakemberek számára is. A konferencia ezért a résztvevő szakemberek, orvosok, szociológusok, pszichológusok, pedagógusok stb. gyakorlati tapasztalatainak, jövőbeni elképzeléseinek összegyűjtését tűzte ki célul. *Nagymajtényi László* az Európai Unió és Magyarország nép-egészségügyi trendjeit tekintette át, mintegy felvázolva azt az egészségügyi és egészségpolitikai helyzetet, melyben az egészségfejlesztőknek tevékenykedniük kell. *Pitrik József* a környezetben való eligazodás készségének fejlesztését helyezte középpontba és a környezet egészségre gyakorolt hatásait elemezte, a közlekedés-környezet életmóddal összefüggő hatásainak vizsgálatán keresztül. *Gaye Heathcote* előadása különböző esettanulmányok segítségével vizsgálta az európai felsőoktatási térség szerepét a másság- és társadalmi kirekesztés fenyegetésére adott pozitív, egészségfejlesztő válaszok létrehozásában. *Mary Issitt* a kritikai reflektív gyakorlat egészségfejlesztésben való alkalmazási lehetőségeit tekintette át, vagyis, hogyan segítheti e gyakorlat a szakemberek előtt álló kihívások kezelé-

sét. *Angela Scriven* bemutatta a bizonyítékon alapuló egészségfejlesztésben rejlő lehetőségeket. A Bloom taxonomiájára alapozva elkészült webes tanulási segéd-eszköz is azt jelezte, hogy a bizonyítékon alapuló gyakorlathoz a szakembereknek magasszintű technológiai készségekkel is kell rendelkezniük. *John Kenneth Davies* előadása a Nemzetközi Egészségfejlesztési és Egészségnevelési Egyesület (IUHPE) munkáját, jelentőségét valamint egészségfejlesztő projektjeit (EUHPID, PHETICE, EUMAHP) mutatta be. *Barabás Katalin* az orvospérezés előtt álló kihívásokkal foglalkozott, valamint az ezekre válaszoló globális és európai tendenciákkal. *Dombi Józsefné Kemény Erzsébet* a zene személyiségformáló, egészségfejlesztő gyakorlati alkalmazhatóságát elemezte. *Kiss Gábor* előadásában a rekreáció, mint az egészségi állapot számára megtérülő befektetés körvonalazódott.

2006-ban az egészségfogalom egy kevésbé vizsgált vetülete, a spirituális egészség került fókuszba, a szociális gondoskodás és a vallás szerepének vizsgálatán keresztül. Az itt szereplő előadások közül *Bárány Ferenc* munkája szerepel kötetünkben, mely a szegedi egészségügyi ellátás történetéhez kínált adalékokat.

Az egészségfejlesztés szintér-alapú megközelítése tükrében 2007-ben angol nyelvű felolvasóülést szerveztünk. *Alf Trojan* a fogyasztók/kliensek részvételét elemezte a német egészségügyi ellátó rendszerben, országos és regionális szinten. *Paulik Edit, Balogh Sándor és Nagymajtényi László* reprezentatív lakossági egészségmagatartás vizsgálatot végeztek Magyarország vidéki településein. Eredményeiket az egészségi állapotot befolyásoló demográfiai, társadalmi és gazdasági tényezők mentén mutatták be. *Hajnal Ferenc* a prevenció szintjét és a primer prevenció megvalósulásait vizsgálta az alapellátásban. *Lippai László* a fogyasztói intertemporális döntés fogalmát vezette be és az önkontroll közgazdaságtani és pszichológiai értelmezéseit adta meg. Végül e két fogalom egészségfejlesztési relevanciájára mutatott rá.

2008-ban ismét egy új, szokatlan téma került a szakemberek érdeklődésének középpontjába, mégpedig a divat és az egészségfejlesztés kapcsolata. *Kapitány Ágnes és Kapitány Gábor* az egészség/betegség mint szimbolikus társadalmi konstrukció és a divat összefüggéseit elemezték a kulturális antropológia szemszögéből. *Szabó Gyula* a divat negatív, egészségkárosító hatását példázva foglalkozott a modern-posztmodern társadalomban elterjedt táplálkozási zavarokkal. *Benkő Zsuzsanna* összefoglalta a simmeli divatértelmezést és összekapcsolta az elméletet a vezetése alatt folyó nemzetközi tudományos életmódkutatás eredményeivel.

A fenti rövid felsorolásból is jól látszik kötetünk sokszínűsége. Bízunk benne, hogy minden szakember és a laikus olvasó is megtalálja benne az érdeklődésének megfelelő tartalmakat.

Tarkó Klára

1999. június 23.

Alakuló ülés

EGÉSZSÉG ÉS ERKÖLCSI FELELŐSSÉG*

Kapocsi Erzsébet

Az egészség és az erkölcsi felelősség fogalmainak összekapcsolása első pillántra talán szokatlannak tűnik. Ha úgy tesszük fel a kérdést, hogy felelősek vagyunk-e egészségünk megőrzéséért; illetve helyeállításáért, valószínűleg „igen”-nel válaszolunk. Ha azt kérdezzük, hogy mit is jelent, miben áll ez az erkölcsi felelősség, már nem olyan egyszerű válaszolni. Ha pedig azt próbáljuk felmérni, hogy milyen erkölcsi vagy morális következményekkel jár esetleges felelőtlenségünk, végképp bizonytalannak érezzük a válaszainkat. Mindez annak a jele, hogy nehéz – és szokatlan – az egészséggel kapcsolatos magatartásunkat az etika kategóriáival leírni. Nehéz és szokatlan, de úgy véljük, nem lehetetlen.

A problémát egyrészt az okozza, hogy az egészség és a betegség fogalmának (miként az élet és a halál fogalmának is) *egyszerre és együtt* van természeti és társadalmi (kulturális) jelentése, biológiai és szellemi realitása, leíró és értékelő funkciója. Ha etikai vizsgálódásban alkalmazzuk őket, akkor egyszerre leíró (deskriptív) és értékelő (normatív) fogalmak. A biológiai vagy orvosi megközelítés csak egy a lehetséges sok közül és bár a medicinában elsődlegesen ezek használatosak, az egészség és betegség szellemi és szociális karaktere ugyanilyen fontos a társadalom és az egyén számára (Engelhardt, 1995).

A nehézség másik oka kétségtelenül abban rejlik, hogy bár az „egészség” és „betegség” fogalmai nem tartoznak az etikai normák közé, viszont azok a magartásbeli tényezők, amelyek az egészség megőrzéséhez, illetve elvesztéséhez vezetnek, gyakran az egyén értékrendjében, erkölcsi normáiban gyökereznek. További problémát jelent, hogy a leírásra használt kategóriák (egészséges - egészségtelen / beteg, erkölcsileg helyes - helytelen) maguk is „függő változók”, azaz definíciójuk – bizonyos fokig – társadalmi megegyezés kérdése, s így kortól, kultúrától egyaránt függenek (Engelhardt, 1989). Ha a szakirodalom segítségével megpróbáljuk tartalmilag és fogalmilag körülhatárolni e kategóriákat, úgy véljük, sikerülhet felvázolni az egészség és az erkölcsi felelősség viszonyát.

Egészség és betegség

Az „egészség” a XX. század második felének varázsigeje lett, társadalmi és egyéni szinten is a legfontosabb, vagy egyik legfontosabb értéként jelenik meg. Ez az egészség-kultusz jelentősen befolyásolja nagy embercsoportok mindennapi életét, magatartását, ugyanakkor az egészség fogalmának pontos, egyértelmű de-

*Jelen írás a MTA SZAB Orvostudományi Szakbizottság Egészségfejlesztési Munkabizottság felolvasó ülésén elhangzott előadás és az annak alapján készült, az *Egészségnevelés* 43. számában (2002) megjelent, azonos című tanulmány kiegészített változata.

finíciója máig is vita tárgyát képezi. Az egészség meghatározásának orvosi vagy biomedicinális modelljei elsősorban az orvosi szakmában és a klinikai gyakorlatban elfogadottak. A társadalomtudományok – szociológia, pszichológia, etika – inkább a normativista egészségdefiníciókat részesítik előnyben (Kovács, 1997; Helman, 1999; Naidoo és Wills, 1999). A WHO komplex meghatározása ma már széles körben ismert: „Az egészség a teljes testi, szellemi és szociális jóllét állapota.”

Az Egészségügyi Világszervezetnek ez az idealisztikus meghatározása, amit „egészség-utópizmusként” is szoktak jellemezni, kétség kívül nagyon pozitív és követésre méltó, de kérdés, hogy a gyakorlatban, ténylegesen megvalósítható-e. Az egészségnek ilyen ideális szinten való meghatározása és célul tűzése ugyanis olyan széles körű és olyan magas szintű szolgáltatásokat követelne meg az egészségtől (és a szociális ellátó rendszertől is), amelyre még a legfejlettebb rendszerek sem képesek. Mint Vizi E. Szilveszter írja: „Napjainkra egyetlen olyan ország sincs, amely minden legitim, orvosilag megalapozott igényt ki tudna elégíteni” (Vizi és Oberfrank, 1998). A Callahanjelentés pedig kimondja: „Most sem, de sohasem lehetséges a medicina számára, hogy a „teljes” jóllét állapotát biztosítsa, még a fizikai állapotot sem, amelyet pedig a legjobban ismer.” Ez a jelentés a következő definíciót adja meg: „*egészségen* értjük a jóllét érzését, és a tudat és a test integritását. Továbbá jellemzi még az egészséget valamilyen komoly nyavalyának (betegségnek) a hiánya, és ebből adódóan a személy képessége, hogy fontos céljainak elérésén fáradozzon és a hétköznapi társadalmi és munkavégzési folyamatokban részt vegyen” (Blasszauer, 1997). Ez a definíció az általános komfortérzést, a mindennapi életben való részvétel képességét hangsúlyozza, s ezzel valószínűleg közelebb áll az átlagember köznapi egészség-felfogásához, mint a WHO meghatározása. Vagyis azt mondhatjuk, hogy az egészségnek az ideáltipikus fogalma, mint elérendő cél, motiválja ugyan magatartásunkat, a gyakorlatban azonban sokkal egyszerűbb és flexibilisebb egészségfelfogással találkozunk. A hétköznapi életben, a legtöbb ember számára továbbra is főként a betegség, rokkantság hiánya jelenti az egészséget.

A „betegség” meghatározása a különböző modellekben általában korrelációban van az egészség definíciójával, s tartalmilag ugyanúgy ingadozó, mint az egészség fogalma. Jellemző azonban szinte mindegyik felfogásra, hogy a betegséget élesen elválasztják és elkülönítik az egészségtől, és szigorúan a medicina hatáskörébe utalják. A betegségek kialakulásáról, okairól, a betegséghez vezet, illetve egészséget romboló magatartási tényezőkről szintén sokféle elmélettel találkozunk. A legmodernebbek már együttesen érvényesítik a biomedicinális és a pszichoszociális magyarázatokat. Ennek a multikauzális értelmezésnek az előnye, hogy az *embert* a maga *testi és lelki* mivoltának egységében fogja fel (Veatch, 1989).

Modern korunkban az egészség és a betegség elsődlegesen orvosi kategóriáként jelennek meg. Ez szorosan összefügg azzal, hogy az emberi élet, a hétköznapi élet is, egyre nagyobb mértékben medikalizálódott. Mint Thompson és szerzőtársai írják: „.... az orvosok és a többi egészségügyi szakember a modern társada-

lom papjaivá léptek elő, a bölcsőtől a sírig tartó emberi vándorút minden fontos állomását ellenőrzik és uralmuk alatt tartják” (Thompson, Melia és Boyd, 1999). Ennek a jelenségnek egyik oldala, hogy a medicina a mindennapi élet egyre több területét vonja illetékességi körébe, egyre nagyobb hatalomra tesz szert fölöttünk. Illich sorait idézve: „Az emberek banális igazságként elfogadják, hogy pusztán azon tény alapján, hogy valaki újszülött, kisgyermek, idős ember vagy éppen a klimax korába ért, orvosi ellenőrzésre illetve kezelésre van szüksége” (Illich, 1975). A jelenség másik oldala az a tendencia, hogy egyre több társadalmi problémát orvosi fogalmakkal írnak le, és orvosi eszközökkel tartanak megoldhatónak. Míg régen bizonyos magatartásformákat az erkölcsi gyengeség jelének tekintettek (alkoholizmus, bűnözés, öngyilkosság), addig ma ezeket betegségnek tekintik és gyógyítani próbálják. Ha egy gyerek rosszul tanult, magatartási zavarai voltak, ez pedagógiai problémának számított és büntetés járt érte, ma pszichológiai – orvosi probléma és gyógykezelés a megoldása. A személyes életvezetési problémákra is sokszor várnak gyógyírt az egészségügytől (például elhízás, szexuális problémák, házassági konfliktusok) (Kovács, 1997). Mindez viszont azzal a következménnyel is jár, hogy az életünkért viselt *személyes felelősség* egyre inkább *áttevedik* a medicinára. Az emberek az egészségügytől várják – sokszor egyszerűen kezelések, gyógyszerek formájában – a megoldást, olyan esetekben is, amikor elegendő lenne néhány életmódbeli változtatás. Az egészségügy részéről pedig az etikai problémák egy része szinte önként adódik az emberek és életproblémáik intézményesítéséből.

A többdimenziós egészségfogalmak – amilyen a WHO-é is – előnye, hogy minden tudomány alkalmazhatja a maga területén, s hozzáteheti a maga megfontolásait a nagy egészhez. Hiszen maga az ember is „több dimenzió lakója”, egészségét vagy betegségét nemcsak biológiai, hanem társadalmi, lelki, sőt erkölcsi tényezők is befolyásolják.

Etikai vizsgálódás

Az etikai vizsgálódás szemszögéből az egészség dinamikus felfogása tűnik a legkedvezőbbnek, amely az egészséget nem passzív állapotként, hanem folyamatként értelmezi. A külföldi szakirodalom használja az „egészségpálya” fogalmát, illetve az „egészség életútja” kifejezést, amelyek mind az erkölcsi problémák, mind az egészségnevelés terén nagyon gyümölcsözőnek bizonyulnak. Segítségükkel jobban megvilágíthatók mind az erkölcsi konfliktusok és döntések, mind az egészségfejlesztő és egészségromboló magatartási formák.

Thompsonék a következőképpen határozzák meg az egészségpálya jelentését: „Miközben a csecsemőkorból a gyermekkoron át eljutunk a felnőttkorig majd öregségbe hajlunk és végül meghalunk, életutunk váltakozó hullámhegyekből és hullámvölgyekből áll, ezek teszik ki sajátos ... egészségpályánkat ... Egész életpályánkat olyan parabologörbével ábrázolhatjuk, amely a fogantatással kezdődik,

felkanyarodik testi és szellemi fejlődésünk csúcsaig, majd visszakanyarodva, a halálban ismét metszi a vízszintes tengelyt. A görbe mentén az előrehaladás nem feltétlenül egyenes, a hullámhegyekben egészségesek vagyunk, és jól megy sorunk, a hullámvölgyek idején betegsünk meg, szenvedünk el sérülést, vagy külső tényezők fékeznek le, esetleg állítják le fejlődésünket. Amikor jobban leszünk vagy túljutunk a válságon, behozzuk a hátrányt, és fejlődésünk folytatódik. Amikor túljutunk életünk delén, súlyos betegségbe esünk vagy rokkantságot okozó sérülést szenvedünk el, gyógyuló képességünk beszűkül, általános állapotunk hanyatlik, végül a betegség, a sérülés avagy az előrehaladó öregedés egészségünket aláásó hatásának áldozatul esünk és meghalunk. Vannak, akik hosszú időn keresztül egyenletes ritmusban élnek, mások életét számos válság tarkítja, ismét másokat tragikusan korán ragad el a hirtelen, balesetből eredő vagy más módon erőszakos halál” (Thompson, Melia és Boyd, 1999). Az „egészséggpálya” fogalma alkalmazható az egész életre, annak egy szakaszára, egy adott betegségre, vagy akár egy szenvedélybetegség alakulására.

Az ember egészségét és betegségét illetően az etika szempontjából jelentős, hogy a testi és lelki egészség az egyén optimális vagy teljes autonómiáját biztosítja. A betegség vagy sérülés általában az autonómia beszűkülésével és másoktól való fokozódó függőséggel jár. A felépülés legtöbbször azt jelenti, hogy növekszik befolyásunk saját életünkre és visszavesszük, visszanyerjük autonómiánkat.

Autonómia, szabadság, felelősség

Az autonómia – mely többregeü jelentést hordoz – fogalma az etikában szorosan összefügg a szabadság és felelősség fogalmaival. Az autonómia, értelmezésünkben, egy személy, individuum belülről vezéreltségét jelenti, azt a képességet, hogy önálló, racionális értékelésen alapuló döntést hozzon, irányítsa cselekedeteit, s azokért felelősséget vállaljon. Az autonómia feltételezi s egyben kifejezi az individuum szabadságát. A szabadság etikai értelemben *a)* döntési azaz belső és *b)* választási azaz külső szabadságot jelent (Nyíri, 1988). Ez utóbbi a tényleges szabadság, azaz, hogy az egyén különböző lehetőségek, alternatívák között választhat. A választás lényeges eleme a *tudatoság*, vagyis a jó és a rossz közötti különbségtétel képessége, valamint a körülmények és a következmények számbavétele. Az egyén, aki tudatában van annak, mi a helyes és mi a helytelen, szabadon és önként dönt, felelős tetteiért. Az erkölcsi *felelősség* kiterjed mind az előre látható, mind az előre nem látható következményekre, bár nem egyforma mértékben.

A személyes autonómia – bár minden embert megillet – különböző szinteken realizálódik. A személyes autonómia szintje függ az egyén anyagi, társadalmi, családi helyzetétől, továbbá kulturáltságától, intelligenciájától, informáltságától. Vagyis az autonómiának fokozatai vannak, s az autonóm döntés minél magasabb szintjéhez kell hozzásegíteni az egyént (Jenei, 1995). Hasonlóképpen fokozatai,

szintjei vannak a felelősségnek is. Thompson és szerzőtársai a felelősség négy eltérő, de egymáshoz kapcsolódó értelmét, és ezzel négy különböző szintjét, különböztetik meg:

- személyes felelősség = saját tetteinkért viselt felelősség,
- bizalmi felelősség = valakiről történő gondoskodásért viselt felelősség (gyermek, beteg),
- hivatásbeli vagy szakmai számon kérhetőség,
- társadalom iránti felelősség = nyilvános számon kérhetőség/állampolgári kötelesség (Thompson, Melia és Boyd, 1999).

Általában azt mondhatjuk, hogy az első és a negyedik típusú felelősség az, amely minden cselekvőképes, felnőtt embertől joggal elvárható. Viszont egy egészségügyi dolgozó, egy mentálhigiénikus szakember, egy egészségnevelő – hivatásánál fogva – a felelősség egész skálájában osztozik. Összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy minél nagyobb az egyén autonómiája, annál nagyobb a felelőssége. Ha ehhez hozzájárul még a másokról való gondoskodás kötelessége – azok autonómiájának részleges korlátozottsága miatt (például gyermek, fogyatékos, beteg) – nő az illető egyén felelősségének mértéke is.

Bár Thompson és szerzőtársai itt nem említik, fontos felvetnünk a társadalom felelősségének kérdését is: mennyiben felelős a társadalom, illetve az állam az állampolgárok egészségének megőrzéséért, vagy annak helyreállításáért? Az utóbbi évtizedben egyre többet foglalkozik a szakirodalom a társadalmi és egyéni felelősség mibenlétének, megosztásának, szintjeinek kérdéskörével. Wehkamp és munkatársai (2008) azt hangsúlyozzák, hogy a társadalom felelőssége és az egyéni felelősség nem egymást kizáró, hanem egymást kiegészítő feltételek. A társadalom feladata – az államszervezetten, illetve a politikai struktúrán és főként az egészségügyön keresztül – megteremteni azokat a feltételeket, melyek a legjobban szolgálják a polgárok egészségét, az viszont az egyének felelőssége, hogy mennyire és hogyan élnek ezekkel a lehetőségekkel. Ebben az összefüggésben az a kérdés is felvetődik, hogy valóban az emberek legszentebb magánjogai közé tartozik-e egészségük rombolása alkohollal, nikotinnal, felelőtlen életmóddal stb. – s ugyanilyen jog-e azután a megromlott egészség helyreállítása a közösség erőforrásinak igénybevételével (Wehkamp, 2008)?

Mint látható, az erkölcsi felelősség nem korlátozható egy-cgy területre, hiszen az erkölcs az egész személyiségen alapul. A felelősségnek érvényesülnie kell, illetve kellene az életmód, életvitel tudatos megválasztásában is. Amikor ugyanis személyes egészségünkön határozunk, magatartásunkról és életmódunkról hozunk gyakorlati és erkölcsi döntéseket. Nagyon sok empirikus vizsgálat bizonyította, hogy az egészségi állapot és az életmód, életvitel között milyen szoros összefüggés van (Veatch, 1989).

A jó egészség személyes és társadalmi érték. Megőrzése tudatos és folyamatos önkontrollt követel az embertől, vagyis azt, hogy magatartását és életvitelét úgy válassza meg, hogy harmóniában legyen önnön testi-lelki adottságaival. Ha ez

megvalósul, az egyén „jutalma”: saját egészsége, testi, szellemi, lelki jólléte. A gyakorlatban, úgy tűnik, ez csak viszonylag keveseknek sikerül. A mindennapokban sokkal inkább találkozunk az egészségromboló magatartásformák (dohányzás, alkohol, drog, mozgásszegény életmód, helytelen táplálkozás, felelőtlen szexuális élet) enyhébb vagy súlyosabb formáival. Ennek magyarázata rendkívül összetett, s ennek az írásnak a keretében nincs is módunk részletes taglalására. Fontos lenne viszont annak vizsgálata, hogy milyen következményekkel jár az egészségtelen életmód. A legkézenfekvőbb válasz, hogy betegek leszünk. Vagyis a tett önmagában hordozza a „büntetést”. Ez a „büntetés” azonban – paradox módon – nagyon ambivalens.

A legtöbb kultúrában a „megbetegedés” mindig szociális folyamat is, amely az egyénen kívül más embereket is érint. Az ő együttműködésük is szükséges ahhoz, hogy valaki a „beteg ember” szociálisan elfogadott szerepébe kerüljön. A betegszerep ugyanis jogokkal és előnyökkel jár együtt, amelyek között szerepel, hogy az egyén ideiglenesen kivonhatja magát társadalmi kötelezettségei alól és jogosan várhatja el a közösség törődését. A betegszerep tehát „fellegitim csatorna a felnett kötelezettségek alóli mentesülésre, továbbá a gondoskodásra való jogosultság alapja” (Fox, In. Helman, 2003). Továbbá a beteg embert sajátos „morális aura” veszi körül. Aki beteg, az segítségre szorul, részvétellel közeledünk felé, az egészségügy ethos-a szerint mindent meg kell tenni gyógyulásáért. Autonómiája nem teljes, ezért csökkent mértékű a felelőssége is. A gyógyításhoz, illetve gyógyuláshoz pedig mindenkinek egyenlő joga van, függetlenül attól, hogy felelős-e, s ha igen, mennyiben, saját betegségéért. A beteg ember elítélése erkölcsileg megengedhetetlen. Világosan látnunk kell, hogy az a magatartás, amely valószínűsíthetően a betegséghez vezetett (alkohol, drog stb.) erkölcsileg elítélhető, de maga a személy továbbra is rendelkezik emberi méltóságával (Gárdai, 1992).

A beteg embernek minden segítséget meg kell adni gyógyulásához, és ennek része lehet az, hogy segítséget kap káros magatartási szokásának vagy szokásainak leküzdéséhez. A külső segítség azonban belső akarat, személyes elhatározás, sőt elszántság nélkül, sajnos, kevés eredményt hoz. Visszatérünk tehát oda, hogy az emberekben tudatosítani kell a saját egészségükért viselt erkölcsi felelősséget, azaz visszakanyarodunk az egyén belső önzérlésének, autonómiájának problematikájához. Annál is fontosabb ennek hangsúlyozása, hiszen a betegség kialakulásához vezető folyamatban is nagy szerepe van, illetve lehet olyan tényezőknek, melyek csak részben állnak az egyén ellenőrzése, befolyása alatt. Ha nincs lehetőség tényleges választásra életmódját illetően, ha elégtelenek anyagi eszközei, ha nem eléggé informált, ha nincs tudatában életvitele egészségre káros következményeinek, egyszerűen ha autonómiájának szintje elmarad a lehetségestől, illetve a kívánatostól, akkor a felelőssége is ennek arányában csökken. Más kérdés ugyanakkor, hogy – legalább részben – mindenki felelős saját tudatlanságáért.

Az egészségnevelés szerepe

Ily módon a felvilágosítás, az egészségnevelés elsődrendű feladat az egészség megőrzése és a betegségek elkerülése szempontjából. Ugyanakkor az egészségnevelés számos etikai kérdést vet fel. Az életmód, életvitel az ember legszemélyesebb magánügye. Bármilyen külső beavatkozás, még a legjobb szándékú is, sérteti az egyén autonómiáját.

Az egészségnevelésnek tisztáznia kell saját stratégiáját, módszereit: csak a tényleket ismertesse az emberekkel és a döntést hagyja rájuk vagy tevőlegesen is igyekezzék megváltoztatni az emberek beállítottságát és életmódját (Hörmann, 1998)? Ez utóbbi nyilván a hatékonyabb, de egyben problematikusabb út, hiszen az emberek attitűdjét, értékrendjét kell megváltoztatni. Ez esetben a kérdés az: mennyire lehet beavatkozni az egyén életvitelébe, étkezési szokásaiba, szexuális magatartásába? „Ha az egészségnevelő nem akar sértően viselkedni, tiszteletben kell tartania az egyén jogait és autonómiáját, ahhoz való jogát, hogy maga választsa meg értékeit és életmódját”(Thompson, Melia és Boyd, 1999). A helyzetet még tovább bonyolítja, hogy az egészségügyi dolgozók, egészségnevelő szakemberek hivatásuknál fogva kötelesek egészségfejlesztéssel és egészségneveléssel foglalkozni, azaz szakmai felelősség is hárul rájuk e tekintetben.

Az egészségfejlesztésnek és egészségnevelésnek számos koncepciója, módszere, lehetősége ismeretes. Témánk szempontjából most csupán azt kell kiemelnünk, hogy minél szélesebb körű ismereteik, minél több tudásuk, információjuk van az embereknek egészségről és betegségről, az egészségromboló életvitel következményeiről, annál realisabban tudnak dönteni, annál magasabb fokú az autonómiájuk és annál nagyobb a felelősségük is.

Régi igazság, hogy az embereket nem lehet akaratuk ellenére boldoggá tenni. Hasonlóképpen nem lehet őket egészséges életmódra kényszeríteni. Inkább azt kell megértetni az emberekkel, hogy az egészségnevelés nem életük legbensőbb szféráiba való erőszakos, felsőbb beavatkozás, hanem velük és értük való együttműködés. Senkit nem lehet kényszeríteni arra, hogy felelősséget vállaljon saját egészségéért. De kitartó, következetes erkölcsi neveléssel *tudatosítani* lehet mindenki, hogy felelősek vagyunk saját egészségünkért.

Összefoglalás

Az „egészség” és „betegség” fogalmai nem tartoznak az etikai kategóriák közé, de azok a magtartásbeli tényezők, amelyek az egészség megőrzéséhez, illetve elvesztéséhez vezetnek, gyakran az egyén értékrendjében, erkölcsi normáiban gyökereznek. A dinamikus egészség-felfogás lehetővé teszi az etikai szempontú vizsgálódást is. A testi és lelki jóllét biztosítja az egyén teljes autonómiáját, ami viszont magában foglalja a viselkedéséért, cselekedeteiért vállalt felelősség követelményét. A felvilágosító, egészségnevelő tevékenység azért nagyon fontos, mert minél szélesebb körű ismereteik, minél több tudásuk, információjuk van az embereknek egészségről és betegségről, az egészségromboló életvitel következményeiről, annál realitásabban tudnak dönteni, annál magasabb fokú az autonómiájuk és annál nagyobb a felelősségük is. Lényeges megérteni az emberekkel, hogy az egészségnevelés nem életük legbensőbb szférájába való erőszakos, felsőbb beavatkozás, hanem velük és értük való együttműködés. Kitartó, következetes erkölcsi neveléssel tudatosítani lehet mindenkiben, hogy felelősek vagyunk saját egészségünkért.

Irodalom

- Engelhardt, D. von (1995): *Der Wandel der Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit in der Geschichte der Medizin*. Passau: Wiss.-Verlag Rothe, Band 1.
- Engelhardt, D von. (1989): Gesundheit. In: Eser, A., Lutterotti, M. von ind Sporken, P. (1989, eds.): *Lexikon Medizin, Ethik, Recht*. Herder Verlag, Freiburg, Basel, Wien.
- Blasszauer B. (1997): A medicina célja: új prioritások meghatározása. *Szenvedélybetegségek V.évf. 4.sz.*
- Gárdai Miklós (1992): *Etika az egészségügyben*. Jegyzet. Budapest.
- Helman, C. G. (1999): *Kultúra, egészség és betegség*. Melania Kiadói Kft, Budapest.
- Helman, C. G. (2003): *Kultúra, egészség és betegség*. Negyedik kiadás. Medicina, Budapest.
- Hörmann, G. (1998): Gesundheitserziehung. In: Korff, W., Beck, L. und Mikat, P. (1998, Eds.): *Lexikon der Bioethik*. Band 2. Gütersloher Verlagshaus, Güterloh.

- Illich, I. (1975): *Die Enteignung der Gesundheit. «Medical Nemesis»* Rowohlt Verlag, Hamburg.
- Jenei, Ilona (1995): *A modern orvosi etika*. Debrecen.
- Kovács József (1997): *A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába*. Medicina, Budapest.
- Naidoo, J. és Wills, J. (1999): *Egészségmegőrzés. Gyakorlati alapok*. Medicina, Budapest.
- Nyíri Tamás (1988): *Alapvető etika*. Pázmány Péter RK. Hittudományi Akadémia, Budapest.
- Thompson, I. E., Melia, K. M. és Boyd, K. M. (1999): *Ápolási etika*. Medicina, Budapest.
- Veatch, R. M. (1989): *Lebensstil, Gesundheitsrisiko und Solidarität*. In: Sass, H. M. (1989, ed): *Medizin und Ethik*. Reclam Verlag, Stuttgart.
- Wehkamp, K. (2008): *Verantwortung und Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen*. <http://www.ev-akademie-tutzing.de/doku/programm/get> (2008.XII.5-én)
- Vízy E. Szilveszter és Oberfrank Ferenc (1998): *Az orvostudomány fenntartható fejlődése*. In: Glatz Ferenc (1998, szerk.): *Népegészség, orvos, társadalom*. MTA Budapest.

2000. november 8.

„Az egészségfejlesztés, mint új diszciplína és kutatási terület”

A ROMA FELNÖTT NÉPESSÉG EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA ÉS EGÉSZSÉGMAGATARTÁSA* A KISEBBSÉGEK FOGYASZTÓI MAGATARTÁSÁRÓL KÉSZÜLT KUTATÁS ALAPJÁN¹

Lampek Kinga és Töröcsik Mária

The Roma population suffers from numerous disadvantages as a social group. Since the change in the social-economic-political system in the early 90s the Roma have significantly lagged behind. The fundamental reasons for their being a social group at risk include low-level education, a high rate of unemployment, and continued poverty, as a result of which their living conditions have further worsened both from a social point of view and in respect of their health.

Roma population indicates much shorter life expectancy of the Roma, which means about 12-15 years. We measured the health status with self-reported health: we found a remarkable difference was between Roma sample and the nationwide sample. We came to the conclusion that the chronic illnesses usually appear 10 years earlier among the Roma people. As a result of early health deterioration after 40 years of age the number of disabled people grows suddenly: 25% of the 40-50 year-old and 50% of the 50-year old people are disabled.

Bevezetés

A magyarországi cigányság helyzetének megismerése alapvető társadalmi feladat, több okból is. Egyrészt a cigányság Magyarországon többszörösen hátrányos helyzetű társadalmi csoport, lemaradásuk a rendszerváltás óta különösen számottevő. Veszélyeztetettségük alapvető okai az alacsony iskolázottság, a magas arányú munkanélküliség, a tartós szegénységi állapot, melyek következtében életkörülményeik mind szociális, mind egészségi szempontból tovább romlottak. Másrészt, a roma populáció egészségi állapotáról bár egyre bővülő, mégsem elegendő adat áll rendelkezésünkre, annak kedvezőtlen voltára leginkább csak következtethetünk, megállapításaink bizonytalanok lehetnek.

Az eddigi kutatások túlnyomó többsége felhívta a figyelmet arra, hogy a magyarországi romák egészségi állapota jelentősen rosszabb, mint a többségi társadalomé és mivel a cigányság folyamatos létszámnövekedésére kell számítanunk ez egyben azt is jelenti, hogy egy rossz egészségi állapotú társadalmi csoport „bővített újratemlése” zajlik. Gyukits György ezen kijelentése még akkor is igaz, ha 8-10 éve megfigyelhető, hogy a magyarországi romák születési arányai csökkenő

*A tanulmány megjelent: Kupa László (2005, szerk.): „Globalitás és lokalitás. Etnokulturális nézőpontok Közép-Európában”. BD Stúdió, Pécs - Budapest.

¹„A magyarországi kisebbségek fogyasztói magatartása” c. OTKA kutatás (Kutatásvezető: dr. Töröcsik Mária egyetemi tanár PTE KTK)

trendet mutatnak. A kutatások másik fontos megállapítása, hogy az egészségi állapotban tapasztalható egyenlőtlenség kialakulásának okai nem genetikai, de még csak nem is kulturális, hanem elsősorban szociális természetűek (Gyukits, 1998).

Jelen tanulmányban arra vállalkozunk, hogy a roma minta megkérdezése során nyert adatokból rövid elemzést állítunk össze a megkérdezettek egészségi állapotának, betegségmagatartásának, az egészségi állapotra hatást gyakorló életmódjának bemutatására, figyelembe véve az egészségi állapotot befolyásoló néhány fontosabb demográfiai, szociális, gazdasági tényező szerepét. Az eredményeket – ahol erre lehetőség nyílik – összevetjük, illetve kiegészítjük más kutatások megállapításaival.

2. A kutatás módszere, a minta

A kutatás módszereként a kérdőíves face to face interjúk módszerét választottuk. A terepmunka lebonyolítását a témakörből előzetesen felkészített kérdezőbiztosok végezték. Az adatfelvétel során összesen 1000 főt kérdeztünk meg. A minta a 15 év feletti romanéességet reprezentálja, melyet többlépcsős véletlen mintavétellel biztosítottunk. A kialakult minta főbb háttérváltozók szerinti megoszlását az 1.- 7. számú táblázatok mutatják.

2.1. Nem és életkor

A nemek arányát a kutatás elején rögzítettük, amire azért volt szükség, mert a roma háztartásokban a nap folyamán elsősorban a nők érhetők el, ami jelentősen módosíthatja volna a minta nemi összetételét. Az összehasonlításra szolgáló KSH Időmérleg és életmódvizsgálat nemenkénti összetétele némileg más arányokat mutat, mivel a nők nagyobb arányt képviselnek a társadalomban.

1. táblázat

| A ROMA ÉS AZ ORSZÁGOS MINTA MEGOSZLÁSA NEMEK SZERINT | | | | |
|--|------------|--------|------------------------|--------|
| | Roma minta | | KSH ² minta | |
| férfi | 498 fő | 49,8% | 4865 fő | 46,1% |
| nő | 502 fő | 50,2% | 5684 fő | 53,9% |
| Összesen | 1000 fő | 100,0% | 10549 fő | 100,0% |

A minta életkor szerinti megoszlása jelentősen eltér a magyarországi életkori csoportok struktúrájától. Az életkor szerinti megoszlás viszonylag széles skálán

² A KSH 1999/2000 évben lebonyolított Életmód és időmérleg vizsgálat alapján

mozgott. A legfiatalabb válaszadók 15, a legidősebbek 70 évesek voltak, az átlag életkor 33,9 év. Meg kell jegyezni, hogy a válaszadók jelentős hányada (mintegy háromnegyede) a 40 évnél nem idősebb korosztályokból áll, míg az 50 és 60 év felettek aránya számottevően kisebb, mint a többségi társadalomban. Ez a korösszetétel határozottan jelzi a romák rövidebb élettartamát, amely korábbi kutatások tanúsága szerint átlagosan kb. 15 évvel kevesebb életét jelent.

2. táblázat

| A ROMA ÉS AZ ORSZÁGOS MINTA ÉLETKOR SZERINTI MEGOSZLÁSA | | |
|--|-------------------------------|------------------------------|
| Életkor | Roma minta (N=1000 fő) | KSH minta (N = 10549) |
| 15 -19 éves | 15,0% | 5,3% |
| 20 – 29 éves | 29,7% | 15,5% |
| 30 – 39 éves | 25,8% | 16,4% |
| 40 – 49 éves | 16,1% | 17,5% |
| 50 – 59 éves | 7,1% | 15,7% |
| 60 év és a felett | 6,3% | 29,6% |
| Összesen | 100,0% | 100,0% |

2.2. A háztartás létszáma

A roma háztartások szerkezete is szignifikáns eltérést mutat a társadalomra jellemző adatokhoz képest. 2001-ben a társadalom egészében az egyszemélyes háztartások aránya 25,6% volt, míg az 5 főnél nagyobb háztartásoké 2,9%, a romáknál ennek közel tízszerese (3. számú táblázat).

3. táblázat

| A ROMA ÉS AZ ORSZÁGOS MINTA MEGOSZLÁSA A HÁZTARTÁS LÉTSZÁMA SZERINT | | |
|--|-------------------------------|----------------------------|
| | Roma minta (N=1000 fő) | KSH minta (N=10549) |
| 1 személyes háztartás | 4,2% | 15,7% |
| 2 személyes háztartás | 10,8% | 27,7% |
| 3 személyes háztartás | 15,2% | 22,4% |
| 4 személyes háztartás | 20,9% | 23,0% |
| 5 személyes háztartás | 20,9% | 7,9% |
| 6 személyes háztartás | 12,0% | 2,2% |
| 7 vagy több személyes háztartás | 16,0% | 1,1% |
| Összesen | 100,0% | 100,0% |

A 2001-ben történt népszámlálás adatai szerint Magyarországon az átlagos háztartáslétszám 2,6 fő, a romák körében végzett kutatás szerint 4,7 fő.

A jelentősen magasabb háztartáslétszámot elsősorban a magas gyermekszám eredményezi, de nem ritka a több családmagból álló kiterjesztett család sem. Amennyiben csupán a fiatalabb (maximum) 14 éves gyerekek számát vesszük alapul, az egy gyerek a 20 év alatti, a két, illetve négy vagy több gyerek a 20-30 év közötti, a három gyerek a 30-40 közötti válaszadókat jellemzi leginkább. Ötven felett már ritkán jellemző a fiatal gyerek a családban. Megjegyzendő, hogy a három vagy ennél több gyermeket nevelők aránya a roma mintában 26% volt, a teljes népességben azonban csak 6-7% között mozog, de ez az arány a háztartásban élő 14 évesnél idősebb gyermekeket is magában foglalja.

2.3. A családi állapot

A családi állapot statisztikai kategóriáit elemezve azt tapasztaltuk, hogy a romák közt a házastárssal/élettárssal élők csoportja számottevően nagyobb, mint a társadalom egészében, csaknem 70%. A fiatalok magas aránya mellett is a hajadonok és nőtlenek csoportja szűkebb, mint a többségi társadalomban, ami nyilvánvalóan a korai házasságkötéseknek köszönhető. Már az előző adatokból is következik, hogy a hagyományos család jelenléte általánosabb, így nem csoda, hogy az elváltak csoportja alacsony arányt képvisel. Az özvegyek alacsony részaránya valószínűleg a rövidebb élettartással és a férfiak és nők életéselyei közti jelentéktlenebb különbséggel indokolható.

4. táblázat

| A ROMA ÉS AZ ORSZÁGOS MINTA MEGOSZLÁSA A CSALÁDI ÁLLAPOT SZERINT | | |
|--|------------------------|--------------------------|
| Családi állapot | Roma minta (N=1000 fő) | KSH minta (N = 10549 fő) |
| házastárssal/élettárssal él | 69,5% | 53,0% |
| nőtlen/hajadon | 17,3% | 26,8% |
| elvált/külön él | 6,8% | 8,7% |
| özvegy | 4,8% | 11,5% |
| nem nyilatkozott | 1,6% | - |
| Összesen | 100,0% | 100,0% |

2.4. Lakóhely (településtípus)

Az eddigi cigánykutatások egyértelműen megállapították, hogy a cigányok területi elhelyezkedésének és településhierarchiában elfoglalt helyének a mutatói jelentősen eltérnek a teljes népességet jellemző arányoktól. „A romáknak a teljes népességnél lényegesen nagyobb része él az ország fejletlen infrastruktúrájú, de

pressziós, válság sújtotta régióiban, illetve kedvezőtlen helyzetű, az átlagnál rosszabb életfeltételeket kínáló településein” (Havas, 1999). Mindezek következtében a területi és települési hátrányok az esélyegyenlőtlenség egyik meghatározó elemévé váltak.

A 5. sz. táblázatból látható, hogy a kérdezettek közel kilenc százaléka lakik Budapesten, 34 százaléka megyeszékhelyen vagy egyéb városban, és több mint 57 százaléka községben.

5. táblázat

| A ROMA ÉS AZ ORSZÁGOS MINTA MEGOSZLÁSA A VÁLASZ- ADÓ LAKHELYE SZERINT | | |
|--|-------------------------------|---------------------------------|
| | Roma minta (N=1000 fő) | KSH minta (N = 10549 fő) |
| Budapest | 8,5% | 20,2% |
| megyeszékhely | 11,4% | 19,5% |
| egyéb város | 22,8% | 28,1% |
| község | 57,3% | 32,2% |
| Összesen | 100,0% | 100,0% |

Adataink jól mutatják, hogy a cigányok az országos átlagnál jóval magasabb arányban laknak községben ma is, annak ellenére, hogy az urbanizálódási folyamat a cigányságot sem kerülte el a XX. század folyamán. A múlt században jelentős vándorlás indult meg a városokba az iparosítás hatására, azonban az utóbbi évtizedekben, de főleg az 1990-es években inkább egy „álurbanizálódási” folyamat volt megfigyelhető: a valóságban városi funkciók nélküli nagyközségek kaptak városi rangot nagyszámban, aminek következtében tovább emelkedett a város-lakók száma, jelentősen módosítva a város- és községlakók arányát. Amíg 1980-ban 96 város volt összesen Magyarországon, addig 2001 elején a 23 megyei jogú város mellett 214 város volt található. Ennek eredményeképpen közel egyharmadára (35,6 %) csökkent a községben lakók aránya hazánkban. E folyamat természetesen a cigány népességet is érintette, így mára 40 százalék fölé emelkedett a város-lakó cigányok aránya, de még mindig közel kétszer olyan magas arányban laknak falun, mint az átlag.

A cigányok és nem cigányok közti településszerkezeti „távolságot” leginkább az szemlélteti, hogy a cigányok 40%-a él 1000 fő alatti településeken (ez az arány a teljes népességben 17%), ahol az egészségügyi ellátás, a gyógyszertárakkal való ellátottság, az infrastruktúra a legalapvetőbb formában is elmaradott, fokozva az egészségi állapotban is megjelenő társadalmi egyenlőtlenségeket.

A lakóhely okozta hátrányokat a fentiekén kívül a helyi, településen belüli el-
különülés is erősíti. Társadalmi folyamatként figyelhetjük meg ugyanis – és ada-

taink is ezt igazolják –, hogy az eltelt nyolc-tíz évben jelentősen, az országos, sőt, az átlagos cigány népesedést is meghaladó mértékben szaporodtak a telepen élő családok, újratermelve a nyomort, és növelve a gettósodás mértékét. Kutatási adataink szerint a megkérdezettek 66,5%-a él telepen vagy telepszerű környezetben, közel 30%-a pedig cigány többségű környéken.

6. táblázat

| A ROMA MINTA LAKÓHELYI SZEGREGÁCIÓ SZERINTI MEGOSZLÁSA (N=1000 fő) | |
|---|--------|
| kizárólag cigány családok élnek | 16,1% |
| sok a cigánycsalád, de laknak más családok is | 50,4% |
| többségben nem cigányok | 29,5% |
| a család az egyetlen cigány származású a környéken | 3,3% |
| nem válaszolt | 0,7% |
| Összesen | 100,0% |

2.5. Iskolai végzettség

Az elmúlt évtizedek során számos kutatás irányult az iskolai végzettség és az egészség kapcsolatának feltárására, így napjainkban általánosan elfogadott megállapítás, hogy az emberek egészségi állapotát, halandóságát jelentősen befolyásoló szociális tényező az iskolai végzettség. Külföldi és hazai kutatások egész sora igazolta, hogy a magasabb iskolai végzettségű emberek egészségi állapota általában jobb, mint az alacsonyabb végzettségűeké. Ritkábban fordul elő körükben a betegség miatti átmeneti vagy tartós tevékenységkorlátozottság, alacsonyabb a morbiditásuk és a megrokkanasuk aránya, halálozásuk későbbi életszakaszban következik be. Az alacsonyabb iskolai végzettségűeknél gyakrabban fordulnak elő a fertőző betegségek, nagyobb köztük az idült betegségekben szenvedők aránya, körükben a fatális kimenetelű betegségek gyorsabban vezetnek halálhoz és rövidebb a várható átlagos élettartamuk. Egészségüket önmaguk is negatívabban értékelik, mint a magasabb iskolázottságúak.

A kisebbségi kutatás mintája szerint a romák iskolázottsága katasztrofális mértékben marad el a társadalom egészétől: a cigányok közel 80%-a maximum 8 általános iskolai osztályt végzett, ami a társadalmi folyamatokba való bekapcsolódási lehetőségeknek egyik nyilvánvaló gátja. Az ilyen mérvű alacsony iskolai végzettség valószínűsíti a munkanélküliséget, a szegénységet, a depriváltságot és egyben az egészségi állapot idő előtti romlását.

| A ROMA ÉS AZ ORSZÁGOS MINTA ISKOLAI VÉGZETTSÉG SZERINTI MEGOSZLÁS | | |
|---|------------------------|--------------------------|
| | Roma minta (N=1000 fő) | KSH minta (N = 10549 fő) |
| nem járt iskolába | 2,2% | Nincs adat |
| kevesebb, mint 8 általános | 25,1% | 10,7% |
| befejezett 8 általános | 51,2% | 26,4% |
| szakmunkásképző, szakiskola | 18,1% | 23,1% |
| érettségi | 3,2% | 27,6% |
| felsőfokú végzettség | 0,2% | 12,2% |
| Összesen | 100,0% | 100,0% |

A nemek és az életkori csoportok közt is markáns különbségek tapasztalható: férfiak között a szakmunkásképzőt/szakiskolát végzettek, a nők között az ennél alacsonyabb végzettséggel rendelkezők képviseltek nagyobb arányt.

A 30 év alattiak közel 60%-a fejezte be a 8 általános iskolai osztályt, míg az ötven év felettieknek csak alig egynegyede. Szakma elsajátítása a 20-29 évesek egynegyedére, míg az 50 évesnél idősebbek egytizedére jellemző.

2.6. Gazdasági aktivitás, foglalkoztatottság

Közismert, hogy ma Magyarországon az átlagnál jóval kisebb arányban foglalkoztatottak a cigány aktív korúak, mint a nem cigányok és nagyobb arányban sújtja őket a munkanélküliség. Az 1993-ig dolgozó cigányok 40 százaléka vesztette el állását, ugyanez a szám a nem cigányoknál csak 10 százalék volt. A nők foglalkoztatásában látható nagyobb különbség egyik magyarázata, hogy a cigány családokban magasabb az átlag-gyerekszám, mint a nem cigány családokban, vagyis a cigány nők jelentős része hosszabb ideig van otthon a több gyerek miatt vállalva a hagyományos női szerepeket (Kertesi, 1994).

1994 óta az országos munkaerő-piaci helyzet sokat romlott, ami a cigányokat valószínűleg még jelentősebb mértékben sújtotta. A Szonda Ipsos egy 1997-es országos felmérése szerint az országosan 6-8 százalékos munkanélküliséggel szemben a romáknál 30 százalék felett volt ez a ráta. A helyzetet plasztikusabban érzékeltetik a foglalkoztatási mutatók. A foglalkoztatottság közel 60 százalékos volt Magyarországon 1999-ben (Laky, 2000), ami jelentősen meghaladja a cigányoknál mérhető szintet, a férfiaknál 30%, a nőknél 15%.

A háztartások összetétele és nagysága is határozottan különböző képet mutat a cigány és nem cigány csoportban, amit több tanulmány is alátámaszt. Kertesi

adatai szerint a cigány háztartások több mint felében nincs egy kereső sem, a nem cigányoknál ez az arány egyharmad. A háztartás nagyságának növekedésével a munkanélküli családtaggal rendelkező cigány háztartások felülreprezentáltsága emelkedik (Kertesi, 1995). Laky Teréz kutatásai ezt az összefüggést országos viszonylatban is kimutatták: a három vagy több 15 éven aluli gyerekkel élő háztartások 13 százalékában egy vagy több munkanélküli van, a két gyerekesek és egy gyerekesek 11-11 százalékában, az egy gyerekeseknél csak öt százalékban található legalább egy munkanélküli (Laky, 2000).

A munkaerőpiachoz kötődést nagymértékben befolyásolja az iskolai végzettség, és mivel a cigányok iskolai végzettsége jóval alacsonyabb a nem cigányokénál, így összességében alacsonyabb kötődés jellemző rájuk (Kertesi, 1995).

Kertesi Gábor szerint a társadalmi-demográfiai tényezők kétharmad arányban magyarázzák meg a cigány munkanélküliség országosnál magasabb arányát (lásd még: Benkő, 2000), a maradék egyharmadért a munkaerőpiacon (is) jelenlevő diszkrimináció a felelős. Az etnikai hovatartozás olcsó felvételi szűrőként működik a cégek munkafelvételi irodáiban. Ha mégis sikerül kapun belül kerülnie egy cigánynak, bár kisebb, de szintén szignifikáns hátrány éri a bérezés területén, 20 százalékkal kevesebbet kapnak, mint a nem cigányok (Kertesi, 1995).

A kérdezettek gazdasági aktivitása heterogén képet mutat a saját kutatásunk eredményei szerint is. Kiemelkednek a mezőnyből a rendszeres vagy alkalmi munkából élők (33%), a gyerekkel otthon lévő anyukák és a háztartásbeliek (15% és 8,5%), a munkanélküliek (16%), és a rokkant nyugdíjasok (10%) csoportja.

A férfiak között magasabb arányban találunk munkával/munkaviszonnyal rendelkezőket, míg a nők a már leirtak szerint a gyermekgondozáshoz, háztartásvezetéshez kapcsolódó kategóriákban képviseltek szignifikánsan nagyobb hányadot.

A 20 évnél nem idősebbek döntő hányada még tanuló. Ötven év felett alig találunk aktív keresőt. Nagy a munkanélküliek aránya a 20-40 évesek soraiban is, igaz, a munkavállalók hányada is itt a legmagasabb.

A munkaviszonnyal rendelkezők aránya Budapesten volt a legjelentősebb, majd a kisebb lélekszámú településtípusok felé haladva ez egyre csökkent. A munkanélküliek aránya – hasonlóan az országos adatokhoz – a községekben és kisvárosokban lényegesen magasabb volt, mint a megyeszékhelyeken és a fővárosban.

2.7. Jövedelmi helyzet és ennek szubjektív megítélése

A szociológiai kutatások évek óta ismétlődő megállapítása, hogy a cigányok – demográfiai, kulturális, diszkriminációs stb. – folyamatok következtében felülreprezentáltak a magyar társadalom szegény, kirekesztett rétegeiben. A TÁRKI egyik legutóbbi, jövedelem-eloszlást vizsgáló tanulmányában többváltozós regresszióval azt vizsgálták, hogy mennyire határozza meg egy cigány nemzetiségű háztartásfő, hogy háztartása a szegények vagy a gazdagok csoportjába tartozzon. Az eredmények szerint a cigány háztartások tagjai négy-ötszörös eséllyel válnak sze-

gényé és a többiekhez képest alig egyharmad az esélyük arra, hogy a legfelső jövedelmi kvintilisbe (20%-ba) kerüljenek.

Mivel az eddig ismertetett eredményeink is igazolják, hogy a szegénység okozata a romák körében rendkívül magas, ezért kutatásunk során elengedhetetlen feladat volt a megkérdezettek jövedelmi, anyagi helyzetének vizsgálata még annak figyelembevételével is, hogy általában ez a kérdezés „legkényesebbnek” mondható fázisa. Az eredményeket röviden összegezve az alábbi megállapításokat tehetjük.

A háztartások összjövedelmének forrásai közt a társadalmi átlaghoz képest alacsony a főfoglalkozásból (28%) és az alkalmi munkából (14%) származó jövedelem, illetve magas a társadalmi jövedelmek aránya (56%). Ez utóbbiakon belül leggyakrabban fordul elő a háztartásokban a családi pótlék – a háztartások 62%-ában – és a szociális segélyek – a háztartások 42%-ában –, de az ezekből származó bevétel számottevően kevesebb, mint a munkavállaláshoz kötődő béreké illetve nyugdíjé.

A felkeresett háztartások átlagos havi nettó összjövedelme 97000 Ft volt, az egy főre jutó nettó jövedelem átlaga 19950 Ft. A szegénységvizsgálatok módszertana szerint abszolút szegényeknek nevezzük azokat, akik a megállapított létminimumszint (30000Ft nettó jövedelem/hó/fő) alatti jövedelemből élnek. A kutatási adatokból rendelkezésünkre álló eredmények szerint a megkérdezettek 83,6%-a él olyan háztartásban, ahol az abszolút szegénység a jellemző.

Nem meglepő, hogy a rendelkezésre álló jövedelmekből a háztartások 59%-a csak nehezen vagy nagy nehézségek árán tud megélni, 33% kisebb nehézségekkel és csak 8% válaszolta, hogy könnyen.

Megkértük a kérdezetteket, hogy ítéljék meg a háztartásuk anyagi helyzetét az átlaghoz képest. Az önbesorolás eredményeként átlagos körülmények között él 24%, átlag alatti helyzetben 67%, és alig 3% gondolja átlag feletti jövedelmi helyzetűnek háztartását.

Az utóbbi egy évben romlott a háztartások anyagi helyzete, a kérdezettek 29%-a szerint, közel 50% gondolja, hogy azonos szinten vannak, és 21% javulónak ítélte jövedelmi helyzetét az elmúlt évhez képest.

Az anyagi helyzet pontosabb megismeréséhez a kutatás során megkérdeztük, hogy előfordult-e az utóbbi egy évben, hogy nem tudtak megvásárolni vagy kifizetni pénzihiány következtében alapvető termékeket, szolgáltatásokat. A megkérdezettek szerint a háztartásokban általában van pénz gyógyszerre és fűtésre, annál gyakrabban nincs ruhára, tartós fogyasztási cikkekre, közüzemi számlára vagy élelemre.

3. Az egészségi állapot

Az előzőekben áttekintettük azokat a szocio-demográfiai tényezőket, melyek egyrészt leírják a magyarországi romák életkörülményeit, ugyanakkor pedig fokozzák a romák és nem romák közti különbségeket az egészségi állapotban is.

Bár közismert, hogy a magyar társadalom egészségi állapotát jelző mutatószámok rendkívül kedvezőtlen képet tárnak elénk, a romák egészségi állapota ennél is sokkal rosszabb, mindemellett az egészségügyi ellátó intézmények szolgáltatásaihoz is nehezebben férnek hozzá. E kijelentést bizonyítandó, néhány eddig elkészült romák körében végzett egészségpszichológiai kutatás eredményeit foglaljuk össze röviden.

A cigányok körében az egészségben töltött életévek száma határozottan kevesebb – 12-15 évvel –, mint a magyar társadalomban. A házi orvosok adatszolgáltatásának eredményei alátámasztják a romák tragikus egészségi állapotának tényét: a halandósági ráta kétszer akkora a romákra vonatkoztatva, mint a lakosság körében. Az idő előtti halálozás magas arányára enged következtetni, hogy a 19-49 éves korosztály mortalitási rátája 14 ezrelék. Ebből az is következik, hogy a betegségek jelentősen korábban jelentkeznek a romák csoportjában, sőt valószínűsíthető, hogy a túlélési idő számottevően rövidebb a hátrányos gazdasági, társadalmi és pszichés tényezők miatt.

A leggyakoribb halálokok a szív- és érrendszeri, valamint a májbetegségek. A nőknél gyakori még az agyérbetegségek miatti halálozás, a férfiaknál, pedig a légcső, hörgők, tüdő rosszindulatú daganata következtében történő mortalitás.

A kutatási eredmények szerint a felnőtt romák egyharmadának nincs krónikus betegsége. A betegségek hiánya leginkább a 40 év alattiakra jellemző, 40 év felett az egészségi problémák számottevő növekedését tapasztalhatjuk.

A romák által megnevezett betegségek közül a szívbetegségek (36,7%) és a mozgásszervi betegségek (28,8%) előfordulási gyakorisága a legmagasabb valamint a tápcsatorna (15,2%) és a légzőszervek (22%) betegségei. A depressziós tünetegyüttes prevalenciája katasztrofális méreteket öltött, a depressziós tünetegyüttes valamely fokozata a romák 75%-át érinti.

A fogászati egészségi problémák gyakorisága elenyésző a megkérdezések alapján, ugyanakkor a romák fogazata rendkívül hiányos a gyakori foghúzások és a meglehetősen ritka fogpótlások következtében.

A tartós egészségkárosodások előfordulása jelentősen nem magasabb, mint más lakossági kutatásokban, de ezek korrigálására szolgáló gyógyászati segéd-eszközök igénybevételét jelentős mértékben akadályozzák az anyagi erőforrások hiánya.

A balesetek előfordulása mind a felnőtt, mind a gyermekkorosztályt érinti. A balesetek többsége orvosi beavatkozást igényel, és egyharmaduk jár a további életet befolyásoló negatív következménnyel.

Az egészséget veszélyeztető kockázati tényezők összekapcsolódva, egymást erősítő módon jelennek meg a romák körében, kialakítva és fenntartva az egészségtelen életmódot. A rizikófaktorok közül a dohányzás, a táplálkozási problémák, a prevenciósi tevékenységek hiánya jellemzi a csoportot.

Bár a perinatális halálozás és a koraszülések száma a romák körében is csökkent, de még mindig határozottan nagyobb, mint a többségi társadalomban. A nők

51,5%-ának még nem volt spontán vetélése, 30%-nak egy, 10%-nak 2, 8,6%-nak 3 vagy több alkalommal. A kutatások szerint a roma nők 19%-ának nem volt még abortusza, 30%-nak egy, 19%-nak kettő és 18%-nak legalább három művi vetélése volt élete során, az átlagos abortuszszám 2,3.

A gyógyító orvosi beavatkozások túlnyomó többsége az alapellátásban történik, az átlagos háziorvos-felkeresés 13-14 alkalom évente. Az ellátással a megkérdezettek többsége ugyan elégedett, de állapotuk javulásához nem biztos, hogy elegendő orvosi segítséget kaphatnak.

A rossz, kedvezőtlen egészségi állapotú romák a jelenlegi egészségügyi ellátó rendszerben nem jutnak el a magasabb színvonalú, szakellátást biztosító rendelésekre. A szakrendelésekre történő utalások a háziorvosi megkérdezések adatai alapján is nagyon alacsonyak. Egyetlen olyan szakrendelést sem találtunk, ahol a romák ugyanolyan arányban jelennének meg, mint ahogy azt az országos igénybevételi adatok jelzik. A reumatológián, a neurológián és az onkológián tapasztalható, hogy az országos adatok kevesebb, mint kétszeres gyakoriságot jeleznek, az összes többi szakrendelésnél az eltérés jelentősebb, akár többszörös.

Az orvosi megkérdezés alapján a férfiak 11%-a, a nők 15%-a került egy év alatt kórházba, az országos adat 25%. A kórházi tartózkodások hosszúak (19 nap), ami arra utal, hogy az orvosi beavatkozás már egy előrehaladott betegségi állapotban történik.

A szanatóriumi gyógykezelések aránya 0,5%, a beutalók túlnyomó része a tüdőszanatóriumokba szolt.

Az egészségügyi ellátás során nem állítható, hogy ritka vagy elkerülhető a romák megkülönböztetése, enyhébb vagy súlyosabb mértékben megkérdezettek egynegyedét érte már diszkriminatív élmény.

3.1. Az egészségi állapot szubjektív értékelése

Kutatásunkban a megkérdezettek 0 - 10 pontig terjedő skálán értékelték egészségi állapotukat, ahol a 0 a legrosszabb, a 10 a legjobbnak tartott egészségi állapotot jelentette.

A roma minta által adott válaszok átlagértéke 6,44 (SD=2,71), a lakossági mintáé 7,01 (SD=2,45). Ez a különbség is jelentősnek mondható, különösen, ha figyelembe vesszük, hogy a cigány minta fele, a lakossági minta alig több, mint egyharmada értékelte egészségi állapotát viszonylag kedvezőtlennek.

A teljes roma mintára vonatkozó átlagérték mögött több demográfiai és szociális jellemző esetében is szignifikáns eltérések mutatkoznak.

Az egészségi állapot romlása az életkor előrehaladtával járó természetes folyamat, de az egészségromlás dinamikája nagymértékben befolyásolható jó néhány tényező által: egészség tudatos életmód, természeti és társadalmi környezet ártalmainak csökkentése, emberi kapcsolatok harmonikus jellege, egészségügyi szolgáltatások igénybevétele stb.

A kutatások eredményei is azt mutatják, hogy a növekvő életkor folyamatosan romló egészségi állapotot idéz elő, de a cigányok bármely életkori csoportjában szignifikánsan rosszabb az egészségi állapot. Ugyanakkor az is megfigyelhető, hogy a roma mintában legalább 10 évvel korábban jelentkezik az egészségromlás, hiszen itt már 40 éves kortól, a KSH mintában 50 éves kortól értékelte egészségi állapotát minden életkori csoport rosszabbnak, mint a minta egésze.

8. táblázat

| AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÖNÉRTÉKELÉSE ÉLETKOR SZERINT A ROMA ÉS A KSH MINTÁBAN | | | | | |
|---|------------|----------|-----------|----------|--------------------------|
| | Roma minta | | KSH minta | | Különbőség (Roma-KSH) |
| Életkor | Átlag | Elemszám | Átlag | Elemszám | Átlag |
| - 19 | 8,43 | 119 fő | 9,05 | 544 fő | - 0,62 |
| 20 - 29 | 7,26 | 321 fő | 8,66 | 1622 fő | - 1,4 |
| 30 - 39 | 6,48 | 254 fő | 7,50 | 1718 fő | - 1,02 |
| 40 - 49 | 5,26 | 160 fő | 7,14 | 1830 fő | - 1,88 |
| 50 - 59 | 4,08 | 71 fő | 6,25 | 1643 fő | - 2,17 |
| 60 - felett | 3,91 | 63 fő | 5,55 | 3099 fő | - 1,64 |
| Összesen | 6,44 | 988 fő | 7,01 | 10456 fő | |

Nem ismeretlen jelenség, hogy a nők határozottan rosszabbnak ítélik az egészségi állapotukat nem elsősorban az idős korban, amikor a betegségek megjelenése általánossá válik, hanem az élettartam teljes hosszában. Ez a különbség nem feltétlenül a ténylegesen is kedvezőtlenebb egészségi állapotnak tudható be, hanem a nőkre jellemző betegésgészlelés érzékenységének.

Mivel a társadalmi folyamatokba való bekapcsolódási lehetőségeknek egyik nyilvánvaló gátja az alacsony iskolai végzettség, ezért nagy valószínűséggel alakul ki a munkanélküliség, a szegénység, a depriváltság, a többszörösen hátrányos helyzet, a társadalmi javaktól való megfosztottság tartós fennállása és ennek következtében az egészségi állapot idő előtti romlása. A magas iskolázottság nem csak a nagyobb arányú foglalkoztatottság és a magasabb jövedelmek következtében hat az egészségi állapot kedvezőbb alakulására, hanem az iskolázottság fokozza azt a képességet, hogy megbirkózzunk nehézségeinkkel, hatékonyabban, racionálisabban kezeljük problémáinkat, ugyanakkor az iskolázottság magasabb szintje az egészséges, nem önkárosító magatartásformák gyakoribb előfordulását is eredményezheti.

Mintánkban is – hasonlóan más kutatások eredményeihez – számottevő eltérést tapasztalhatunk az iskolai végzettség tekintetében: a szakképzetlenek közt jelentősen többen vannak azok, akik rossznak vagy nagyon rossznak mondták

egészségi állapotúakat, ugyanakkor a nagyon jó egészségi állapotúak közt nyilvánvaló a legalább szakképzettek csoportjainak túlsúlya. Érdekes megállapítanunk, hogy a társadalom egészére vonatkoztatva az egészségi állapot jelentősen kedvezőbb alakulása az érettségizettek és a diplomások közt tapasztalható, a románknál a szakképzettség megszerzése is érezhető hatását a kevésbé iskolázottakhoz képest.

Kiszűrve az életkor hatását, az azonos életkorúak között is jelentős különbséget okoz az iskolázottság: 30 év felett minden életkori csoportban szignifikáns az egészségi állapotban mutatkozó eltérés: a szakmunkásképzőt végzettek, az érettségizettek és a diplomások sokkal kedvezőbb egészségi állapotúnak tartják magukat, mint a maximum általános iskolai végzettséggel rendelkezők.

Az egészségzociológiai vizsgálatok tanúsága szerint és az elemzett mintában is érvényesül az az összefüggés, hogy a gazdaságilag aktívak, a családban, a jobb anyagi helyzetben, a fejlettebb gazdasági régiókban, a városokban élők, nagyobb valószínűséggel őrzik meg egészségüket, vagy kevésbé betegek, mint azok, akik e tényezők szerint kedvezőtlenebb helyzetben vannak.

A gazdaságilag aktív népesség, a tanulók és a gyesen, gyeden lévő kismamák a várakozásoknak megfelelően a legjobb egészségi állapotúak. Az utóbbi két csoport még fiatal, egészségi állapotuk koruknak megfelelő. Ugyancsak nem meglepő eredmény, de hangsúlyozandó, hogy bár a rokkant nyugdíjasok és a munkanélküliek életkorukat tekintve még az aktív korba tartoznak, egészségi állapotuk a foglalkoztatottakhoz képest számottevően rosszabb: a rokkant nyugdíjasok fele, a munkanélküliek egynegyede sorolta magát a legkedvezőtlenebb csoportba.

A kedvező jövedelmi helyzetben lévők kétharmada, egészségi állapotáról is pozitívan nyilatkozott, ugyanez az arány a nehézségek árán megélni tudók közt 40%. A rossz egészségi állapotúak közt pedig háromszor akkora arányban vannak a nehéz anyagi körülmények közt élők, mint a jobb módúak.

Érdemes rávilágítani arra az összefüggésre, hogy az egyes életkori csoportokban a kedvező anyagi helyzetben lévők számottevően egészségesebbnek tartották magukat, sőt az anyagi gondoktól mentesen élők az idősebb koruk ellenére is jobb egészségi állapotról számoltak be, mint azok, akik ugyan fiatalabbak, de jövedelmi helyzetük nem teremt kedvező megélhetési körülményeket. A 30–39 éves korosztályban tapasztalható törés vélhetően annak a következménye, hogy többen a még kedvezőbb jövedelmi helyzet elérése érdekében olyan többlet terheket vállalnak, amelyeknek az áldozataivá válnak, és amelyek az egészségi állapot romlását eredményezik.

Kiemelésre érdemes különbséget tapasztalhatunk a városi és falusi lakosok, illetve az egyes földrajzi régiók közt. Míg a társadalom egészében a községekben élők egészségben maradásának van a legkisebb esélye, addig a románok közt ez a kisebb városokban érvényes. Valószínűleg a kisvárosok munkaerő-piaci problémái különös erővel érintik az ott élő cigányokat, számukra az elhelyezkedés minimális eséllyel jár. Ennek hatása határozottan érvényesül az egészségi állapot

alakulásában is, fokozva a településszerkezetben rejlő egyenlőtlenségi viszonyokat. A nagyvárosok és a falvak lakói jobb egészségi állapotról számoltak be, bár az okok eltérőek lehetnek. A nagyvárosok jobb megélhetési lehetőségeket, életkörülményeket biztosíthatnak a roma családok számára is, a falusi környezet azonban a romák hagyományosabbnak mondható életmódjának folytatására ad lehetőséget, ami egyben jobb közérzetet, ezen keresztül jobb egészségi állapot értékelést is eredményezhet. Ez a különbség akkor is érvényes, ha csak az azonos korosztályokat vizsgáljuk, vagyis kizárjuk az életkor okozta egészségromlást.

Az ország gazdaságilag különböző gazdasági fejlettségi szintjén álló régiók lakosai is elkülönülnek egymástól az észlelt egészségi állapot terén. Nyugat-Dunántúlon, Budapesten és Pest megyében a legjobb a helyzet egyrészt a kedvezőbb gazdasági környezet miatt, másrészt az egészségügyi szolgáltatások könnyebb elérhetősége következtében. Az alföldi és az észak-magyarországi területeken élők kevesebb, mint fele örvend jó vagy kiváló egészségnek, a másik végponton pedig alig 20%-uk van.

A szocio-demográfiai tényezők és az egészségi állapot önértékelésének kapcsolata az általunk bemutatott mintában is fellelhető. Alátámasztottnak mondható tehát, hogy az egészségi állapot romlása az életkor előrehaladta mellett elsődlegesen a kedvezőtlen szociális tényezőknek tudható be: mindenekelőtt az iskolai végzettségnek, a gazdasági aktivitás hiányának, a hátrányos jövedelmi helyzetnek, illetve a települési különbségeknek.

A romák gyógyszer fogyasztási szokásainak vizsgálata előtt kitérünk arra, hogy a megkérdezett válaszadóink rendelkeznek-e TB kártyával, illetve jogosultak-e közgyógyellátásra.

3.2. Társadalombiztosítási kártya

A válaszadók közül 966 fő, 96,6% nyilatkozott úgy, hogy van TB kártyája. Bár elenyésző azok száma, akik nem rendelkeznek TB kártyával, mégis elmondható, hogy közöttük gyakoribb az idősebb, iskolázatlan, kizárólag cigányok közt élő megkérdezett.

3.3. Közgyógyellátás

A roma mintában 354 fő (35,4%) jogosult közgyógyellátásra. Ez az arány feltűnően magas a társadalmi adatokhoz képest, hiszen Magyarországon a felnőtt népességnek mindössze 3,5%-a juthat hozzá gyógyszereihez a közgyógyellátáson keresztül. Az említett magas arány a már részletesen elemzett szegénységi állapothoz és a súlyos egészségromlásnak köszönhető.

A közgyógyellátást igénybevevők 40 éves kor felett „sokasodnak” meg, ezekben az életkori csoportokban majdnem minden második válaszadó jut hozzá ezen a módon gyógyszereihez.

A jövedelmi helyzet szerint azt az általános tendenciát figyelhetjük meg, hogy valóban a létminimum szint alatti jövedelemből élők rendelkeznek gyakrabban a közgyógyellátás szolgáltatásával. Ezt egyetlen esetben látjuk megtörni, mégpedig a 20-25 ezer Ft egy főre jutó jövedelemből élő háztartásoknál. A magyarázat vélhetően az lehet, hogy ezek a háztartások a fiatalabb házaspárokból állnak, akik életkoruknál fogva még nem betegek és a viszonylag magas gyermek szám miatt alacsony a megélhetésre fordítható jövedelem.

A közgyógyellátás igénybevételénél érdemes felvetni azt a fajta kettősséget, amely jónéhány társadalmi jelenségnél megfigyelhető. A közgyógyellátás, mint társadalmi juttatás igénybevétele úgy tűnik, hogy egyfelől a rászorultság alapján válik elérhetővé, másfelől azonban bizonyos érdekvégyesítési folyamatok is megfigyelhetők. Azt tapasztaltuk ugyanis, hogy az alacsony iskolai végzettséggel járó rossz egészségi állapot, és a nehéz jövedelmi helyzet mentén érvényesülő közgyógyellátás mellett azok, akik magasabb iskolai végzettségűek, Budapesten vagy megyeszékhelyeken, az ország fejlettebb régióiban élnek, szignifikánsan nagyobb gyakorisággal veszik igénybe a közgyógyellátást, mint például a kisebb települések roma lakosai. Feltűnő eredmény, hogy az ország legelmaradottabb és legfejlettebb régióiban, a legalacsonyabb és legmagasabb iskolai végzettségűek közt a legmagasabb a közgyógyellátottak részaránya. A jelenség hátterében információhiány, de gyakran a hivatalos ügyek intézésének képtelensége, elérhetetlensége, vagy az esetleges korábbi diszkriminatív élmények állhatnak.

3.4. Rendszeres gyógyszereszedés

A kutatásban vizsgált mintában rendszeres gyógyszerfogyasztónak mondta magát 256 fő, a válaszadók 25,6%-a. Nem váratlan az az eredmény, hogy a nők nagyobb hányada szed rendszeresen gyógyszert (35,0%), mint a férfiak (20,9%), illetve az, hogy a kor előrehaladtával nő a rendszeres gyógyszereszedők aránya. Akiknek nincs meg a 8 általános végzettségük szignifikánsan nagyobb arányban szednek rendszeresen gyógyszert (39,9%), mint a magasabb végzettségűek (26,5%), hiszen ők az idősebb, iskolázatlanabb csoportot alkotják. A legkisebb jövedelmi kategóriába tartozók nagyobb hányada vallja magát rendszeres gyógyszereszedőnek (34,5%), mint a relatíve jobban keresők (24,2%). A rendszeres gyógyszereszedők közt várakozásunknak megfelelően viszonylag magas a közgyógyellátásra jogosultak arány, 47%.

A roma mintában nyert eredményeket összevetve a KSH Életmód és időmérés-vizsgálatának eredményeivel számottevő különbségeket tapasztalunk. Az életkori csoportokat összehasonlítva azt a megállapítást tehetjük, hogy 60 éves korig mindkét nemnél a magyarországi arányokhoz képest magasabb a gyógyszereszedők aránya: például az 50-59 éves romák 62,8%-a, az országos minta 43,1%-a. Ez valószínűleg egy újabb „bizonyíték” a középkorú romák határozottan rosszabb egészségi állapotának igazolásához.

4. Egészségmagatartás

A tanulmány további részében sorra vesszük azokat a fontosabb egészségmagatartáshoz kötődő jellemzőket, melyek befolyásolják az egészségi állapot alakulását és a kérdőívben velük kapcsolatban információhoz jutottunk.

Az életmód egészségkárosító elemeiként emlegeti minden kutatás az egészségtelen táplálkozást, a dohányzást, az alkoholfogyasztást, a mozgásszegény életmódot, melyek nyilvánvalóan függnek a társadalomban elterjedt szokásoktól, viselkedési mintáktól, az elfogadott értékektől, normáktól.

Ugyanakkor azt is látnunk kell, hogy az egészségtelen életmód annak is lehet a következménye, hogy a társadalom bizonyos csoportjai – rendszerint a szociális hátrányokat elszenvedők – nem képesek változtatni helyzetükön, elszakadni a kialakult szokásaiktól, megszüntetni a lakókörnyezeti ártalmakat, például szegénységük, depriváltságuk miatt.

Kutatásunkban a romák egészségi állapotát befolyásoló legfontosabb tényezők közül az alábbiakat vizsgáljuk: dohányzás, testedzés, táplálkozás és testsúly.

Jónéhány kutatás igazolta már, hogy az említett életmódbeli kockázati tényezők a magyar lakosság jelentős részénél jelen vannak, összekapcsolódva, egymást erősítő módon rontják az egészséget, kialakítva és fenntartva az önpusztító életmódot.

4.1 Dohányzás

A dohányzásról közismert, hogy negatív hatása van az egészségre, sőt egyes szerzők szerint az összes szokásszerűen végzett tevékenység közül a dohányzás jár a legtöbb negatív következménnyel. A dohányzás növeli az ischémias szívbetegség, az agyvérzés, az érelmeszesedés, a tüdő- és más rákbetegségek, az idült tüdőbetegségek, a májbetegség kockázatát, melyek a halálozások kétharmadát okozzák.

Ezzel szemben a dohányzás és az alkoholfogyasztás, mint a feszültségekkel való megbirkózás, vagy mint a társasági élet társadalmilag, szubkulturálisan jóváhagyott cselekvései, széles körben elterjedtek. A toleráns, megengedő, a még nem ártalmas tartományt szélesen kezelő beállítottságok, az ismerethiány a káros hatásokról, elősegítették ezen önkárosító tevékenységek gyakori előfordulását a társadalmunk bármely csoportjában, de különösen az alacsonyabb iskolázottságú, illetve a munka- és anyagi körülmények területén is hátrányos helyzetbe kerültek társadalmi csoportjaiban.

A KSH kutatás adatai azt jelzik, hogy a 15 év felettiek egyharmada dohányzik, körükben a férfiak 40%-a, a nők 26%-a rendszeres dohányzó. Az átlagosan elfogyasztott napi mennyiség 26 szál, vagyis több, mint egy doboz cigarettára. A nemek közt az elszívott mennyiségben tapasztalható ugyan különbség, de ez csak 4-5 szál eltérést jelent a férfiak „javára”.

A roma kutatás adatai azt jelzik, hogy a roma nők 58%-a, a férfiak 61%-a dohányzik naponta. Ez a dohányzási gyakoriság jelentősen felülmúlja a társadalom egészére vonatkozó adatokat, alig jelezve különbséget a férfiak és nők közt. A nők dohányzásának súlyos következménye azonban nem csak a saját életükben tapasztalható, hanem súlyosan veszélyezteti a születendő gyermekek egészségét is. A rendszeres dohányzás már 20 éves kor alatt megkezdődik mindkét nem esetében, a dohányzók aránya közel 50%. A különbség a nemek közt talán az elszívott mennyiségben van, a nők valamivel kevesebbet (17 szál/nap), a férfiak többet dohányoznak (20 szál/nap).

A rendszeres dohányzók közül kiemelkedően magas arányban – 60-69% – találjuk a 20-50 éves korosztályt, ezen belül is inkább a férfiakat. Nehezen elképzelhető, hogy a dohányzás káros következményeivel kapcsolatos ismerethiány okozná a dohányzás ilyen mervű elterjedtségét, ennek hátterében valószínűleg a közösség keretein belül jóváhagyott szokások állnak. A dohányzás viszonylag ritkább gyakorisága csak az idősebb korosztályra jellemző. Az egészségi állapottal kapcsolatos mutatók azonban azt jelzik, hogy azok cigarettáznak kevésbé, akik már meglehetősen rossz egészségi állapotban vannak, gyakoriak az egészségi problémáik, így feltételezhető, hogy körükben az egészségromlás következtében maradt el a dohányzás és nem egy élettartamon keresztül jelen lévő egészségügyi tudatos folyamat hatásáról van szó.

4.2. Táplálkozás, testsúly³

Egészségi állapotunk egyik legfőbb kockázati tényezőjét a táplálkozási szokásaink jelentik, mivel a hagyományos étkezési szokásaink előtérbe helyezik a magas zsír- és szénhidrátfogyasztást, valamint a túlfűszerezett ételeket. Az elmúlt évek kutatásai szerint a lakosság energiabevitelét túlzott, a társadalom 40-50%-a túlsúlyos vagy elhízott, a nem és az életkor szerint azonban szignifikáns különbség tapasztalható, mivel a férfiak és az idősebbek súlytöbblete jelentősen magasabb arányú.

A KSH Életmód és időmérleg felmérése szerint a nők 29%-a túlsúlyos és 14%-a elhízott, ugyanezek az arányok a férfiaknál 42 és 13%. A soványság a nők 14, a férfiak 4%-ára jellemző, vagyis a normál testsúlyúak aránya a férfiaknál 40%, a nőknél 43%.

Eredményeink azt jelzik, hogy a roma lakosság körében is számottevő az eltérés a két nem között. Kiemelendő, hogy a férfiak fele, a nők 44,5%-a normál testsúlyú, vagyis mindkét nemnél magasabb a normál testsúlyúak aránya, mint a lakossági mintákban. A férfiak 38%-a, a nőknek 30%-a túlsúlyos, ami alacsonyabb az országos arányoknál. A nők soványsága kiugróan magas, minden negyedik nő

³ A kutatásban a táplálkozási szokások elemzéséhez a testtömeg indexet (TTI) vesszük figyelembe. TTI (testtömeg kg / testmagasság²) - szerint kapott hányados alapján négy testtömeg állapotot határozhatunk meg: sovány: 20 alatt; normális: 20,1-24,9; túlsúlyos: 25-29,9; elhízott: 30 felett.

sovány, és a megkérdezett nők 5,6%-a az anorexiára jellemző, 17,5 testtömeg-index értéket sem érte el.

A roma minta különbségeit más tényezők alapján is vizsgáltuk. A megkérdezettek közti különbségek az életkor, az iskolai végzettség, az egészségi állapot mutatói szempontjából voltak jelentősek.

A soványság a nők esetében az életkor előrehaladtával ugyan csökken, de 50 éves kor előtt legalább minden ötödik nő sovány. Feltűnően magas a nagycsaládos nők soványsága. Kiugró adat, hogy legfiatalabb korosztályban minden második nő és minden ötödik férfi válaszadó sovány, felesleges súlyt pedig „csak” minden tizedik cipel. Amíg az országos mintában 35-40 éves kortól a túlsúlyos és elhízott emberek aránya közel 50%, 50 éves kortól, pedig az egészséget károsító testsúly a jellemzőbb (65%), addig a cigányok közt „csak” a 40-49 éves férfiak és az 50-59 éves nők körében tapasztaltuk, hogy az életkori csoport több, mint fele túlsúlyos vagy elhízott. Természetesen a testsúlyfelesleg nem jelentéktelen mértékű a romák csoportjában sem, különösen akkor, ha figyelembe vesszük korábbi megállapításunkat, miszerint ebben az életkorban már egy, vagy több idült betegségben szenvednek megkérdeztjeink.

Fontos megjegyeznünk, hogy a férfiaknál a soványak közt az egészségi állapot önértékelése kedvezőtlenebb, míg ez a nőknél egyáltalán nem tapasztalható. A többlet testsúly miatti egészségromlás a nőknél határozottan felismerhető az önértékelés alapján, a férfiaknál is tapasztalható, de nem olyan markánsan.

Irodalom

- Benkő Zsuzsanna (2000): A családok életmódját meghatározó társadalmi tényezők. *Szenvedélybetegségek, Addictologia Hungarica*, 2000/1. 54-58.
- Életmód és időmérés. Időfelhasználás 1986 és 1999 őszén KSH 2000
- Gyukits György (1998): *A romák egészségügyi ellátásának társadalmi háttere*. Aktív Társadalom Alapítvány, Budapest.
- Havas Gábor (1999): A kistelepek és a romák. In: Glatz Ferenc (1999, szerk.): *A cigányok Magyarországon. Magyarország az ezredfordulón. Stratégiai kutatások a Magyar Tudományok Akadémián*. MTA, Budapest.
- Kertesi Gábor (1994): Cigányok a munkaerőpiacon. *Közgazdasági Szemle*, 41. 11. sz. 991-1023.
- Kertesi Gábor (1995): Cigány foglalkoztatás és munkanélküliség a rendszerváltás előtt és után. Tények és terápiai. *Esély*, 6. 4. sz. pp. 19-63.
- Laky Teréz (2000): Munkaerőpiac Magyarországon 2000-ben. In: Fazekas Károly (2001, szerk.): *Munkaerőpiaci tükrök 2001*. MTA Közgazdaságtudományi Kutatóközpont, Országos Foglalkoztatási Közalapítvány, Budapest. 15-39.

Ajánlott irodalom

Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2000

Életminőség és egészség KSH 2002

Gyukits György és Ürmös Andor (1999): A roma nők véleménye egészségi állapotukról és egészségügyi ellátásukról. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10. (1.) évf. 3-4. Szám.

Józan Péter (2000): *A századvég halálozási viszonyainak néhány jellegzetessége Magyarországon*. Századvég, Budapest.

Kemény István és Havas Gábor (1996): Cigánynak lenni. In: Kolosi Tamás, Andorka Rudolf és Vukovich György (1996, szerk.): *Társadalmi Riport. 1996*. TÁRKI, Budapest.

Kertesi Gábor és Kézd György (1998): *A cigány népesség Magyarországon. Dokumentáció és adattár*. Socio-typo, Budapest.

Klinger András (2001): halandósági különbségek Magyarországon iskolai végzettség szerint. *Demográfia*, 2001/3-4.

Kopp Mária és Skrabski Árpád (2000): Pszichoszociális tényezők és egészségi állapot. *Demográfia*, 2000/2.

Lehmann Hedvig és Polonyi Gábor (1998): Helyzetkép a lakosság egészségi állapotáról In: Kolosi Tamás, Tóth István György és Vukovich György (1998): *Társadalmi Riport 1998*.

Neményi Mária (1998): *Cigány anyák az egészségügyben*. NEKH, Budapest.

Országos Lakossági Egészségfelmérés Gyorsjelentés Budapest Egészségfejlesztési Kutatóintézet 2001

Puporka Lajos és Zádori Zsolt (1999): *A magyarországi romák egészségi állapota*. Világbank Magyarországi Regionális Képviselet, NGO Tanulmányok, 2. szám.

2001. április 4.

**„Effects of post-natal depression on mother-child
interaction”**

THE IMPACT OF POSTNATAL DEPRESSION UPON THE COGNITIVE DEVELOPMENT OF CHILDREN

Marilyn Hackney

INTRODUCTION

Although the puerperium has been acknowledged as a positive experience for many women (Green and Kafetsios, 1997), for others the risk of depression is increased in the postnatal period (Cox et al, 1993). Postnatal depression occurs in approximately ten to thirteen percent of women after the birth of a baby (O'Hara and Swain, 1996). Cognitive disturbance is proving to be the most robust discriminator of children of postnatally depressed mothers: studies of temperament, behavior, and attachment have all produced conflicting results. However, the findings relating to a small but enduring relative cognitive deficit have been uniformly significant (Cogill et al, 1986; Murray et al, 1996). It is not known whether postnatal depression causes this deficit, or whether it is simply a risk factor. It is not known whether these impairments extend to other children in the family. Additionally, it is not known whether current treatments for postnatal depression are of benefit in reducing this. This further reinforces the need for this research.

Accordingly, we undertook a study of the infants and next-eldest siblings of recently recovered, treated postnatally depressed women in intact families, who had not experienced a previous episode of depression in the life of their older child. We hypothesized that both infants and their siblings would show some evidence of a relative cognitive deficit.

METHOD

Purpose of the Study

The main focus of the whole study was to research the effects of a treated postnatal depression upon children's development. The aim was to consider four aspects of developmental progress in children, temperament, behavior, attachment and cognition both in the young infant and the pre-school toddler in the family. The intention of this paper is to present the findings relating to the intellectual development of the two children by comparing their scores on a test of mental development with a control group matched for socioeconomic status, parity and age. The results from the rest of this research project are to be presented elsewhere.

Sample

This study was conducted in an urbanized, industrial area of North Staffordshire. A sequential sample of women, who met the criteria were recruited from the Parent and Baby Day Unit in Hanley North Staffordshire: this facility is a specialist day hospital that treats parents suffering from a psychological condition related to childbirth. A comparison group was drawn from the same population and was recruited through health visitors and nurseries, operating in the Parent and Day Unit's catchment area. Both the health visitors and the nurseries were aware the researchers were seeking psychologically healthy mothers. The overall design of the study is shown in table 1.

Table 1. Study Design

| Group 1 | Group 2 |
|----------------------------|----------------------------|
| postnatal depressed | postnatal well |
| infant 8-14 months | infant 8-14 months |
| child 2-4 years n=19 | child 2-4 years n=22 |

To be included in the study, both parents of children lived in the family: any reconstituted or single parents were excluded. The mothers in the control group had to be free of depression or other significant psychiatric disorder for the life of the older child. The postnatally depressed mothers had to be free of other significant psychiatric disorder over the same period. „Significant psychiatric disorder” was defined as any constellation of symptoms leading to a RDC diagnosis, irrespective of severity, with the exception of simple phobias. They were assessed no sooner than eight months after the birth of the new baby. The families lived in similar geographic areas, and were matched for social class on a group basis.

Measures

The SADS-L (Endicott and Spitzer, 1978) was used to assess both previous and current psychiatric status in the mothers and their spouses. The Griffiths Mental Development Scales (Griffiths, 1954; 1970) were used in order to obtain a

developmental quotient for each child, based on a single instrument across the whole study. A Prechtl index (Prechtl, 1967) was also taken for each child, to detect birth disadvantage.

Procedure

Workers at Charles' Street Clinic were informed of the study criteria, and approached regularly by the first researcher (MH). Each family they identified was approached, and invited to take part in the study. If they showed interest, they were visited by a researcher (MH) who outlined the programme of visits necessary in order to obtain all the necessary data, and obtained informed consent. The SADS-L and the Griffiths tests were administered on separate visits to the family home by different researchers (DF and MH).

Analysis

Children who failed to cooperate with parts of the Griffiths procedure had their affected subscales coded as "missing data." Two children's results were so affected. Initially 24 mothers in group 1 began the study with 2 withdrawing part way through the programme. 27 mothers in group 2 began the study with one family withdrawing. Following screening for exclusion criteria, 19 women remained in group 1 and 22 in group 2. The commonest reason for exclusion was undiagnosed depression (postnatal or not) in the lifetime of the older child. Following simple descriptive analysis, the data was analyzed using ANOVA. All analysis was carried out on SPSS for Windows v7.5.1.

Results

The postnatally depressed women (group 1) averaged 28.8 (sd 8.1) years and the non-depressed mothers with infants (group 2) averaged 29.94 (sd 4.62) years. These differences were not significant ($F=23$, $DF 1$, $N.S.$). Mean ages of the two groups of infants was 46.86 (sd 8.51) weeks for group 1, and 45.6 (sd 10.7) for group 2 ($F=2.70$, $DF 1$, $N.S.$). The mean age of the two groups of toddlers were 40.11 (sd 9.16) months and 37.95 (sd 7.19) months respectively. There was no significant difference between the groups.

Consideration of parity, socioeconomic status and educational background of the families were taken and no significant differences were found in any area. A Prechtl Index for birth history was taken for the infants to ensure that no major constitutional factors could account for any developmental delay. Scores from the Index indicated that there were no birth history problems in either group.

Maternal Depression characteristics

In group one 94.73% of the women has suffered a major depression in the first year of their child's life. One women's illness did not constitute a diagnosis of major depression although criteria was satisfied for a diagnosis of minor depression. The women reporting major diagnoses for depression had suffered one or more distinct periods of depression lasting at least one week. All mothers in group one had been mentally ill at some time during the first year of their baby's life. At the time of the study 73.68% of the mothers were still diagnosed as being mentally ill. At the time of the study 63.15% of women were still on medication. In all cases this was antidepressant medication.

Spousal characteristics

Seven of the fathers (36.8%) in the postnatal group were reported as being mentally ill at the time of the SADS-L interview. Four of them (21%) met the criteria for major depressive disorder.

Children

Infant Characteristics

The infant scores on the Griffiths Mental Development Scale were analyzed by a one way analysis of variance and showed significance in two subscales of the Griffiths, notably the eye and hand co-ordination (scale D) and the performance scale (scale E) (see table 2 below).

Table 2. Infant Measures on the Griffiths Mental Development Scale

| Scale | F Ratio | F Prob |
|---------------------------------|----------------|---------------|
| Scale A Locomotor | .1336 | .7167 |
| Scale B Personal /Social | 2.0248 | .1627 |
| Scale C Hearing/Speech | 1.6510 | .2064 |
| Scale D Eye/Hand Co-ord' | 4.2011 | .0472* |
| Scale E Performance | 6.8681 | .0124* |
| General Quotient | 2.8808 | .0976 |

Toddler Characteristics

The cognition scores for the toddler were analyzed using a one way analysis of variance and showed no significant difference in any area of the scale (see table 3 below).

Table 3. Toddler Measures on the Griffiths Mental Development Scale

| Scale | F Ratio | Prob |
|------------------------------------|----------------|-------------|
| Scale A Locomotor | 1.1170 | .2971 |
| Scale B Personal/Social | .2842 | .5970 |
| Scale C Hearing/Speech | .1793 | .6743 |
| Scale D Eye/hand Co-ord' | 1.9744 | .1679 |
| Scale E Performance | 3.6788 | .0625 |
| Scale F Practical reasoning | .0015 | .9694 |
| General Quotient | 1.0646 | .3085 |

Discussion

An appropriately stimulating environment is a necessary prerequisite for the healthy psychological development of a child and the mother usually adopts a crucial role in this setting as an interactive partner. If the mother is less responsive to the baby and to the baby's cues as a consequence of a depressive illness then it will be more difficult for the baby to appreciate the cause and effect of his actions so readily. Since reinforcement of actions is in part a necessity for learning the mother's role is vital. An unresponsive mother does not react to the cues and could therefore be hindering the baby's development. Research has indicated that a maternal depression results in adverse effects in a number of areas of child development (Ghodsian et al, 1984; Wrate et al, 1985; Murray et al, 1992; Sharp et al, 1995), manifested in behavioral disturbance, difficulties in attachment and lowered performance in I.Q. tests.

With particular reference to cognitive development research has indicated that postnatal depression affects the intellectual development of infants in terms of scores on tests of cognitive functioning. It is important to be aware that this effect does not necessarily have to be a one-sided process since an element of reciprocity must be considered in the nature of the interactive encounter (Sharp et al, 1995). It may be that the characteristics of the child increase the likelihood of depression in the mother since maternal mood can be affected as much by the demands of the child and his perceived difficult nature as by other aetiological factors. Consequently it may be these features that predispose the child to cognitive problems.

It has been shown that depressed mothers exhibit more variation in their interactions (Cox et al, 1987) as well as have poorer interaction behaviors (Field et al, 1985). This therefore will affect her relationship both directly and indirectly, with her family and particularly her children. The indirect effects will be through development of attachment patterns or where the depression affects parenting through interactive problems and the lack of exchange. It may also be manifest in

the mother's inability to protect her child when other variables such as deprived socio-economic status or gender could affect development (Sharp et al, 1995).

Much of the current research has been upon the effects of puerperal depression upon infants in terms of their relationship with the mother but one of the propositions in this paper is that the toddler could be more affected by the condition. This is because the older child has to contend with a new baby in the house, plus a mother (and maybe father) suffering from a depressive illness. It is likely that the toddler's experiences of the mother following the birth of the new infant will be different from earlier interactions and this would constitute a potentially stressful and difficult time for this older child. This suggests that the toddler's developmental progress could be more impaired than their younger sibling. However the results indicate that the older sibling appears less affected than the young baby. An explanation for this is the proposal that there is a vulnerable and sensitive period in childhood development during the first year of life (Sharp et al, 1995). If this is the case then an older sibling may not be so vulnerable to the effects, either direct or indirect, of a postnatal mental illness.

Childhood resilience to detrimental effects can be a consequence of their own development which has provided them with coping strategies in dealing with the potential harm from external forces. Even though mothers with depression cannot always provide protection for their child it may be that the older child has gained sufficient skill, through the process of development, at self protection.

The results of this study do indicate that the infant is affected by the mother's postnatal depression in the areas of performance or problem-solving tasks and in co-ordination. This is detected despite the mothers being actively treated for their depression. Since performance skills are a culmination of other aspects of development it would appear that the infant is lacking the ability to co-ordinate his skills in other areas in order to act upon novel problems. The significant difference between the two groups in eye and hand co-ordination may be a reflection of the maternal role in the interaction process. Mothers with postnatal depression can be overly controlling in their responses and consequently do not allow the infant the opportunity to develop sufficient co-ordinating skills.

Conclusion

The research conducted upon the effects of a treated postnatal depression upon the cognitive development of the two youngest children in the family indicates that the younger infant has cognitive deficits. It is apparent that the younger child suffers more the consequences of the depression (Murray, 1992). An explanation offered for this is the concept of a sensitive period of development (Sharp et al 1995) whereby disturbances in the parenting skill of mothers will have the most deleterious effects. This is not to suggest that the older children do not suffer from the effects of the residual maternal depression but in cognitive terms the effect

are not so pronounced. It may be that other aspects of their development (notably behavior) may be adversely affected.

Postnatal depression can be identified with relative ease by use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox et al, 1987) at a time when women come into regular contact with the health service. Indications are that the child is an important element in the course and outcome of the illness (Murray, 1992; Sharp et al; 1995). Consequently it is clear that more research is required in order to establish what further treatments are needed to aid mother-child interaction.

References

- Cogill, S., Caplan, H., Alexandra, H., Robson, K., and Kumar, R. (1986): Impact of Postnatal Depression on cognitive development in young children. *British Medical Journal* 292 1165-1167.
- Cox, J. L., Holden, J. M. and Asgovsky, R. (1987): Detection of Postnatal Depression: development of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150 782-786.
- Cox, J. L., Murray, D. M. and Chapman, G. (1993): A Controlled Study of the onset, prevalence and duration of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*. 163, 27-31.
- Endicott, J. and Spitzer, R. L. (1978): A Diagnostic Interview. The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 35 837-844.
- Field, T. M., Sandberg, D., Garcia, R., Vega-Lahr, N., Goldstein, S. and Guy, L. (1985): Pregnancy problems, postpartum depression and early infant-mother interaction. *Developmental Psychology* 21 1152-1156.
- Ghodsian, M., Zajicek, E. and Wolkind, S. (1984): A longitudinal study of maternal depression and child behaviour problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 25 91-109.
- Green, J. M. and Kafetsios (1997): Positive experiences of early motherhood: predictive variables from a longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology Vol. 15* 141-157.
- Griffiths, R. (1954): The Abilities of Babies. *Association for Research in Infant and Child Development*.
- Griffiths, R. (1970): The Abilities of Young Children. *Child Development Research Centre*.
- Kaplan, B. J., Beardslee, W. R., and Keller, M. B. (1987): Intellectual Competence in Children of Depressed Parents. *Journal of Clinical Child Psychology Vol 16. No 2* 158-163.

- Murray, L. (1992): The Impact of Postnatal Depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 33 543-561.
- Murray, L. and Cooper, P. J. (1996): The Impact of Postpartum Depression on Child Development. *International Review of Psychiatry*. 8 55-63.
- O'Hara, M. W. and Swain, A. M. (1996): Rates and risk of postpartum depression - a meta-analysis. *International Review of Psychiatry* 8 37-54.
- Prechtl, H. F. R. (1967): Neurological Sequelae of Prenatal and Perinatal Complications. *British Medical Journal*. 4 763-767.
- Sharp, D., Hay, D. F., Pawlby, S., Schmucker, G., Allen, H. and Kumar, R. (1995): The Impact of Postnatal Depression on Boy's Intellectual Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol 36, 8, 1315-1336.
- Wrate, R. M., Rooney, A. C., Thomas, P. F. and Cox, J. L. (1985): Postnatal Depression and Child Development: a three year follow up study. *British Journal of Psychiatry* 146. 622-627.

2003. november 4.

**„Egészségfejlesztés felsőfokon, az egészségfejlesztés a felső-
és közoktatásban”**

EGÉSZSÉG- ÉS TESTFEJLESZTÉS MINT AZ EMBERI MINŐSÉG ALKOTÓ TÉNYEZŐJE*

Frenkl Róbert

A 20. század a világháború okozta borzalmak, szenvedések mellett a tudományos-technikai fejlődésnek korábban el nem képzelhető eredményeket hozó időszak is volt. Valójában már a 19. század büszkélkedhet azokkal a természettudományos felfedezésekkel, amelyek gyökeres változást hoztak a fejlett országokban élő emberiség életmódjában és a minőségi élet új lehetőségeit teremtették meg.

Ezek révén valósult meg a nagyvárosi életforma, erősödött fel az urbanizációs trend. Ehhez az orvostudomány a baktériumok, majd a vírusok felfedezésével és az ellenük folytatott eredményes küzdelemmel járult elsősorban hozzá. A korábbi pusztító járványok kiküszöbölése, fertőző betegségek visszaszorítása egyrészt lehetővé tette, hogy sok ember együtt éljen a magas kultúrájú városokban, másrészt jelentősen megnövelte a születéskor várható átlagos élettartamot. Hazánkban a két világháború között még szépszisek, illetve a morbus hungaricusnak is nevezett tuberkolózis miatt az átlagos életkor negyven év körül volt. Ez a század végére férfiaknál 67 évre, nőknél 73 évre emelkedhetett az egészséget károsító több tényező ellenére.

Fokozatosan szembesülni kellett a civilizáció Janus-arcával. Egyrészt pozitívumai az átlagember számára is az élet új minőségét ígérték, másrészt viszont jelentkeztek a kialakult életmód negatív következményei. Ezek együttesen azt eredményezték, hogy a megszűnt fertőző járványok helyett új, nem fertőző epidémiák váltak jellemzővé. Elsősorban a halálokok élére került cardio-vasculáris körképek, a szív-érkeringési rendszer betegségei, meghatározóan a szívizom infarctus, valamint az ennek bekövetkeztét is elősegítő hypertónia, a magasvérnyomás-betegség, súlyos szövődménye, az apoplexia, szélütés, agyvérzés, illetve az érlemezsedés, az arteriosclerosis. A civilizált világban a halálozások többsége ezekből a betegségekből adódott.

Kiderült, hogy különböző rizikófaktorok, kockázati tényezők magyarázzák a súlyos helyzetet. Elsősorban a magas vérnyomás, mint a lakosság csaknem egyharmadát érintő rizikófaktor, ezenkívül a szenvedélybetegségek – dohányzás, alkoholfelhasználás, kábítószer-élvezet –, az elhízás, az inaktivitás és mindezekkel összefüggésben a lelki egészség, a mentálhigiénié zavara.

Hasonló a helyzet, mint annak idején a fertőző járványok korszakában volt. Eleink nem tudták, mi okozza a kolerát, de számos hasznos intézkedéssel küzdöt-

* A tanulmány másodközlés, megjelent In: Széchy Éva (2005, szerk.): *Új felismerések és kihívások az ember formálásáról*. Gondolat Kiadó.

tek a járvány ellen. Lezárták az utakat, izolálták a betegeket, elégették a halottak ruháit, forralták az ivóvizet, tehát csökkentették a rizikófaktorok hatását.

Ez a lehetőségünk a ma nem fertőző járványai elleni tevékenységben, nevezetesen a kockázati tényezők visszaszorítása. E téren előtűnik járó országok példája mutatja, hogy ez eredményes lehet, az *átlagéletkor nyolcvan év* fölé emelkedhet.

A homo sapiens sapiens lehetséges élettartamát a humánbiológusok 120-150 évre becsülik, a vezető halálokok – szív-érkeringési betegségek, daganatos betegségek – gyógyításának felfedezése az életkor száz év fölé emelkedését ígéri. De a hosszú élet nem abszolút cél, csak akkor valódi érték, ha egészséges az élet, nem a betegségekkel való kényszerű együttélés.

Így került az egészség értékének fogalma gondolkodásunk középpontjába. Felismertük, hogy az egészség nem egyszerűen a betegség hiánya, mint régebben vélték, hanem az egészségügyi világszervezet – World Health Organization (WHO) – definíciója szerint testi, lelki és szociális jólét. Nagy érték önmagában a testi, a szomatikus egészség is, de többről van szó. Az egészség fontos összetevője a lelki, a mentális tényező, és szükséges bizonyos szociális biztonság is.

Kiderült, hogy a betegségek kisebb része magyarázható ok-okozati összefüggésben biológiai alapon, jogos feltételezés, hogy a testi bajok nagy része lelki zavarok talaján alakul ki. Ez a felismerés szolgált alapul a pszichoszomatikus betegségszemlélet kialakulásában.

A lelki egészség fontossága több oldalról nyert megerősítést. Az említett rizikófaktorokban felismerhető volt a terheléstűrés és konfliktuskezelő, problémamegoldó készség alacsony szintje, a yenge kudarc- és sikertűrés. Többször előfordult, hogy váratlan öröm, siker váltotta ki a szívrohamot.

Mindez az alkalmazkodóképesség szerény színvonalát jelezte. Az egészséggel kapcsolatos gondolkodásunk így egy további fogalommal, megközelítési móddal gazdagodott. Addig vagyok egészséges, amíg alkalmazkodni tudok. Képes vagyok megfelelni a környezeti kihívásoknak, egyensúlyban lenni a külső és a belső változások között. A WHO fogalma valamennyire illúzió, inkább célképzetnek tekinthető, az alkalmazkodás képessége realitás. Ebben az összefüggésben egy mozgásszerű ember is lehet egészséges, teljes értékű, mert képes alkalmazkodni. Gyakran látjuk, hogy éppen a terhelések, nehéz élethelyzetek mozgósítanak olyan energiákat, amelyek az alkalmazkodás révén magasabb szintű egészséget, életminőséget eredményeznek.

Újra előtérbe került, de mai tartalmat is kapott Juvenalis sokat idézett mondanisa, a „Mens sana in corpore sano”. A szokásos magyar fordítás – ép testben ép a lélek – félreérthető. Azt mondja, hogy az egészséges testben automatikusan egészséges a lélek. Sajnos ez illúzió. Láttunk gyönyörű testben korcs lelket és nyomorult testben halhatatlan pszichét. A helyes fordítás valahogy így hangzik: legyen ép a lelked ép testedben. Azaz tennünk kell azért, hogy egészséges legyen a test, és egészséges legyen a lélek. És ha ez valóságos, akkor valóban lesznek pozitív, egymást erősítő kölcsönhatások. Igaz, a testi bajok próbára teszik a

lelket, és mint láttuk, a lelki zavarok testi betegségekhez vezethetnek. Mégis ma igaz úgy is a klasszikus mondás, hogy nem csak ép testben lehet ép a lélek.

A mentálhygiénés kultúra

A mentálhygiénés kultúra terjedése új távlatokat ígér. A testi és a lelki egészség harmonikus találkozásának, fejlesztésének mai jelentőségét az aktív életvezetés előtérbe kerülése adja meg. A kockázati tényezők között nem a leglátványosabb, talán nem is a legveszedelmesebb, de feltétlenül a leginkább alattomos az inaktivitás, a szó teljes, testi és lelki értelmében.

A kétarcú civilizáció természetrajzához tartozik, hogy az inaktivitási trend kibontakozásával együtt a modern sportélet kialakulásával megteremtődött egyén és társadalom számára a minőségi élethez szükséges kompenzáció lehetősége.

A sport és az egészség összefüggése a legősibb, a legrégebben ismert tények egyike. A testkultúra része az ókori kultúráknak, nemcsak az ókori olimpiák miatt e téren jobban ismert görögöknél, hanem a rómaiaktól a perzsáig valamennyi népnél is.

Testkultúra és egészségkultúra, sport és orvostudomány az egészség fogalmában találkozik. Nálunk a sportot egyfelől nagyon elismerik. A legjobbak időről-időre – egy-egy olimpia vagy más világesemény után – a legmagasabb közjogi méltóságoktól vehetnek át ország-világ szeme láttára kitüntetések, és az erkölcsi elismerés mellett az anyagi is jelentős. Másfelől ez az elismerés, sok szép beszéd ellenére, alig különbözik a görög vagy a római gladiátorok elismerésétől, a sajátos rabszolgasortól, a „kenyeret és cirkuszt” („panem et circenses”) gondolkodástól.

Ezért is vagyunk ma is a szurkolók országa, ezért nem váltunk – sok-sok törekvő ellenére – a sportemberek, az egészséges, teljesítőkész emberek országává.

A sport lényege a teljesítmény, illetve a teljesítményfokozás. A sport sajátosan humán, azaz emberi tevékenység. Az állat mozog, az ember sportol, az állat szaporodik, az embernek szexuális élete van. A mozgás és a szaporodás életjelenség, biológiai fogalom, a sport és a szexuális élet humán fogalmak.

Az ember, a homo sapiens sapiens, bioszociális lény. Minden igazán fontos dolog érinti a biológiai és a társadalmi embert. A kettő egy és oszthatatlan. Ha figyelmen kívül hagyjuk, hogy az ember biológiai lény, nem értjük a sportot, és – maradva a példánál – tévútra jutunk a szexuális élet kérdéseiben. Ha viszont a testedzést csak biológiai oldalról szemléljük, még kevésbé értjük meg a lényegét, akárcsak ha a szerelmet hormonális változások következményeként szemléljük.

A sport humán fogalom, biológiai tartalommal. A teljesítmény az egész ember produkciója, nem egyszerűen biológiai folyamatok eredője, bármennyire biológiai meghatározottságú természetesen a teljesítőképesség színvonala. A verseny és a teljesítmény jelenti a sport egységét, terjeszti ki a gyűjtőfogalom használatának a jogosságát a technikai és a szellemi sportokra. De ha általában sportról beszélünk, ezen mindig a testedzést, a fizikai aktivitást értjük.

A teljesítmény, illetve a teljesítményfokozás a bioszociális lény tökéletes harmonikus működése, energiái optimális mozgósítása, testi, lelki, szellem egyensúly.

A sport tehát a testkultúra, a fizikai aktivitás társadalmi megvalósulásának a gyűjtőfogalma. A sportéletben alapvetően három fő terület különböztethető meg. Az iskolai testnevelés és a sport. Szinonimák: ifjúsági sport, diáksport, a verseny-sport-élsport és a szabadidősport. Ez utóbbi szinonimái a sportrekreáció, a *lifestyle* (egész életet át üzhető) sport, a *leisure time* (szórakozásszerű) sport.

Kevesek kedvtelése a néhány sportágra kiterjedő versenysport. Sokak szükséglete a széles alapú iskolai testnevelés és sport, valamint a szabadidősport. A sport a fizikai aktivitás, a rendszeres testedzés teljesítményt fokoz, személyiséget formál, életmódot alakít.

Érdekes és természetes, hogy a sportélet három fő területén a sport jellemző közül más-más kap hangsúlyt. Ez azonban nem jelenti azt, hogy azon a területen sport egyéb alapvető jellemzői nem érvényesülnek. Ellenkezőleg, éppen ezektől megkülönbözteti a sportot, hogy valóban sportról van szó.

A verseny-élsportra tehát jellemző a teljesítményfokozás, de erőteljes a személyiségformáló és az életmódhatás is.

Az iskolai testnevelésben és sportban, az életkori adottságok miatt is, a személyiségformáló hatáson, a sport pszichológiai-pedagógiai effektusain van a hangsúly. De ezek éppenséggel a sporton keresztül érvényesülnek, nem közvetve, sportközösség nyújtotta pedagógiai lehetőségek révén, persze úgy is, hanem közvetlenül a sport hallatlan nevelőereje következtében, ami fiatal korban teljesen nyilvánvaló. A serdülők számára a sportbeli visszajelentés a leginkább hiteles. A szülő türelmetlen, a tanár elfogult, de a labdát ő rúgta mellé, a társa futott gyorsabban, a kötélre viszont ő mászott fel fürgébben.

A sport siker- és kudarctűrésre nevel, a társak tiszteletére. A nyertes és vesztes szerepen kívül – játékvezetőként vagy akár szurkolóként – megéli a diák a legmagasabb rendű emberi funkció, az ítéletalkotás felelősségét.

Ugyanakkor az iskolai testnevelésben és sportban is jellemző a teljesítményfokozás, amely nélkül nincs egyéb hatás. Itt és a szabadidősportban a teljesítményfokozódása eszköz annak lemérésére, megfelelő-e a tevékenység. És szemlélettel mennyivel feszelebb, rendezettebb a rendszeresen sportoló diákok életmódja. A magyarázat arra, ha összehasonlítják a rendszeresen sportoló és nem sportoló diákok tanulmányi eredményét. A sportolók általában jobb eredményei, a szűkebb időkorlátok ellenére, csak a tudatos életvezetéssel, a jobb koncentrációval magyarázhatók.

A szabadidősportot, a sportrekreációt életmód sportnak is nevezik. Itt érhető a sport hatásai közül az életmódra, az egészségre gyakorolt kedvező effektusok vezető szerepet. De a rendszeres edzés, akár csak a napi séta, itt is teljesítményfokozódáshoz is vezet, ha nem is ez a cél, és a sportolás hat a személyiségre. Igen látványos és rokonszenves ez a harmadik életkorban is.

Az egészségügy nézőpontjából a teljes sportélet, a testkultúra a prevenció, a megelőzés része. Ez a sport és egészség legáltalánosabb, ősi összefüggése. Minél aktívabb egy társadalom, minél inkább jellemző a testkultúra, annál egészségesebb.

A testedzés számos hatását alkalmazza a modern orvostudomány a gyógyításban is, de különösen kiterjedt ez a gyakorlat a rehabilitációban, különösen a szív-érkeringési, a mozgásrendszeri és a pszichiátriai betegségek rehabilitációjában.

Az adaptáció alkalmazkodást jelent. Hangsúlyozni kell, hogy bár az edzésadaptáció és a sportteljesítmény szorosan összefügg, a kapcsolatrendszer nem lineáris. A sportági versenyeket nem a legmagasabb fokú alkalmazkodóképességek, edzettségük nyerik meg feltétlenül. Az összefüggés mégis azért szoros, mert az adaptáció egy bizonyos, meglehetősen magas szintje nélkül nem lehet nyerni. Ennek elérése után azonban már a sportági teljesítményt meghatározó egyéb tényezők döntenek el a versenyek, mérkőzések sorsát.

Mindebben az a tétel nyilvánul meg, hogy a sportági teljesítmény jellemzően humán teljesítmény. Bár az edzettséget, az edzettségi alkalmazkodást is pszichofiziológiai folyamatok összességének, nem egyszerűen biológiai változásoknak tekintjük, mégis, az adaptáció döntően élettani tartalmú.

A kimagasló sporteredmények tehát fontos, de nem kizárólagos összetevője az élettani alkalmazkodás. Ez a másik oldalon azt is jelenti, hogy nem az élsportolók privilégiuma a magas fokú edzettségi állapot. Az edzésadaptáció csak az edzések mennyiségétől, terjedelmétől és minőségétől, intenzitásától függ. Tehát akik nem sportági tehetségek, azok is elérhetik – megfelelő edzéssel – az egészség szempontjából meghatározó edzettséget. Nem kell hangsúlyozni, hogy ez mennyire lényeges, ez az iskolai sport és a szabadidősport igazi perspektívája. A testedzés megkezdése, újrakezdése, bármely életkorban fáradságot eredményez, izomlással jár, ha az edzés valóban terhelést jelentett. Az izomlás is voltaképpen alkalmazkodási jelenség, mechanizmus, melynek révén az izom alkalmassá válik a rendszeres, fokozott igénybevételre.

Az izomlás is jól mutatja, hogy minden edzésadaptáció viszonylagos, a bizonyos edzettségűek, akiknél a szokott terhelés már nem okoz izomlást, nagyobb terhelés esetén izomlásról panaszkodnak. Az izomlás leküzdésének közismert módszere az edzések folytatása. Néhány nap alatt a panaszok megszűnnek.

Az izomlás egyfelől szubjektív érzés, fájdalom, feszülés az izomban. Ma sincs pontosan tisztázva, mi a fő oka, valószínűbb, hogy a munka kapcsán kialakuló kémiai változás, a tejsav felhalmozódása kevésbé játszik szerepet, lényegesebbek az izom finom szerkezetében bekövetkező mikrosérülések, fiziko-kémiai változások. Ezek szűnnek meg néhány nap alatt, gyorsul a tejsav elszállítása, feldolgoása is, így a magasabb szintű edzőmunkának nincs akadálya.

A „progressive resistance exercise” elvet a crődzésben állították fel, de valószínűleg minden edzésprogramra igaz. A növekvő megterhelés elvét jelenti. Azaz,

ahogy az edzések hatására javul a teljesítőképesség, úgy szükséges növelni a terhelést, ha azt akarjuk, hogy a fejlődés egyenletes legyen.

Fokozatosság, rendszeresség, sokoldalúság, a szükséges pihenők megtartása az edzésvezetés legfontosabb elvei, amelyek megint csak azonosak a különböző korú, nemű, tehetségű, edzettségi állapotú versenyzőknél vagy éppen a kedvtelésből sportolóknál.

Szervezetünk átlag 45%-át alkotja az izomzat. Pusztán ebből a tényből is könnyű belátni, hogy az izomzat állapota, működése, fejlettsége nagyban befolyásolja az egész szervezetet.

A rendszeres edzések hatására fejlődik az izomzat. Ez külső jelekben is meg nyilvánul. Minél inkább jellemző az edzésprogramra az erő fejlesztése is, annál inkább megfigyelhető a tevékenységben szereplő izmok megerősödése, megvastagodása. Ez az úgynevezett izomhipertrofia az edzésélettan egyik klasszikus ismerete. Nem az izomrostok száma nő meg, hanem a meglévő rostok vastagodnak meg. Az izomműködéshez szükséges energiát közvetlenül a nagy energiátartalmú foszfátvegyület, az adenosin-trifoszfát (ATP) szolgáltatja. Az ATP újraképződéséhez az energiát az izomban raktározott glikogén-felhasználás nyújtja. Az izomglikogén mennyisége a teljesítőképesség egyik limitáló faktora.

Edzés hatására nő az izomban raktározott glikogén, az átlagemberben meglévő kb. 250 g-ról 350-400 g-ra. A glikogén, amely úgynevezett poliszacharida, sok cukormolekulát tartalmazó szénhidrátvegyület, glükóz-, vagyis szőlőcukor molekulákra bomlik le, és ezek felhasználásából nyeri a szervezet az ATP újraképződéséhez szükséges energiát.

Az edzésélettan legtöbbet vizsgált, mind a versenysport, mind a népegészségügy terén legfontosabbnak minősíthető területe a szív-működés alkalmazkodása a rendszeres edzéshez. A 20. század első felében tartotta magát az aggodalom, nem árt-e a sportolás a szívnek. Ennek hátterében az az észlelés állt, hogy az edzett emberek szíve – valamennyire hasonlóan a beteg szívhez – megnagyobbodott. Ritkán fordul elő, hogy egy feltevés éppen visszajára fordul. Mind a kutatások, mind a korszerű eszközökkel végzett klinikai vizsgálatok, mind a gyakorlat megerősítették, hogy nem a terhelés, hanem az aktivitás hiánya káros a szívre. A rendszeres sportolás hatására a szívizomzatban és a működésben kialakuló élettani változásokat az edzett szív fogalmával fejezzük ki.

Az edzett szív nyugalomban kevesebbszer húzódik össze. Ez az edzésbradycardiának nevezett jelenség szintén klasszikus edzésélettani alapismeret. A nyugalmi pulzusszám, a percenkénti szívösszehúzódások száma egészséges felnőtt embernél 66-75. A rendszeres edzések hatására ez 40-60 közé csökken. Magyarázatul a vegetatív idegrendszeri alkalmazkodás szolgál. A vegetatív idegrendszer a szervezet aktivitását vezérlő szimpatikus idegrendszerből és a regeneráció, restitúciós folyamatokat serkentő paraszimpatikus idegrendszerből áll. A szív-működést a szimpatikus serkenti, a paraszimpatikus gátolja. Az edzésadaptáció azt jelenti, hogy szervműködések nagyobb skálán képesek reagálni a környezeti inge

rekre. Terheléskor jobban tudják fokozni tevékenységüket, nyugalomban jobban pihennek.

Igen szemléletes mindez éppen az edzett szív működésében. Nyugalomban jobban pihen a fokozott vagushatásnak köszönhetően. A vagus a paraszimpatikus szinonimája, miután a X. agyideg, a nervus vagus, magyarul bolygóideg látja el a paraszimpatikus beidegzés jelentős részét, a szívét is, a szervezetben. Ez jut kifejezésre az alacsony nyugalmi pulzusszámban. De a vagushatás nemcsak a szív-működés szaporaságára, hanem az ingerlékenységre, az ingerlevezetésre és a szív-összehúzódások erejére is gátlólag hat. Mindez a szív tökéletesebb nyugalmi pihenését segíti elő.

Terheléskor viszont a fokozott szimpatikus hatás érvényesül. Szaporább lesz a szív-működés, nő a szívizom ingerlékenysége, gyorsul az ingervezetés, nő az összehúzódások ereje. Mindez igen lényeges a szív teljesítményét tekintve. A szív teljesítőképességét a perctérfogat jellemzi.

Ez a szívből – bal kamrából a aortába – egy perc alatt kilökött vérmennyiséget jelenti. A nyugalmi perctérfogat kb. öt liter vért jelent. Ez a pulzusszám és az ütőtérfogat (egy szívösszehúzódás kapcsán a keringésbe lökött vérmennyiség) szorzatából adódik. A pulzusszám nyugalomban 66-74, az ütőtérfogat 70-80 ml, ebből adódik az öt-hét literes perctérfogat.

Munkavégzéskor a szív mind a pulzusszám, mind az ütőtérfogat növelésével fokozni tudja tevékenységét, alkalmazkodva a megnövekedett igénybevételhez. A hasznos pulzusszám felső határa 160-200/perc, e fölött már bizonyosan csökken a teljesítmény, olyan mértékben lerövidül a szív telítődése és az összehúzódásra rendelkezésre álló idő, tehát üresjárat következik be.

1. táblázat. Nyugalmi viszonyok

| Csoport | | Diasztolés térfogat | Pulzus térfogat | Szisztolés térfogat | Perctérfogat |
|-------------------|------------|------------------------|--------------------|------------------------|--------------|
| Mutatók | Pulzusszám | | | | |
| Edzett | 40-60/min. | 180-240 ml | 70-80 ml | 120-160 ml | 3,5-4,5 l |
| Nem edzett | 66-75/min. | 120-140 ml | 70-80 ml | 60 ml | 4,5-5,5 l |

2. táblázat. Terheléses viszonyok

| Csoport | | Diasztolés térfogat | Pulzus térfogat | Szisztolés térfogat | Perctérfogat |
|------------|------------|------------------------|--------------------|------------------------|--------------|
| Mutatók | Pulzusszám | | | | |
| Edzett | 180/min. | 180-240 ml | 160-180 ml | 20-60 ml | 32-34 l |
| Nem edzett | 180/min. | 120-140 ml | 100-120 ml | 20 ml | 20-22 l |

Edzetteknél a szív nagyobb vérbefogadó képessége révén a nyugalmi reziduum nagyobb, kb. 120 ml, így a maximális ütőtérfogat 160-180 ml is lehet. Ily módon az edzettek maximális perctérfogat-teljesítménye 32-35 liter is elérhető. Ebben a fokozott szimpatikus aktivitás döntő szerepet játszik. Csak így lehetséges ugyanis, hogy 180-as pulzusszám mellett is maximális ütőtérfogattal dobog a szív. Nevezetesen a szimpatikus idegrendszernek a szívösszehúzódások erejére növelő hatása érvényesül, ennek következtében az edzett szív maximális intenzitáskor mint egy szívó-nyomó pumpa működik. Erőteljes összehúzódásával nem csak kilöki a vért, hanem be is szívja a gyűjtőeres rendszerből, így téve lehetővé hallatlanul magas teljesítőképességet.

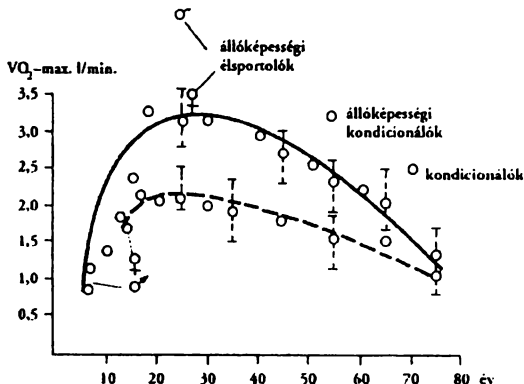
Munkavégző képességünk ugyanis egyenesen arányos az oxigénfelvétel képességgel. Biológiai értelemben az emberi élet az oxigénhez van kötve. Ennek megfelelően a mellkasi szervek – szív, tüdők – kifejezetten ezt a feladatot hajtják végre. Ezért is használjuk a kardiorespiratorikus rendszer kifejezést.

A légzőrendszer teljesítőképességét a vitális kapacitás-értékkel jellemezzük. Ez egy maximális belélegzést követő maximális kilélegzést jelent. Spirométerrel mérhető. Egészséges felnőtt emberek vitális kapacitása 3,5-4,5 liter. Az összehasonlíthatóság kedvéért a vitális kapacitást a testmagassághoz viszonyítjuk. Vitális kapacitás (ml)/testmagasság (cm) adja a Lorenz-indexet.

Igen alkalmas a vitális kapacitás mérése serdülő- és ifjúkorban az egészségfejlesztés, növekedés nyomon követésére, ezért is az iskola-egészségtan kedvelt módszere.

Már az edzéséletlen módszereihez sorolható a maximális akarattalagos ventiláció (MAV) mérése. A nyugalmi légvételek száma 14-16, tehát a nyugalmi légzés perctérfogat 7-8 liter. Maximális akarattalagos légzéskor nem edzett emberek tíz-tizenkétszeresre (80-120 liter) képesek fokozni a légzési teljesítményt. Edzetteknél a MAV-érték a nyugalmi érték húszszorosra, 140-160 liter is lehet. Körülbelül a nyugalmi érték tízszeresének az eléréseig a többletlevegő felvételével párhuzamos a többletoxigén nyerése. Száz liter fölött fokozatosan ellaposodik a görbe, mert a többletlevegővel felvett oxigén egyre inkább a légzőizmok többletmunkájának igényét elégíti ki.

1. ábra. Az életkor és az aerob kapacitás összefüggése nőkn és férfiakon

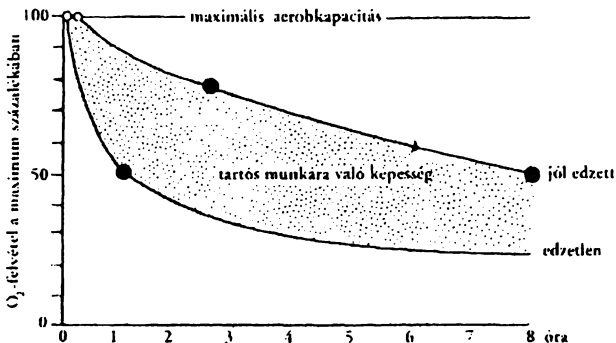


A kardiorespiratorikus rendszer működőképességét, teljesítményét kifejező mutatók különösen értékesek. Az edzésélettannak az állóképességi edzettséget jellemző leggyakrabban használt mutatója az aerobkapacitás, más néven a vita maxima érték. Ez az egész test maximális oxigénfelvételét jelenti. Meghatározását a spiroergometriás vizsgálat teszi lehetővé. A spiroergometria terheléses légzésfunkciós vizsgálatot jelent. A terhelést futószalag, kerékpár vagy egyéb ergométer segítségével adagolhatjuk. A gyakorlatban a futószalag vagy a kerékpár a leghasznosabbak. Futószalag alkalmazásakor a lejtő meredekségének és a szalag sebességének az állításával tudjuk a terhelést növelni.

Fokozatosan növekvő terhelésnél általában 7-8 perc futás után éri el a vizsgálati személy a kimerülési fázist, amikor maga állítja meg a szalagot. A terhelés utolsó fázisában mért oxigénfelvételtől számolható ki az egy percre jutó vita maxima érték, mely az aerob kapacitást (aerob teljesítőképességet) jelenti.

A nyugalmi oxigénfogyasztás kb. 250-300 ml/perc. Nem edzett egészséges fiatal felnőttnek kb. tízszeresét éri el maximálisan, tehát 2500-3000 ml-t. Edzett emberek aerobkapacitás-értéke 4000-6000 ml is lehet.

2. ábra. Sémás ábra néhány megfigyelés alapján annak bemutatására, mennyi ideig képes az edzett és az edzetlen személy az adott intenzitású munkát kitartóan végezni. A munka intenzitását a maximális oxigénfelvétel-képesség százalékában fejeztük ki.



Az értékek összehasonlíthatósága érdekében az abszolút aerobkapacitást testtömegkilogramokra vonatkoztatjuk. Ez a relatív aerobkapacitás-érték. Abszolút aerobkapacitás ml/testtömeg kg = relatív aerobkapacitás ml/kg. Nem edzett emberek értékei 30-40 ml nagyságrendűek. Például egy 2800 ml-t produkáló 70 kg-os férfi relatív aerobkapacitás-értéke 40 ml/kg.

Az 50 ml/kg feletti értékekben általában már edzés hatás is bizonyosan érvényesül. 40 ml és 50 ml közötti értékekben az örökletes tényezők szerepét és az edzés hatást egyaránt feltételezzük. Versenysportolóktól 60 ml/kg, illetve jobb értékeket várunk el ahhoz, hogy a megfelelő sportági teljesítményt elérhessék.

Érdekes mutató az oxigénpulzus is, amely az oxigénfelvételt a pulzusszámmal vonatkoztatja. Tehát azt méri, hogy egy szívösszehúzódásra mennyi oxigénfelvétel jut. Például nyugalomban, ha 280 ml az oxigénfelvétel és 70-es a pulzusszám, akkor az oxigénpulzus 4 ml. Itt is szemléletes az edzés hatás. Nem edzett embernél az aerobkapacitás maximális 3000 ml-es értékét 200-as pulzusszámmal vonatkoztatva 15 ml az oxigénpulzus. 6000-es aerobkapacitásnál, ugyancsak 200-as pulzusszám esetén, 30 ml az oxigénpulzus. Valóban a gyakorlatban a 20 ml-nél jobb értékek az edzés hatást, a jó edzetséget tükrözik.

A kardiorespiratorikus rendszer edzés adaptációja a munkavégző képesség oldaláról is megvilágítható, jelentősége megérthető. A munka intenzitásának - és az edzetségnél - a függvényében képes az ember a munka alatti oxigénigényét kit

elégíteni. Ilyenkor tehát a munkavégzés kapcsán felvett oxigén fedezi a szükségletet. Ez a steady state vagy egyensúlyi helyzetet jelentő munka. A maximális steady state kb. a nyugalmi munkavégzés négyszerese, azaz egyliteres percenkénti oxigénfogyasztást jelent. E feletti intenzitásnál is lehetséges tartós munkavégzés, ez a szubmaximális tartomány. Ilyenkor az oxigénadósság-mechanizmus terhére történik a többletmunka. Ez a mechanizmus teszi lehetővé például 400 méterről tízezer méterig, azaz 50 másodperctől 30 percig a viszonylag nagy intenzitású, tartós munkát. A munka abbahagyása után azután pótolja a szervezet az oxigénadósságot, amely arányos a felgyűlt tejsav mennyiségével.

Maximális intenzitású munkát kb. 40 másodpercig képes az ember végezni. Bármenynyit fejlődtek a 100 méteres gyorsúszók vagy 400 méteres síkfutók, teljes intenzitással nem képesek teljesíteni a távot. Nyilvánvaló, hogy konvenciók és nem élettani ismeretek alakították ki a versenyszámokat.

Az edzettség a munkavégző képességben talán ott a legszemléletesebb, amikor az edzett ember tartósan tud olyan intenzitású munkát végezni, amely nem edzett ember számára maximális intenzitást jelent.

Ennek magyarázata a már tárgyalt ismeret, miszerint az edzett ember számára a 20-24 literes perctérfogat tartósan teljesíthető. Neki a 30 liter feletti érték a maximális, az ezzel végezhető munkaintenzitást tudja csak rövid ideig teljesíteni. A nem edzett ember idáig el sem jut.

Az aerobkapacitás több légzési és keringési mutatótól függ, illetve ezek határozzák meg. Ebben a perctérfogat a limitáló faktor. Tehát az állóképességi edzettségben a szív-érkeringési rendszer alkalmazkodása a meghatározó. Ez nem jelenti azt, hogy ne lennének lényegesek az egyéb tényezők. Nevezetesen a légzés-technika, a légzőfelület, a vér hemoglobintartalma, mely az oxigénzállítást végzi. A légzés-technika is hozzájárul ahhoz, hogy adott levegőmennyiségből több oxigént tudjon a szervezet felhasználni.

Különösen lényeges a vörösvérsejtek hemoglobintartalma. Ez általában elmarad az optimális értéktől, különösen a nőknél. Megfelelő táplálkozással, fehérje-, vitamin- és egyéb ásványianyag- (vas-, réz- stb.) bevitellel, illetve rendszeres ellenőrzéssel segíthetjük elő a kívánatos hemoglobinszintet.

Az edzésadaptáció tehát látványos a mozgatórendszer és a kardiorespiratorikus rendszer alkalmazkodásában. Érthető ez, hiszen ezek a rendszerek vesznek részt közvetlenül a fizikai aktivitásban.

Könnyű azonban belátni, hogy a regenerációs, restitúciós, az úgynevezett helyreállítási folyamatok is hasonlóan lényegesek, mert ha a mérközést, versenyt, edzést követően nem áll helyre a teljesítőképesség, nem piheni ki magát a szervezet, a következő edzésen nem tud teljes értékű munkát végezni.

Az energiát szolgáltató tápanyagok a fehérjék, a szénhidrátok és a zsírok. Nem edzett szervezet már viszonylag szerény munkaintenzitásnál is a szénhidrátokhoz nyúl, glükózt használ fel. Hasonló ez a keringési változásokhoz. A nem edzett ember néhány métert szaladva az autóbusz után, a peronra felugorva még hosz-

szabb ideig liheg, kapkodva szedi a levegőt, pulzusszáma magas, és szőlőcukrot (glükózt) éget. Az edzett pulzusa, légzése alig változik ettől a terheléstől, és ennél az intenzitásnál energiaszükségletét képes zsírégetéssel fedezni.

Hasonlással élve, a zsírraktárak energiabankok, a szénhidrátkészlet készpénzt jelent. Az edzett szervezet magas intenzitású szubmaximális munkát zsírégetéssel végez, így szénhidrátartalékait jól tudja mozgósítani, például a futó-, kerékpár-, vézős stb. versenyszámok hajrájában.

Az anyagcsere-alkalmazkodás szép példája, hogy az edzettek megtanulnak fehérből, illetve aminosavakból is jó hatásokkal energiát nyerni.

Az anyagcsere-alkalmazkodásban, ennek szabályozásában a hormonális adaptáció a meghatározó. Ez segíti elő, hogy a homeosztázis – a szervezet belső körülményeinek az állandósága, mely ugyancsak a tartós teljesítőképesség feltétele – verseny-, mérkőzészituációkban is minél tovább megmaradjon.

Az anyagcsere-alkalmazkodásban döntő a máj szerepe. De az energiaszolgáltató folyamatok irányításán túl, az úgynevezett méregtelenítő funkciót is nagyobb hatékonysággal végzi a máj. Az exogén anyagok, például a gyógyszerek lebontását is ez a rendszer végzi.

Lényegében a máj különböző enzimrendszerei fokozottan működnek a rendszeres edzések hatására. Ennek alapján, hangsúlyozva a metabolizmus, a regeneráció fontosságát az edzettségben, jogos az „edzett szív” analógiájára „edzett máj”-ről beszélni.

A sport és egészség összefüggésrendszer legtöbb részlete az életmód fogalmában sűrűsödik. Több – alapjában kedvező – folyamat vezetett ehhez a helyzethez. Természetesen életmód és egészség a történelem folyamán mindig összefüggött. Az ember felelős volt egészségéért, tehetett is érte, a 20. században azonban minden korábbinál nagyobb hangsúlyt kapott az életmód, mint az egészséget befolyásoló, sőt meghatározó tényező.

A magzatvédelemnek, anya- és csecsemővédelemnek köszönhető a koraszülött-, illetve újszülöttkori halálozás visszaszorítása. A kötelező védőoltások következtében megelőzhetőek a gyermekkori fertőző betegségek. Mindennek az eredményeként kedvező következménye, hogy azok is életben maradnak, akik a tudomány adta új eljárások nélkül nem lettek volna életképesek, vagy korán meghaltak volna különböző betegségekben. De a fiatal felnőtt és a felnőtt korosztályokban is csökkenek például a szívbilientyűhibák és a fertőző betegségek egyéb szövődményei a következményei.

Mindez tehát lényegében azt jelenti, hogy a korábbi természetes szelekciót felváltotta a mesterséges szelekció, ennek köszönhetően a szerényebb eséllyel indulók is megmaradnak. A megmaradás azonban csak esély. Az említett folyamatok összefüggései mindegyike megnöveli az életmód jelentőségét.

A szekuláris trend következtében kialakuló nyúlánk természetesebb izomzatot kíván, ennek hiányában a gerincdeformitások, a tartáshibák jellemzővé válnak.

Az urbanizáció, illetve a tudományos technikai fejlődés a fizikai munkát is visszaszorította. A mezőgazdaság gépesítése, az ipar automatizálása, a modern közlekedés kialakulása, a motorizáció együtt azt eredményezték, hogy a társadalomban a fizikai aktivitás egy évszázad alatt, ha a korábbi száznak vesszük, egy alá csökkent. Ez is alapján pozitívum, de ha az ember mozgásszükségletének a ki nem elégítését is jelenti, akkor káros hatások jelentkeznek.

A modern sport kialakulása

Az urbanizáció általánossá válásával csaknem egyidős a modern sport kialakulása. 1895-ben alakult meg a Nemzetközi Olimpiai Bizottság. Ez a tény mintegy jelképezi is, hogy a társadalmi termeléshez szükséges fizikai aktivitás visszaszorulásával, a szükségszerű inaktivitással együtt, az urbanizáció ezt az eszközt, a modern sportot is felfedezte, mely lehetőséget nyújt az ember mozgásigényének, szükségletének kielégítésére, humán kulturális feltételek között. A homo ludens, a játékos ember jött a homo sapiens sapiens megsegítésére, és hamar kiderült, hogy a modern sport több mint biológiailag szükséges fizikai aktivitás, az egész embert, a személyiséget is érinti, valóban az életvezetést meghatározó életmódformáló tényező.

Itt már utalhatunk arra, hogy a vizsgálati és tapasztalati eredmények egyértelművé teszik, a gyógyításban és a rehabilitációban a testedzés ok-okozati összefüggésben is bizonyítható-e a fizikai aktivitás ilyen önálló jelentősége a betegségek megelőzésében? Azt azonban senki nem vonja kétségbe, hogy az egészséges életmódnak része a testedzés, a sport. Kedvezően befolyásolja a táplálkozást, a pihenést, az alvást, a közérzetet, a testápolást, az életmód egészét.

Érthető, hogy az évszázados változásokkal kapcsolatban inkább a társadalmi méretű gondok, így a mesterséges szelekció negatív következményei kerülnek előtérbe. Pedig látványosak a pozitívumok is. Többek között a sportbeli rekordok javulása demonstrálja ezt. Ismétlődő kérdés, mi okozza a rekordok, a csúcsteljesítmények korábban hihetetlennek vélt javulását, de a nem mérhető sportágak, például a szertorna döbbenetes fejlődését is.

A mesterséges szelekció nemcsak azt jelenti, hogy a gyengék megmaradnak, hanem azt is, hogy a jók még jobbak lesznek. A rekordok javulásának számos oka közül az egyik az ember biológiai értelemben is bizonyítható fejlődése.

A különböző tulajdonságokat a Gauss-eloszlással, a jellemző harang alakú görbével mutatjuk be. A mesterséges szelekció következménye, hogy a görbe mindkét oldala kiszélesedik, egyaránt nő a gyengék és a kiválóak aránya. Leegyszerűsítve, a gyengék adják a „betegek utánpótlását”, a kiválóak, többek között, a sportágak élvonalának az utánpótlását.

Társadalmi, népegészségügyi szempontból a legnagyobb kérdés, mi lesz az átlaggal, a harang alatti többséggel. Ez ugyanis meghatározóan életmódfüggő kérdés. A 20. század második felében a fejlett országok kiemelkedő egészségügyi

problémája, hogy az átlag a gyengék felé tolódik el, jelentősen megnövelve az egészségügyre háruló terhet, hiszen emiatt növekszik a különböző civilizációs ártalmak száma.

Megszületett a felismerés: a nép egészségét meghatározó tényezők csak kisebb részben - legfeljebb 20% körüli mértékben - rejlenek magában az egészségügyben, az ellátás színvonalában, nagyobb részt a társadalomban dőlnek el.

A fogalom, primer prevenció, elsődleges megelőzés, azon életmódtényezők összessége, amelyek az egészség megőrzését, megszilárdítását segítik elő. Egészséges táplálkozás, rendszeres testedzés, lelki egészség, mentálhygiéné, a testápolástól a szexuális kultúráig terjedő egészségkultúra, amely természetesen valamennyi említett tényezőt magában foglalja, valamint a devianciák, a szenvedélybetegségek elutasítását, megelőzését (dohányzás, alkoholizálás, drogélvezet).

Amíg a hagyományos prevencióban, megelőzésben a kérdések csaknem teljesen az egészségügyben, konkrétan a közegészségügyben, járványügyben dőltek el, hiszen védőoltásokról, fertőző betegségek elleni rendszabályokról volt, illetve van szó, melyekben az emberek szerepe jórészt passzív, az utasítások, óvintézkedések betartására korlátozódnak, addig a primer prevenció az emberek aktivitását, tudatos életvezetését, egészséges életmódját kívánja meg. Lehet segíteni például az elhízás leküzdésében orvosi eszközökkel, gyógyszerekkel is, de semmilyen stratégia nem lehet sikeres megfelelő diéta és testmozgás nélkül.

Bizonyos, hogy a nem fertőző járványok kialakulásának felelősségét nem lehet egyszerűen a járvány áldozataira terhelni, mondván, miért nem éltek egészségesebben. Bármennyire fontos az egyéni döntés, nem kétséges, hogy az életmódot a társadalmi környezet, a konvencióktól, divatáramlatoktól a nagypolitikáig – leginkább persze az egészségpolitika – határozza meg. A legtöbben, tudatosan vagy ösztönösen, a társadalom értékrendjét követik. Ebben jellemző értéktorzulás áll be, mely országonként mutatott ugyan különbségeket, de a hasonlóságok erősebbek voltak, jelezve az urbanizációs trend erejét. A fizikai munka kényszere és a hiányos táplálkozás nyomorúságától megszabadult ember a fogyasztói társadalom értékeit abszolutizálta. Elvben magasra helyezte az egészség értékét, ezt mutatták az értékpreferencia-vizsgálatok, de nőtt a szakadék a vallott és a megvalósított értékrend között. A történelemben együtt járt a szegénység és a betegség, akár csak manapság visszaszorulásuk. A testi egészség és a szociális jólét javulása az a hiedelmet keltette, hogy ez a boldogság. Kiderült azonban, hogy belső harmónia, lelki egészség, humán értékek – szeretet, barátság – nélkül nem valósul meg az egészséget jelentő egység.

Többször előtérbe került már a testkultúra és a lelki egészség, az ép test és az ép lélek, a mozgás és a gondolkodás egészségének az összefüggése.

Az életmód kérdései

Valójában az életmód kérdései - mind pozitív, mind negatív értelemben - a mentálhigiéné körül sűrűsödnek. Gondolkodásunk, izlésünk, igényeink, értékrendünk határozza meg életmódunkat, életünk minőségét.

Az életmóddal kapcsolatos problémák mögött – az esetek többségében – a lelki egészség zavara húzódik meg. Ez közvetlenül is kézzelfoghatóvá válik az öngyilkosságok magas – világszerte jelentő – számában, a devianciák – dohányzás, alkoholfogyasztás, kábítószer-élvezés – terjedésében. De pozitív értelemben is meghatározó a lélek egészsége.

Említettük, hogy nincs uniformizált egészséges életmód. Tág határok között – ami az örökletes tényezők általi korlátokat, betegségekre való hajlamot stb. jelenti – az egészséges életmód legfontosabb szabálya, légy jóban önmagaddal, szeresd az életedet, életmódodat, leljed örömet életvezetésedben, kapcsolataidban, munkádban, kedvteléseidben.

Ha pozitívak a társadalmi hatások, a környezetből érkező motivációk, egészséges közösségekben érvényesülhet a homo sapiens sapiens sokszínűsége a sokféle, de mindig egészséges életmódban.

Nálunk még nemcsak a devianciákra szocializáló környezeti hatások erősek, hanem hiányoznak az egészséges életvezetést értékékként közvetítő minták, példák, ezért is sok a gyenge teherbírású, neurózisra, depresszióra hajló ember.

A sport nem csodaszer. Önmagában csak szerény hatást érhet el a mentálhigiénés gondok enyhítésében, a pozitív minták közvetítésében, de nem ismételtető elégszer, hogy közvetlen és közvetett hatásai más életmódtényezőkre és a személyiség egészére megnövelték fontosságát az egészséges társadalom életében.

A rendszeres testedzés konkrét társadalmi csoportok életében valósulhat meg. Mint láttuk, a sport alapvetően iskolai sportra, versenysportra-élsportra és szabadidősportra tagolódik. Lehet megszerezni a sportot a különböző hivatások, foglalkozások vagy a különböző társadalmi osztályok, rétegek oldaláról. Jól kimutatható, hogy a különböző sportágak utánpótlásában mely társadalmi rétegek vesznek leginkább részt.

Már az alapvető felosztás is mutat életkori trendet – iskolai sport: ifjúkor; versenysport-élsport: fiatal felnőttkor; szabadidősport: felnőtt- és időskor-, kétségtelen, hogy a testedzést, a mozgásigényt, a mozgásszükségletet talán legjobban az életkor határozza meg.

Mozgásérzékelőket alkalmazva objektíven is bizonyították a korábbi megfigyeléseket: az óvodás- és kisiskolás korú gyerekek csaknem fáradhatatlanságát, igen nagy mozgásigényét és mozgásteljesítményét. Ez adott különösen is nagy hangsúlyt azoknak a lakótelepi gyerekek körében végzett vizsgálatoknak, amelyek az inaktivitás drámai terjedését bizonyították. Különösen a felsőbb emeleten lakók nemhogy nem mozogtak, nem sportoltak, hanem legfeljebb napi két-két és fél órát voltak függőleges helyzetben. Ez a személyi higiéniéből, az iskolába

menésből, az ottani szünetekből, a testnevelési órákból adódott. A nap többi részében az iskolapadban vagy otthon ültek, feküdtek, tévét néztek, magnóztak.

A mozgásszegény életmód ezután érhetően uralkodóvá válik felnőttkorban is, korai egészségügyi panaszokkal, elhízással, csökkenő teljesítőképességgel. Ezért az orvostudomány, az egészségügy felől nézve a testnevelés és a sport a primer prevenció része.

A panaszok, a betegségek nagy része a mesterséges szelekcióval megmentett 10-15%-ot érinti, akiknek még fontosabb lenne a testkultúra, mint a népességének, de akik szerényebb fizikai képességeik miatt nehezebben kerülnek be a sport világába.

Természetesen igaz az a tétel, miszerint minden embernek, minden életkorban szüksége van testedzésre – mintegy korosztályos szempontból összegezzük ismereteinket a továbbiakban.

Nem változtat az alapigazságon, ha vállaljuk a régi tételt: a sport az ifjúságé. Talán éljünk azzal a finomítással, hogy a sport elsősorban az ifjúságé. Alátámasztható ez a tétel biológiai oldalról: sport, testedzés nélkül fiataljaink elmaradnak örökletes lehetőségeiktől, nem futják ki biológiai formájukat, kisebbek, gyengébbek, satsnyábbak lesznek.

Mindenféle tanulás kitüntetett ideje a fiatalkor, igaz, felnőttkorban még szellemiekben sok minden pótolható – a növekedés, érés azonban befejeződött. Aranyhőrsöngökön végzett kísérletekkel bizonyították be az egészséges, fehérjedű táplálkozás és a mozgás kölcsönhatását a növekedés, érés folyamataira.

Megtalálták azt az optimális fehérjetartalmú diétát, amelyen tartva az aranyhőrsöngök a leggyorsabban fejlődtek. Ennek hatását is fokozta azonban a rendszeres futtatás. Az izommunkával és az optimális táplálkozással együtt érték el a legjobb hatást.

Különösen lényeges a fizikai aktivitás, a megfelelő mozgásterhelés serdülőkorban, a keringési és légzőrendszer fejlődése idején. Az ekkor elért maximum meghatározó az élet hátralevő részében.

Mindez önmagában is alátámasztja a társadalomnak a közoktatásban kifejezett, a jövő felelősségét, az iskolai testnevelés és sport területén. Itt a sport és az egészségpolitika az oktatáspolitikát kell, hogy befolyásolja: a modern kor igénye szerint a sport közelítsen az iskolai élet centrumához. A testnevelés nem egyszerűen tantárgy, hanem szélesebb terület, amely hivatott egyensúlyt tartani a szellemi képzés egyoldalúságával, ami az egész személyiségfejlődést és életmódot alakítja.

De valószínűleg nem kevésbé fontos az iskolai testnevelés és sport pedagógiai pszichológiai megalapozottsága, sőt úgy is fogalmazhatunk, hogy a fiatalok számára olyannyira természetes életforma a sport, hogy ennek humán tartalma indokolja középpontba állítását; ennek kapcsán a biológiai, az egészségügyi hatások mintegy automatikusan érvényesülnek. Előtérben a sport ebben az életkorban semmivel sem pótolható nevelő ereje áll. Csak a sportban kapnak a fiatalok sz

mukra is hiteles visszajelzést teljesítményükről. Megtanulják a siker és a kudarc elviselését, a tehervállás örömét, az ítéletalkotás felelősségét, a konfliktustűrést és -kezelést; mindazt, aminek hiánya a mai társadalom mentálhigiénés gondjaiban kifejeződik.

A humán szocializáció nem nélkülözhető eszközrendszerét nyújtja a testkultúra. A felnőtt korosztályok számára a sport a legkülönbözőbb igénybevételt jelentő munkákkal kapcsolatos kompenzáló, kiegyenlítő tényező. Ezért is igen találó a sportrekreáció kifejezés, amely arra utal, hogy a sport segít helyreállítani a munkavégző és teljesítőképességet, az intenzív sportterhelés ebben az összefüggésben szintén aktív pihenést jelent.

A fiatal felnőttkortól, a húszas évektől, a fiatal időskorig, a hatvanas évekig tart az emberi élet produktív szakasza. Normális esetben a fizikai teljesítőképesség is csak szerény mértékben csökken ezen évtizedek alatt. Ez és a szellemi teljesítőképesség is rendkívül erősen életmódfüggő. Nemcsak a betegségek megelőzését, hanem a pozitív összefüggést, a munkavégző és a teljesítőképesség regenerálását, szinten tartását tekintve is. Ehhez járulnak a sport, a testedzés jól ismert hangulati, érzelmi effektusai, valamint a közösségi, társasági hatások. Az élet minőségéről, kulturális humán értékéről van szó ezúttal is.

Az élettartam meghosszabbodása nagyobb jelentőséget ad az úgynevezett harmadik életkornak. A korábban öregkornak vagy nyugdíjas korszaknak nevezett időszakot nemcsak szép, hanem jogos is harmadik életkornak nevezni, mert a magasabb életkor általánosabbá válása, az, hogy a fejlett országokban mind többen élnek nyolcvan-kilencven évig, azt is jelenti, hogy a harmadik életkor terjedelme két-három évtized is lehet. Ez önmagában is jelzi fontosságát, hatását a társadalom egészére. A mennyiségnél ez esetben is lényegesebb a minőség. Pontosabban éppen az élettartam megnövekedése emeli ki leginkább az élet minőségének jelentőségét.

A hosszabb élet akkor érték igazán, ha nem betegségekkel való kényszerű megalkuvást, hanem új életszakaszt, új tartalmat, új minőséget jelent. Ezt kívánja kifejezni a harmadik életkor fogalma is, amely arra utal, hogy önálló értékkel bíró periódusa ez a humán életnek.

A harmadik életkor felkészülést, stratégiát kíván. Ez, ismét csak az egyéni izlésnek megfelelően, sok mindenre kiterjedhet, de az életmódnak megmaradnak, megújulnak a kötelező összetevői, köztük a fizikai aktivitás. Más összefüggésben, de hasonlóan fontos ez, mint az ifjúkorban. És hasonlóak a kölcsönhatások a biológiai, illetve a pszichikai tényezők között. A szomatikus funkciókat, ha tetszik, a testi egészséget tekintve semmivel sem helyettesíthető a testedzés, de életmódbeli szerepét indokolják a pszichés effektusok is. Ha ezek érdekében szerepel a sport a harmadik életkor stratégiájában, akkor a szomatikus hatások, akár a fiataloknál, evidens módon érvényesülnek.

Az idős ember testi képességei gyengülését valamiféle megbélyegzésként éli meg. Egyébként is sok esetben nehezen szembesül alkotó periódusa befejeződés-

sével, azzal, hogy egyéni teljesítménye már szinte nincsen. A sport sikerélményt nyújt: teljesíti napi úszópenzumát, sétál vagy kocog, túrán vesz részt vagy teniszezik, kerékpáron közlekedik, vagy éppen súlyzókkal birkózik meg. Mindegyik az ő teljesítménye. Még nem írható le. Még képes produkálni. És a sportnak ez a közvetlen visszajelző hatása áttevődik a lelki szférára, az emberi kapcsolatokra. A harmadik életkor immár nem csupán leszálló ágat, hanem új távlatokat jelent. Barátságok megújításában, családi terhek vállalásában, olyan kulturális és egyéb élményekben, amelyekre korábban nem volt lehetőség.

Az újrakezdés szabályai minden életkorban azonosak. Óvatosan kell kezdeni, a terhelést mérsékelten, az életkornak és az edzettségi állapotnak megfelelően adagolni. A pulzusszám maximumát a 180 mínusz években kifejezett életkor jelentse (vannak, akik – főleg ha semmilyen óvatosságot igénylő egészségügyi gond nincs – 200-as értékből való kiindulást ajánlják). Tehát egy hatvanéves embernél a terheléses pulzus ne legyen 120-nál magasabb.

A sport élettani hatásai mellett - melyek jól mérhetőek - jogos megkülönbözteteni egészségügyi hatásokat is. Ez azt jelenti, ha nem is tudunk jelenlegi eljárásainkat mérhető élettani változásokat kimutatni, az elvégzett testedzésnek akkor is lehet, van egészségügyi jelentősége. Sajátosan jellemző ez idős korban. Számos esetben kimutathatók ekkor is objektív edzéshatások, de sokszor csak a szubjektív visszajelzések igazolják a testedzés egészségre gyakorolt hatásait.

A harmadik életkorban is látványosak a sport szocializáló hatásai. Új kapcsolatok, barátságok, közösségek születnek a sport révén. Nem véletlen a természetjárás hallatlan népszerűsége. De még a minőség értékteremtő, vonzó szerepe is megnyilvánul.

Az egyre népszerűbb veteránbajnokságokon éppúgy rekordok, meghökkentő teljesítmények születnek, mint az élsportban, meggyőzve az idős korosztályokat arról, hogy a magasabb életkor és az imponáló teljesítőképesség nem ellentétes fogalmak.

Összefoglalás

Egészség- és testfejlesztés – ez utóbbi a társadalmi gyakorlatban a modern sport sokszínűsége révén valósulhat meg – a minőségi élet alkotó tényezői. A 21. század embere számára realitássá vált a hosszú élet lehetősége. Ez akkor érték, ha egészséges életet jelent a szó teljes, testi, lelki és szociális értelmében. Ezt alapozza meg az egész életen át tartó sport, amelynek szomatikus értékein túl számos gazdag kölcsönhatása van a humán értékekkel, a lelki egészséget illetően. A minőségi élet kulcsa az individuális izlést is messzemenően lehetővé tevő egészséges életmód.

Irodalom

- Frenkl Róbert, Dobozy László és Eöry István (1979): *A sport helye az egészségnevelésben*. Medicina, Budapest.
- Frenkl Róbert (1993): *Sportélettan*. Medicina Sport, Budapest.
- Jákó Péter (1998): *A sportorvoslás alapjai*. Print City Kiadó. Budapest.
- Sport és életmód. II. Országos Sporttudományi Kongresszus*. I-III. kötet. Budapest, 1993, ITC Plantin Kiadó.

2005. szeptember 22-23.

**„Egészségfejlesztés a felsőoktatásban a Bologna
folyamat tükrében”**

Nemzetközi konferencia

NÉPEGÉSZSÉGÜGYI TRENDEK AZ EURÓPAI UNIÓBAN ÉS MAGYARORSZÁGON

Nagymajtényi László

Az Európai Parlament és az Európai Unió Tanácsa, hivatkozással az Európai Közösséget létrehozó szerződés 152. cikkére, mely szerint „valamennyi közösségi politika és tevékenység meghatározása és végrehajtása során biztosítani kell az emberi egészségvédelem magas szintjét”, 1350/2007/EK jelzésű határozattal, 2007. október 23-án elfogadta az egészségügyre vonatkozó azt a második közösségi cselekvési programot, amely a 2008-2013. időszakra terjed ki [2].

A Program nem előzmények nélküli, hiszen az Uniónak ezt megelőzően, illetve ezzel párhuzamosan számos, az egészséget érintő határozata volt/van érvényben. Ilyenek voltak például az 1996-2002-es években az egészségfejlesztésre, fertőző betegségekre (HIV/AIDS, malária, TBC), a rákra, egyes ritka betegségekre vonatkozó stratégiák; a nemek közötti egyenlőtlenségek megszüntetését és az esélyegyenlőség megvalósítását célzó programok; a hatodik környezetvédelmi cselekvési program; stb. Ez az egészséggel kapcsolatos tervezet a korábbi, „A közegészségügyre vonatkozó közösségi cselekvési program (2003-2008)” [1] elképzeléseire, valamint eredményeire alapozva került megfogalmazásra.

Az Unió lakosságára vonatkozó új program kidolgozását az indokolta, hogy az utóbbi években olyan folyamatok, problémák jelentek meg, melyek hatékony megoldása csak az EU szintjén, valamennyi tagállam – esetenként külső partnerek – bevonásával oldható meg. Ilyenek például a határokon áterjedő járványok, a bioterrorizmus, az alapelvekben rögzített elvek következtében az áruknak, szolgáltatásoknak és a személyeknek szabad mozgása miatti olyan kérdések, mint a kémiai és élelmiszerbiztonság humán vonatkozásai. De ilyen az európai népesség öregedése is, amely populációs szinten determinálja a morbiditást és mortalitást, hosszabb távon egyértelmű változtatásokat igényel az egészségügyi ellátó rendszerekben, annak komoly gazdasági következményeivel együtt [3].

Európában jelenleg a lakosság hosszabb és egészségesebb életet él, mint korábban, az egészség egyes területein azonban mind az egyes tagállamok között, mind pedig azokon belül jelentős egyenlőtlenségek állnak fenn. Elegendő csak arra utalni, hogy az egyes tagállamokban a születéskor várható átlagos élettartam a nőknél 9, a férfiak esetében pedig 13 év különbséget mutat, a csecsemőhalandóság értékében pedig hatszorosa ez a különbség.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2005. évi jelentése szerint Európában a rokkantsággal korrigált életevek (Disability Adjusted Life-Years – DALY) relációjában a betegségterhek legfontosabb okai a nem fertőző betegségek (77%), a sérülések és mérgezés (14%), valamint a fertőző betegségek (9%). Ezen mutató 34%-ának hátterében a kimutatható okok az ischémias szívbetegek, a

cerebrovaszkuláris betegségek, a depresszió, az alkoholfogyasztáshoz kapcsolódó kórformák, a krónikus tüdőbetegségek, a tüdőrák és a közlekedési eredetű sérülések. Az említettekért felelős, megelőzhető fő kockázati tényezők a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a magas vérnyomás, a magas koleszterinszint, a túlsúly, az alacsony zöldség- és gyümölcsfogyasztás, a fizikai aktivitás hiánya. A fertőző betegségek között a HIV/AIDS, az influenza, a tuberkulózis, s újabban – a felmelegedés miatt – egyes vektorok terjesztette kórformák (például malária) jelentik lényegesebb problémákat.

A szubszidiaritás elve értelmében az egyes országok lakossága egészségének védelme és javítása elsősorban a tagállamok felelőssége és feladata, melynek értelmében azok döntenek az egészségügyi szolgáltatások és az orvosi ellátás megszervezéséről, annak formájáról, finanszírozásáról, stb., beleértve ebbe megelőzéssel kapcsolatos tevékenységeket is. Az egészségügynek azonban töl olyan területe is van, ahol a kellő hatékonyság csak az országok közötti együttműködés és koordináció által érhető el. Ilyen például a járványok/bioterrorizmus megelőzésére való felkészülés, a nagyobb területre kiterjedő – ipari és/vagy lakossági eredetű – környezetszennyezés felszámolása, az élelmiszerek mikrobiológiai és/vagy kémiai kontaminálódásának prevenciója, a rájuk vonatkozó adatgyűjtéssel, elemzésekkel és információcserével együtt. Ezek tehát olyan folyamatok amelyekben a tagállamok önállóan nem tudnak hatékonyan fellépni, s ezért ilyenkor az EU-szintű együttműködés egyértelműen elengedhetetlen.

Az új tervezet a közegészségügyre vonatkozó korábbi közösségi cselekvési program egyes témáit, azokat továbbfejlesztve, beépíti magába. Így például egészség-információs adatbázisok kialakítása, azok analízise, az eredményekről szakma és a lakosság tájékoztatásának feladatköre kibővített formában itt is megjelenik, még jobban elősegítve a polgároknak/szakembereknek az információkhoz való jobb hozzáférést, s ezáltal az érdekeiknek leginkább megfelelő döntéshozozatalát.

Ezen túlmenően a Program egyik lényeges feladata az egészségre nehezedő terhek pontosabb meghatározása is. Ennek során – más közösségi felmérésekkel és támogatásokkal együtt – hozzá kell járulnia a súlyosabb, nagyobb lakosságcsoporthoz tartozó megbetegedések (például rák) megelőzésének, diagnosztizálásának és ellenőrzésének jobb megismeréséhez és az ezekről való tájékoztatáshoz. Ehhhoz nemzeti és uniós szinten elő kell segítenie az adott kórformákra vonatkozó összehasonlítható adatok gyűjtését, annak megfelelő koordinálását és összhangját. Ennek során természetesen figyelmet kell fordítani a személyes adatok védelméhez és a vonatkozó jogi rendelkezések betartására.

A Program hangsúlyozza, hogy valamennyi tevékenység folytatása során törekedni kell a területek, lakosságcsoportok közti egyenlőtlenségek kiküszöbölésére, valamint a férfiak és a nők közötti egyenlőség előmozdítására, beleértve ebbe a szükségleteik és az egészségüghöz való viszonyulásuk jobb megértését is. A Európai Unió bővítése problémákat vetett fel a regionális, a nemzetek köz-

egészségügyi egyenlőtlenségek tekintetében, melyek a későbbi tagfelvételekkor valószínűleg tovább fokozódnak majd. Ezért ez a Program egyik prioritása, melyhez meg kell határozni az egészségügyi/egészségi egyenlőtlenségek okait, s megszüntetésük érdekében elő kell segíteni a már létező legjobb gyakorlati megoldások bevezetését.

A Program rögzíti – az egyes országok saját rendszerei figyelembevételével – a tagállamok közötti együttműködést, valamint a tevékenységekben a nemzeti, regionális és helyi hatóságok megfelelő szintű részvételének igényét. Kitér arra is, hogy a lakosság egészségének kérdése nem csak az egészségügyi politika területére tartozik, hogy abban más közösségi szakpolitikák – a regionális és környezetvédelmi politika, a dohánytermékek adóztatása, a gyógyszeripari termékekkel és élelmiszerekkel kapcsolatos szabályozás, az állategészségügy, az egészségügyi kutatás és innováció, a munkahelyi egészség és biztonság, a sugárzásvédelem stb. – is fontos szerepet játszanak. A gyermekek és a felnövekvő fiatalok egészségvédelme érdekében folytatni kell a „Drogprevenció és felvilágosítás”, valamint a „Küzdőerő az erőszak ellen (Daphne)” programokat is.

Ismert, hogy – különösen a fertőző betegségek között – számos komoly, a határokon is átnyúló veszély létezik, melyek világméretűvé is válhatnak, s amelyek egyértelműen közösségi fellépést tesznek szükségessé. Ehhez, az unió általános kapacitásainak megerősítésére, hatékony és összehangolt reagálású rendszert kell kialakítani, például az egyes laboratóriumok közötti magas szintű diagnosztikai együttműködés biztosításával. További erőfeszítéseket kell tenni egyes kórképek, különösen a madárinfluenza, a HIV/AIDS, a tuberkulózis és más, határokon átnyúló, az egészséget érintő járványügyi veszélyek terén. Az antibiotikumokkal és a nozokomialis fertőzésekkel szembeni rezisztencia szintén kezd komolyabb európai kockázati tényezővé válni. Emiatt szükséges az ide vonatkozó adatok gyűjtése és elemzése, a hatékony új, valamint a meglévő antibiotikumok helyes használatát biztosító elvek, rendszerek kidolgozása és azok alkalmazása. Ehhez fontos az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC) szerepének erősítése is.

A Program lényegesnek tartja az Unió szomszédságában levő, valamint az európai unió tagjától kérelmező, tagjelölt vagy csatlakozó országokkal való együttműködést, tekintettel arra, hogy az ott kialakuló veszélyek a tagállamokra is hatást gyakorolhatnak. Tervbe veszi, hogy közös európai kezdeményezés révén meg kell könnyíteni az európai e-egészségügyi térség továbbfejlesztését, s hogy fokozni kell az aktivitást az európai egészségbiztosítási kártya létrehozásával kapcsolatos folyamatokban.

Meghatározásra és elfogadásra került a Program teljes időtartamára az ahhoz szükséges pénzügyi keret. Az általa finanszírozott tevékenységek során, valamint az azzal kapcsolatban kidolgozott új javaslatokban figyelmet kell fordítani az Európa Tanács által korábban elfogadott elvekre. Ehhez kapcsolódik az adatgyűjtéshez, a módszerek és eszközök elősegítéséhez és fejlesztéséhez, a hálózatok és

különböző típusú együttműködések kialakításához, valamint a betegek és az egészségügyi szakemberek mobilitására vonatkozó szakpolitikák előmozdítása. Elengedhetetlen viszont az ezekhez szükséges, például számítógépes rendszerek kompatibilitása és interoperabilitása is, hiszen a hatékony működés érdekében alapvető fontosságú a nemzeti keretek között gyűjtött, de ilyen módon összehasonlítható adatok rendszeres feldolgozása és elemzése. Ez teszi lehetővé mind az unió, mind pedig a tagállamok számára a jobb tájékozódást és a megfelelő stratégiák, szakpolitikák kidolgozását.

A Program hangsúlyozza, hogy folyamatos kapcsolatot kell fenntartani más nemzetközi intézményekkel, például az Egyesült Nemzetek Szervezetével, annak szakosított intézményeivel, különösen a WHO-val.

Az uniós programokról, mind a 2008 végén lezáródóról, s mind pedig a 2009-ben indulóról megállapítható, hogy igyekeztek azon kérdésköröket, problémákat az előtérbe állítani, melyek a közösség egészét érintették/érintik, s törekedtek azok megoldására olyan lehetőségeket, módszereket kidolgozni, melyek a tagországok, illetve az egész Európai Unió számára elfogadhatók voltak/vannak/lesznek.

A jelenleg megvalósítás alatt levő, 2010-ig tartó hazai népegészségügyi programnak szintén megvoltak a maga előzményei. 1987-ben az ország akkori kormánya kidolgozta az egészségmegőrzés hosszú távú társadalmi programját (1063/1987 MT határozat), s jóváhagyta annak első, 1990-ig szóló szakaszának feladatait is [4]. A döntés értelmében az egyes ágazati minisztereknek, az országos hatáskörű szervek, a fővárosi és a megyei tanácsok vezetőinek az országos/megyei/helyi tervek, határozatok, intézkedések előkészítése, meghozatala és megvalósítása során érvényre kellett juttatniuk az egészséget, mint alapvető értéket tudatosan és tartósan előnyben részesítő elvi és gyakorlati elvárásokat.

A Program háttérben azon megállapítás állt, hogy az egészség pótolhatatlan érték minden ember, valamennyi család és az egész társadalom számára, s hogy a magánéletben és a munkában nagyobbak az esélyei annak, aki ép testtel és lélekkel végzi el a rá váró feladatokat, s jó közérzettel éli mindennapját.

Magának a rendeletnek a kidolgozását az tette indokoltá, hogy a nyolcvanas évek folyamán a lakosság demográfiai és epidemiológiai adatainak elemzése a lakosság egyes egészségi állapot mutatóinak negatív trendekbe történő átmenetelére hívta fel a figyelmet. Ez annak ellenére történt, hogy javultak az élet- és munkakörülmények, az egészségügyi ellátás mennyiségi és minőségi paraméterei, fejlődtek a közegészségügyi viszonyok, a fertőző betegségek megelőzése és terápiája kifejezetten csökkentette az ezen betegségcsoport okozta csecsemő- és gyermekhalálózást stb. Megfogalmazódott az is, hogy megváltozott a halandóság szerkezete; a halálózások több mint négyötöde mindössze három halálóki csoportból (szív- és érrendszeri betegségek, daganatok, baleseti és más erőszakos eredetű halálózások) származott. Ennek eredményeképpen nemzetközi összehasonlításban egyre kedvezőtlenebbé vált a középkorú férfiak halandósága, s ezeti

időszak alatt – bár ekkor még kisebb mértékben – az összevetésben a régió országaiétól kezdtek elmaradni a nőkre vonatkozó egyes mutatók is.

A Programot kidolgozók felismerték az egészségtelen életmódnak, a káros szenvedélyeknek és a környezeti ártalmaknak a hazai negatív változásokban játszott szerepét, így például a közel másfélszer több cigaretta fogyasztása és a fokozódó légszennyezés együttes hatása miatti, a férfiak körében kétszeresére növekedett tüdőrák okozta halálozás összefüggését; a megelőző negyedszázadban az alkohol egy főre jutó átlagos fogyasztása megkétszereződésének ok-okozati összefüggését az ötszörösére emelkedő májzsugor mortalitásban.

Az is hangsúlyozásra került, hogy az egészségmegőrzés társadalmi programját olyan időszakban kívánták elkezdni, mikor az anyagi lehetőségek egyre szűkössebbé váltak. Ennek ellenére szükségesnek látták a program véghezvitelét, mivel – nemzetközi példák figyelembevételével – nem láttak más lehetőséget a lakosság egészségi állapotának javítására.

A sok vonatkozásban pozitív tartalommal is bíró Program a rendszerváltozás következtében megszakadt, egyes elemei azonban megjelentek a későbbi elképzelésekben is. Ilyen volt az un. „Kertai program”, melyet az új népegészségügyi elvekre alapozott ÁNTSZ rendszer kialakítását követően Kertai Pál professzor, az első országos tisztifőorvos dolgozott ki. Ebben összefoglalva voltak megtalálhatók mindazok a negatív és pozitív folyamatok, melyek a magyar lakosság egészségi állapotában a hatvanas évektől a kilencvenes évekig bekövetkeztek, s részletes elemzésre kerültek azoknak az okai is. Ez a munka képezte alapját „A népegészségügy prioritásai az ezredfordulón” (1030/1994 Korm. határozat) elnevezésű rendeletnek, melyet 1994-ben az országgyűlés elfogadott [5].

Ez a Program a népesség egészségi állapotának javítása, fejlesztése érdekében az ezredfordulóig a népegészségügy prioritásaiként öt nemzeti célt tűzött ki:

1. El kívánta érni, hogy a lakosság mind nagyobb része fogadja el, hogy az egyik legfőbb emberi érték az egészség, és ezzel egyidejűleg törekedni kívánt arra, hogy a döntéshozók mind a jogalkotásban, mind a költségvetésben kiemelt jelentőséget tulajdonítsanak a lakosság egészsége javításának.
2. A betegségmentes élet éveket legalább 55 életévre akarta kiterjeszteni.
3. A születéskor várható átlagos élettartamot férfiaknál legalább 67, nőknél legalább 75 évre kívánta meghosszabbítani.
4. A különösen jó és a különösen rossz szociális körülmények között élő lakosság születéskor várható élettartama közti különbséget 3 év alá kívánta csökkenteni.
5. A halálozások és az elveszületések száma között meglévő numerikus különbséget az elveszületések irányába szándékozta megváltoztatni.

A megvalósítás érdekében a népesség egészségi állapotát befolyásoló egészség- és életmód kialakítását az oktatás, a tömegkommunikáció és az egészségnevelés valamint az egészségügyi felvilágosítás útján szándékozta megvalósítani. Ennek keretében tudatosítani kívánta a kedvezőtlen táplálkozási szokások, a dohány- és alkoholfogyasztás, a mozgásszegény életmód káros hatásait, s széles körben ismertetni akarta a helyes életmód kialakítását elősegítő módszereket. Ennek érdekében a nemzeti alaptantervben hangsúlyozott szerepet szánt az egészségnevelés, felvilágosításával összefüggő oktatásnak, az egészségügyi ellátás során pedig gyógykezelés mellett a személyre szabott tanácsadó tevékenységnek. Az egészségi állapotot befolyásoló környezeti tényezők vonatkozásában figyelmet fordított lakóhelyi környezet (levegő, víz) szennyeződéseinek csökkentésére, a munkahelyi ártalmak mérséklésére, valamint a társadalmi környezet olyan átalakítására, amely elősegítene a lakosság egészségének fejlesztését, a betegségek megelőzését. Kiemelt feladatként fogalmazta meg a gyermekek és a fiatal felnőttek egészségveszélyeztető tényezők prevencióját, a középkorú népesség esetében pedig a kialakult károsodások időben történő feltárásával az egészségi állapot helyreállítására illetve romlásának megelőzését. Az időskorúak, illetve a társadalmi periferián élő egészségi állapotát a gondozási módszerek fejlesztésével kívánta biztosítani. Figyelembe véve a leggyakoribb betegcsoportokat, illetve halálokokat, hangsúlyozta keringési és daganatos betegségek megelőzése módszerei kidolgozásának és az alkalmazásának fontosságát, különös tekintettel a szűrővizsgálatokra.

A rendelet a teendők elvégzésébe a Népjóléti Minisztérium mellett más minisztériumokat, a helyi önkormányzatokat, a társadalombiztosítási önkormányzatokat, a tömegtájékoztatót, társadalmi és érdekképviseleti szerveket, valamint a társadalom minden tagját be kívánta vonni, hogy a Program célkitűzéseit meg tudjanak valósítani.

A Program figyelemmel kíséréséhez, a szükséges beavatkozások elvégzéséhez a rendelet szerint évenkénti jelentést kellett az országgyűlés részére kidolgozni. A népjóléti miniszter irányításával létre kellett hozni az Országos Népegészségügyi Bizottságot, melynek feladata a törvénytervezeteknek, a gazdaságpolitikai intézkedéseknek valamint azok hatásainak népegészségügyi szempontból való véleményezése, figyelemmel kísérése, a népegészségügyi feladatok országos szintű koordinálása, valamint a benyújtás előtt az éves népegészségügyi jelentés véleményezése volt.

A kilencvenes évek második felében – a kormányváltásokat követően – nem került sor újabb programok kidolgozására. Ez azonban nem jelentette azt, hogy ilyen jellegű munka nem folyt az országban; a népegészségügyi problémák megoldásával kapcsolatos tevékenység a már említett tervezetek, elvek, rendeletek alapján, az azokban kitűzött célok figyelembe vételével történt.

Az „Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001-2010.” (1066/2000 Kormány Határozat) bevezető részében ismétlen megfogalmazásra került az a tétel, hogy az abban szereplő feladatok csak akkor lesznek végrehajthatók, a kitűz-

célok pedig elérhetők, ha kormányzati/önkormányzati keretekben, azok egyértelmű támogatásával valósulnak meg, s bírják a társadalom, az azt alkotó csoportok, az egyes személyek széles körű támogatását [6].

A kilencvenes évekre tovább romló hazai egészségi adatok elemzésével együtt, sikeres nemzetközi előzményekre (például észak-karélai program) hivatkozva utalt arra, hogy kellő kormányzati és lakossági együttműködés meglétekor jelentős eredmények érhetők el az egészséget veszélyeztető kockázati tényezők felszámolásában, mely változások egy idő után a morbiditási és mortalitási mutatók javulásában is megmutatkoznak majd. Hangsúlyozta azonban, hogy a nemzetközileg hatékonynak talált elveket, módszereket a hazai viszonyokra kell adaptálni, figyelmet fordítva a hatékonysági és költséghatékonysági paraméterekre is.

A Program alapelvei szerint az egyén egészségét döntően környezete/életmódja határozza meg, ezen állapot meghatározók között komplex kapcsolatrendszer áll fenn, melyben az egyes tényezők általában nem betegség specifikusak, azaz több megbetegedés kialakulására is hatást gyakorolhatnak. Mivel az egyén életmódját, mely az egészségi állapotát leginkább determinálja elsősorban közvetlen környezete (család, munkahely stb.), a közösség, melyben él képes befolyásolni, a lakosság egészségének fejlesztése összetársadalmi összefogást, együttműködést és felelősségvállalást igényel. Az egészségfejlesztésre fordítható pénzügyi lehetőségek – általában – korlátozott volta miatt elengedhetetlennek tűnt az egyes intervenciók lépések tervezésekor a konkrét költséghatékonysági elemzések elvégzése.

A megfogalmazáskor figyelembe vették a megelőző népegészségügyi tárgyú rendeletekben leírtakat, valamint más részterületek tapasztalatait is (Nemzeti Rákkontroll Program, Nemzeti Stroke Program, Nemzeti Környezet-egészségügyi Program stb.); így lényegében egységbe foglalódtak a különböző keretek között folyó tevékenységek. A Program a 2010-ig tartó periódusra öt nemzeti célt tűzött ki:

1. El kellett érni, hogy a lakosság meghatározó többsége számára az egyik legfőbb emberi érték az egészség legyen, s hogy az egészség megőrzéséért az egyén kész is legyen tenni. Lényegesnek tekintette, hogy a döntéshozók mind a jogalkotásban, mind a költségvetésben prioritást jelentőséget tulajdonítsanak a lakosság egészségének javításának.
2. A felnövekvő generáció számára a fogantatástól a felnőttkorig biztosítani kívánta az egészséges fejlődés feltételeit.
3. Az egészségben eltöltött életek számát mind a férfiaknál, mind pedig a nőknél meg kívánta növelni.
4. A születéskor várható átlagos élettartamot férfiaknál legalább 70, nőknél legalább 78 esztendőre meg akarta hosszabbítani.
5. Csökkeneni kívánta a társadalmi egyenlőtlenségeket, a születéskor várható élettartamban mutatkozó különbségeket.

Ezeknek a céloknak az eléréséhez tíz kiemelt nemzeti feladatot fogalmazott meg: erősíteni kell az egészséges életre nevelést, az oktatást és tudatformálást; célzott lakossági szűrővizsgálatok bevezetésével elő kell segíteni a nagy népességű jelentőségű betegségek korai felismerését; széles körben kell elterjeszteni az egészséges táplálkozást; fejleszteni kell az egészséges élethez szükséges mozgáskultúrát; küzdelmet kell folytatni a káros szenvedélyek (túlzott szeszesital fogyasztás, dohányzás, drogfogyasztás) ellen; meg kell teremteni és tartani az egészséges élethez való egyenlő esélyt; erősíteni kell a járványügyi biztonságot; javítani kell az élelmiszer-biztonság feltételeit és fel kell készülni az új kihívásokra; ki kell alakítani az egészséget támogató környezetet, vissza kell szorítani a külső okok miatti halálozást; folytatni kell az egészségügyi ellátórendszer népességügyi szempontokat is figyelembe vevő fejlesztését.

A Program hangsúlyozta, hogy az öt nemzeti célt csak akkor lehet elérni, ha kellő intenzitással történik a harc azok ellen a negatív hatások, kóros állapotok és betegségek ellen, amelyek leginkább veszélyeztetik a fiatal generációkat, rontják a legtöbb ember életminőségét, s egyben a leggyakoribb halálokok is. Mivel a fő feladat ezekre az egészséget befolyásoló különböző tényezőkre irányult, csökkentésüktől, kiküszöbölésüktől a megbetegedési és halálozási mutatók javulását lehet várni.

A célok elérése, a feladatok megvalósítása a Program szövegében részletesen tárgyalt 17 alprogram végrehajtására alapozódott. Ezek ismertetésére jelen munkában nincs lehetőség; csak arra történhet utalás, hogy azok érintették az életminőség romlásában, a halálozásban legnagyobb szerepet játszó betegségek (szív- és érrendszeri, mozgásszervi, mentális betegségek, daganatok stb.) elleni specifikus teendőket, valamint az egészséget befolyásoló tényezőkre irányuló, nem specifikus cselekvési feladatok (oktatás, nevelés, táplálkozás, mozgás, dohányzás, drog/alkoholfogyasztás).

A Program irányítója az Egészségügyi Minisztérium volt, végrehajtásában kiemelt szerepet kapott az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ). A tevékenységet a Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság hangolta össze, melyben jelen voltak az egyes minisztériumok, a Központi Statisztikai Hivatal, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár stb. képviselői. A társadalmi támogatást és ellenőrzést a Nemzeti Egészségügyi Tanács biztosította, melybe társadalmi és civil szervezeteket vontak be. A Program megvalósításának folyamatairól a Tárcaközi Bizottságnak negyedévente tájékoztatnia kellett a kormányt.

A 2002-es választást követő kormányváltás maga után vonta egy új népegészségügyi program kidolgozását is, mely azonban sok vonatkozásban a megelőzőt alapozva lett létrehozva. Ez volt az oka, hogy 2003-ban az országgyűlés lényegében ellenszavazat nélkül fogadta el az „Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja” (46/2003. (IV.16) OGY határozat) címmel megfogalmazott anyagot, mely jelenleg, mint az „Egészség Évtizedének Nemzeti Programja” van érvényben [7].

A Program célként azt tűzte ki, hogy minden magyar állampolgár a lehető egészségesebben éljen, s hogy ennek eredményeként – tíz év távlatában –, mindkét nemből három évvel legyen hosszabb a születéskor várható élettartam. Ehhez azonban számos feltételnek kell teljesülnie, így az egyes állampolgárok egészségének védelme és fejlesztése egész életük folyamán meg kell, hogy valósuljon; több, ma még magas morbiditású és mortalitású betegség gyakoriságának jelentősen csökkennie kell; stb. Az is megfogalmazódott, hogy az egészségi állapot javulása gyakran olyan folyamatok függvénye, amelyek ahhoz közvetlenül nem kapcsolhatók; ilyenek a gazdasági növekedés, az életviszonyok javulása, a munkanélküliség csökkenése stb., melyek pozitív változása szintén maga után vonhatja a megbetegedési és halálozási mutatók megjavulását. Újra hangsúlyt kapott, hogy a lakosság egészségi állapota csak kisebb mértékben függ az egészségügyi rendszertől vagy az ott tevékenykedőktől, azt nagyjából a lakosok életmódja, közvetlen környezetük, a család, az iskola, a munkahely, a lakóhely határozza meg.

Figyelembe véve a hazai lakosság egészségi állapotával kapcsolatos legnagyobb problémákat, így egyes megbetegedések (szív- és érrendszeri betegségek, daganatok, mozgásszervi, mentális betegségek stb.), morbiditását és mortalitását, az idő előtti halálozás kifejezetten magas voltát, az egészségtelen életmódot, a nem megfelelő egészségkultúrát, a környezetszennyezést, a társadalmon belüli egyenlőtlenségeket, az egészségügyi ellátás egyes hiányosságait stb., a Program négy fő terület vonatkozásában határozta meg a konkrét célokat, a megvalósításhoz szükséges akciókat és az ezektől várható eredményeket.

Az első alprogram, az egészséget támogató társadalmi környezet kialakítása, lényegében az egyes korosztályok egészségi állapota szempontjából lényeges tényezők biztosítását foglalja magába. A gyermekek és az ifjúság egészségfejlesztése különös fontossággal bír, hiszen a kedvező változások esélyei a gyermekek, az ifjúság körében a legjobbak, s ez pozitív hatást gyakorolhat a család egészére is. Az egészséges ifjúság érdekében a cél az, hogy már a fogantatástól kezdve biztosított legyen az egészséges élet lehetősége, hangsúlyozva, hogy a család mellett az iskolának is az egészségfejlesztés fontos színterévé kell válnia.

Tekintettel arra, hogy az idősek számbeli és társadalmi jelentősége folyamatosan nő, javítani kell az ő életminőségüket is, melynek fontos része az egészségügyi és szociális intézményrendszer egyes elemeinek fejlesztése, az alapellátás és a szociális intézmények „idősbarátá” tétele.

Mivel a szegénység, a hátrányos helyzet a rossz egészség egyik alapvető társadalmi meghatározója, a krónikus betegség, fogyatékoság viszont a társadalmi hátrányok alapját képezi, a Program csökkenteni kívánja az e területen megnyilvánuló egyenlőtlenségeket a lakosság kockázati tényezőiben, egészségi állapotában meglévő különbségek mérséklésével, valamint a hátrányos helyzetű csoportok életkilátásainak, életmódjának javításával.

Az egészséges életmód kereteit a család lakóhelye, a helyi közösség, a munkahely, az iskola és az egyéb társadalmi intézmények adják, ezért célként tűzi ki,

hogy a mindennapi élet szinterein, a településeken, az oktatási intézményekben, a munkahelyen, s az egészségügy intézményeiben meg tudjon valósulni az egészséget támogató politikai gyakorlat, kellően érvényesüljenek az egészségfejlesztés, betegségmegelőzés módszerei.

A második, az egészséges életmód, az emberi egészség kockázati tényezőinek csökkentése alprogram céljainak eléréséhez a lakosság életmódjának kedvező irányú változása, az egészségkárosító magatartásformák jelentős mértékű vissza-szorulása szükséges. Ennek faladatai a cigarettafogyasztás csökkentése, a rendszeres dohányosok számának mérséklése; az alkohol- és drogfogyasztás vissza-szorítása; a táplálkozással összefüggő betegségek gyakoriságának mérséklése, az egészséges táplálkozással az egészségi állapot javítása; a mozgás-gazdag életmód kialakítása úgy, hogy a testedzés szerves szükségletté, a sportolás közösségi és társadalmi szinten elfogadottá váljon; a kémiai és járványügyi biztonság folyamatos működtetése; az egészséget támogató környezet kialakítása, a legfontosabb környezet-egészségügyi problémák országos, regionális és helyi szinteken történő megoldása stb.

A harmadik, az elkerülhető halálozások, megbetegedések, fogyatékoság megelőzése az egészségügyi ellátó rendszer folyamatos feladata, melyhez a gyógyítási ellátásnak, a betegségmegelőzésnek és az egészségfejlesztésnek népegészségügyi szempontból is koordináltan kell működnie. Tény, hogy egyes hazai morbiditási és mortalitási mutatók az elmúlt évtizedben sem mutattak számottevő javulást, sőt, bizonyos betegségtípusok (például egyes daganatok) gyakorisága folyamatosan növekedett. Ezen krónikus nem fertőző megbetegedések pedig alapvető szerepet játszanak az elkerülhető, az idő előtti halálozásban.

A krónikus nem fertőző megbetegedések prevenciójához, diagnosizáshoz és kezeléséhez a szükséges ismeretek adottak, az egészségügyben dolgozók pedig kellő tapasztalatokkal rendelkeznek. Ezért feltételezhető, hogy – költséghatékonyan is – el lehet érni a koszorúér- és agyérbetegségek okozta korai halálozás csökkentését a daganatos halálozások növekedő trendjének megállítását; a lakosság lelki egészségi állapotának és életminőségének javítását, az egészségtudat fejlesztését, mozgásszervi betegségek mérséklését és a krónikus mozgásszervi betegek életminőségének javítását; a HIV okozta új fertőzések számának csökkentését és a diagnosztizált fertőzések arányának javulását.

A negyedik alprogram, az egészségügyi és népegészségügyi intézményrendszer fejlesztése, beleértve ebbe annak megelőzés orientáltságúvá válását, a szűrővizsgálatok kiterjesztését, a kutatás, monitorozás és a meglévő információs szisztémák átalakítását stb., az egészségi állapot javítása érdekében elengedhetetlen feladat. Külön is hangsúlyozott szerepe van a prevenció tevékenységét előtérbe állító alapellátási rendszer kialakításának is.

Az egészségügyi ellátó rendszer népegészségügyi prioritások mentén történő tudatos fejlesztése mellett fontos a szakemberek, a hatóságok, a civil szféra aktív részvételének és a kutatók számára szükséges infrastruktúra kialakítása, s ezzel egyidejűleg

leg a célirányos oktatási és továbbképzési rendszer megszervezése, amely minden lehetséges módon támogatja a hatékony népegészségügyi tevékenységet. Igény van olyan indikátor rendszer kidolgozására és működtetésére is, amely alkalmas a lakosság egészségi állapota mutatóiban bekövetkező változások folyamatos követésére.

Ha az egyes programok rövid, inkább elvszerű ismertetését követően felmerül a kérdés, vajon milyen eredményekkel jártak az elmúlt két évtized népegészségügyi tevékenységei, a választ az Országgyűlés 2008. november 20-án megrendezett, a jelenlegi Program első felének elteltekor rendezett ülés anyagának áttekintésekor kaphatjuk meg (Ádány, 2008; Székely, 2008).

Általános következtetésként megállapítható, hogy voltak egyértelműen pozitív történések, melyek elősegítették egyes kockázati tényezők mérséklődését. Ilyenek például a nemdohányzók védelme érdekében eddig meghozott jogszabályok, általában a dohányzás visszaszorítása, megelőzése érdekében tett lépések. Sajnálatos tény azonban, hogy a felnövekvő nemzedékben nem sikerült lecsökkenteni a dohányzást kipróbálók, illetve a dohányosokká válók arányát. Eredményes volt az iskolai büfék árukészletének cseréje is, ma már többnyire egészséges termékeket tudnak a tanulók megvásárolni. Ismétlődő programok eredményeképpen javult – ha nem is az elvárt mértékben – a daganatszűrésen résztvevők száma. Többszintű együttműködés következtében intenzívebbé vált a parlagfü mentesítési akció, mely csökkenteni tudja az allergiások, asztmások számát.

Ezen, tényleges eredmények mellett azonban még ma is jelentős problémák állnak fenn. Egyes mutatók, így például a születéskor várható átlagos élettartam mind a férfiak, mind a nők esetében megnövekedtek ugyan, ennek üteme azonban mérsékelt, s jelentősen elmarad nem csak az EU₁₅ átlagától, hanem egyes régióbeli államok adataitól is. Csökkent ugyan a keringési rendszer betegségei okozta halálozás, értéke még mindig azonban kifejezetten nagyobb, mint a hasonló fejlettségű államoké; ugyanez látható a légzőszervi és emésztőszervi megbetegedések esetében. Az utóbbiban a hazai – bár némileg csökkenő – alkoholfogyasztás játszik elsődleges kiváltó szerepet. Alig mutatkozik javulás a daganatos megbetegedések okozta mortalitásban; még mindig jelentős számban halnak meg olyan rosszindulatú tumor (emlő-, méhnyakrák) következtében, amelyek egyértelműen a megelőzhetőek közé tartoznak. Extrém módon nő az ajak, a szájüregi és garat daganatok száma. Összességében megállapítható, hogy a korai halálozás kockázata – bár az utóbbi időszakban mérséklődött – még mindig magasabb, mint amilyennek lennie kellene. Felmérések igazolták a hazai lakosság mentális egészségi állapotának rossz voltát, annak kedvezőtlen alakulását is (Ádány, 2003; Falus, Vályi és Dura, 2008).

Nem vagy alig csökkentek a térségek közti egyenlőtlenségek, kifejezett különbségek állnak fenn a fejlettebb régiók/megyék, illetve – lakosságszámuk szerint elemezve – az egyes település típusok között. Utalni kell arra is, hogy még egy megyén belül is jelentős eltérések figyelhetők meg a kistérségek, kisebb települések/falvak között. Bár kevés célzott vizsgálat történt ebben a vonatkozásban,

de utalni kell a már említett, valamint más morbiditási/mortalitási értékeknek a roma lakosság körében az országostól mindig a negatív irányba eltérő voltára. A statisztikai adatok egyértelműen igazolják szocioökómia helyzetük és az egészségi állapotuk közti szoros összefüggés meglétét (Kósa és mtsai, 2008; Széles et al, 2005).

Mind az említett, mind pedig más információk figyelembe vételével állítható, hogy sok és komplex feladatot kell még elvégezni a jelenleg érvényben levő, s a jövő programjai keretében.

Az aktuális hazai és uniós programok vonatkozásában röviden érinteni kell azoknak az elkövetkező években való kapcsolatát is, pontosabban azt, hogy a jelenlegi elképzelések szerint Magyarország milyen tevékenységekkel vesz részt a közösségi munkában.

Az egészségügyi biztonság javítása témakörben, a járványügy területén ilyen a nemzeti influenza pandémias terv, amely magába foglalja a teendőket egy új vírus variáns által okozta influenza világmjárvány megjelenése esetére. Az egészségügyi fejlesztése témában a lakosság egészségi állapotának javítása érdekében a legfontosabb problémákat jelentő, az egyének és a társadalom számára legnagyobb terhet jelentő megbetegedések leküzdésére szervezett nemzeti programok megvalósítása történik meg. Ezen kiemelt területek: „Közös kincsünk a gyermek” – Nemzeti Csecsemő- és Gyermkegészségügyi Program; Nemzeti Rákellenes Program; Szív- és Érendszeri Betegségek Megelőzésének és Gyógyításának Nemzeti Programja; Sürgősségi Ellátás Nemzeti Programja; az ellátórendszer egységes informatikai rendszerének továbbfejlesztése.

A biztonság és partnerség programpont vonatkozásában folytatódni fog saját Programunk, változatlan hangsúlyt adva a szűrések további kiterjesztésének és az azokkal kapcsolatos kommunikáció fejlesztésének. Javulni fog a népegészségügy területén a humán erőforrás helyzet; ezt jelzi, hogy valamennyi – összesen 83 – kistérségi ÁNTSZ intézetben teljes munkaidejű egészségfejlesztési munkatárs alkalmazására kerül sor, s megoldásra kerül a dolgozók, a munkában résztvevők – in-service – továbbképzése is. Szükséges azonban az ellátó rendszer más területe in is a továbbfejlődés; ennek példaként említhető meg az alapellátásban dolgozók, azaz a háziorvosok és a foglalkozásorvosok az eddigienél intenzívebb, a megelőzést szolgáló tevékenységének biztosítása (Balog, 2008).

Az egészségügyi információ és tudás fejlesztési témakörök legfontosabb üténevezője, hogy a korábban eredményesen működő Északkelet-Magyarország Egészség-observatórium mintáját alapul véve, az ország egész területén kialakításra kerül az egészségobservatóriumok hálózata (Széles et al., 2005). Az ennek eredményeképpen rendelkezésre álló adatok az egészségi állapot mutatóknak s az arra ható tényezőknek olyan elemzését teszik lehetővé, melyek egyértelműen elősegítik majd nem csak új szakmai összefüggések feltárását, hanem az egészség-orientált döntések kellő szintű előkészítését is.

A különböző című, részben eltérő, de alapjaiban azonos célokat kitűző hazai – s uniós – népegészségügyi programok összefoglalásaként megállapítható, hogy a lakosság egészségének fejlesztése összetársadalmi összefogást, interszektoriális együttműködést és felelősségvállalást igényel, melyen túlmenően elengedhetetlen a társadalmi élet szereplői, az állam/kormány, a megyei/helyi önkormányzatok, valamint a lakossági közösségek közti megfelelő partnerkapcsolat. A kitűzött célok elérése, mely egyértelműen alapját képezi a lakosság egészségi állapota javulásának, növekvő jólétének, a mindenki számára megfelelő esély teremtésének, az ország gazdasági növekedésének, csak hosszabb távon, folyamatosan egyeztetett, egységes elvekre alapozott tevékenységgel érhető el. Ez pedig hazánk lakosaként, s egyben az Unió polgáraként mindannyiunknak közös érdeke.

Irodalom

1. Az Európai Parlament és a Tanács „A közegészségügyre vonatkozó közösségi cselekvési program (2003-2008)” [2002. 09. 23]
www.ec.europa.eu/health/ph_programme/programme_en.htm
2. Az Európai Parlament és a Tanács 1350/2007/EK Határozata (2007. október 23.) az egészségügyre vonatkozó második közösségi cselekvési program (2008–2013) létrehozásáról. Az Európai Unió Hivatalos Lapja, L 301/3-13 (2007.11.20.) www.eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:SOM:hu
3. Az Európai Közösségek Bizottsága: Fehér Könyv – Együtt az egészségért: Stratégiai megközelítés az EU számára. 2008-2013 COM (2007) www.eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0630:FIN:HU
4. 1063/1987. (XII.10.) MT határozat. Az egészségmegőrzés hosszú távú társadalmi programjáról.
www.nepinfo.hu/doc.php?doc=MjY5OQ%3D%3D&f=../090601010001.doc
5. 1030/1994. (VI. 29) Korm. határozat a hosszú távú egészségfejlesztési politika alapelveiről
www.nepinfo.hu/doc.php?doc=MjcwMg%3D%3D&f=../090601010004.doc
6. 1066/2001. (VII. 10.) Korm. határozat a 2001–2010. évekre szóló Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program alapelveiről
www.jah.complex.hu/hjegy.php?docid=A05H1063.KOR-16k
7. 46/2003. (IV.16) OGY határozat az „Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja” www.oe.fi.hu/nepeuprg.pdf

- Ádány Róza (2003, szerk.): *A magyar lakosság egészsége az ezredfordulón*. Medicina, Budapest.
- Ádány Róza (2008): A magyar lakosság egészségi állapota, különös tekintettel az ezredforduló utáni időszakra. *Népegészségügy*, 86, 5-20.
- Balog Sándor (2008): A házi orvosok egészségfejlesztésben vállalt szerepéről. *Népegészségügy*, 86, 35-37.
- Falus Ferenc, Vályi Péter és Dura Gyula (2008): A népegészségügy eredményei. *Népegészségügy*, 86, 21-25.
- Kósa Zsigmond és mtsai (2008): A telepsterű körülmények között élők összehasonlító egészségfelmérése. *Népegészségügy*, 86, 5-15.
- Székely Tamás (2008): Merre tart a népegészségügy? *Népegészségügy*, 86, 44-46.
- Széles György et al. (2005): A preliminary Evaluation of a health monitoring programme in Hungary. *Eur. J. Publ. Health*, 15, 26-32.
- Vincze H., és mtsai (2003): Kis létszámú, zárt közösségekben élő romák egészségi és szociális helyzetének felmérése. *Egészségnevelés*, 44, 161-166.

KÖRNYEZETKULTÚRA ÉS AZ ÉLETMÓD ÖSSZEFÜGGÉSEI

Pitrik József

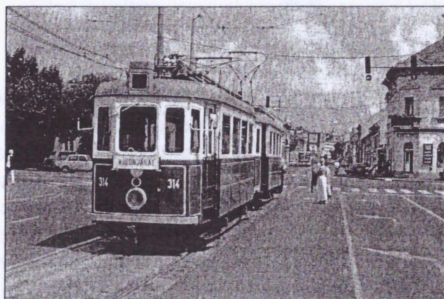
1. Háttér

Az ember és a környezet viszonyának bemutatása és az összefüggések feltárása minden korosztály számára elengedhetetlen. A környezetben való eligazodási készség ma már olyan elvárás, amely megfelelő oktatással, neveléssel biztosítható. Ennek érdekében kidolgoztuk a *Környezetkultúra és Közlekedéskultúra* kurzust a főiskolai szintű szaktanári és pedagógus képzésekhez, másrészt olyan közoktatási technika tanterveket és *Technika tankönyvcsaládot* fejlesztettünk ki, amely ezt az eligazodást szolgálja (1. táblázat, 1. ábra).

1. táblázat. Környezetkultúra kurzus tantárgyai

| Tantárgyak, tantárgyelemek | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <i>Ember és környezet</i> | | | | | | | | | |
| Természeti környezet, településkörnyezet | | | | | | 1 | | | |
| Környezetegészségstan | | | | | | | 1 | | |
| <i>Környezeti folyamatok</i> | | | | | | | | | |
| Folyamatok és környezeti hatásaik | | | | | | 2 | 1 | | |
| Környezeti technika | | | | | | | 1 | | |
| Környezeti folyamatok modellezése | | | | | | | | 2 | |
| <i>Környezeti nevelés</i> | | | | | | | | | |
| Kultúrtörténet | | | | | | | | | 1 |
| Környezeti mérések és kísérletek | | | | | | | | 1 | 1 |
| Környezeti esettanulmányok | | | | | | | | | 1 |
| Környezeti nevelés módszertana | | | | | | | | 2 | |
| | | | | | | | | | 1 |

1. ábra. Közlekedési képek a megújított Technika és életvitel (5. osztály) tankönyvből



A természeti–társadalmi–technikai környezet rövid történeti elemzése után jutunk el a mához. Elsősorban a művi környezet létrehozásának metódusát és hatásrendszerét tanítjuk, közel 20 éves tapasztalat alapján. Sajátos alapelveket alkalmazunk, ezek: történeti szemlélet, problémacentrikusság, rendszerszemlélet, környezetgazdálkodási szemlélet, tervszemlélet, modellszemlélet, alkotó és cselekvő tevékenységre ösztönzés.

A téma rendkívüli kiterjedése miatt jelen tanulmányban csak a közlekedés-környezeti életmóddal összefüggő kutatásainkról számolunk be vázlatosan.

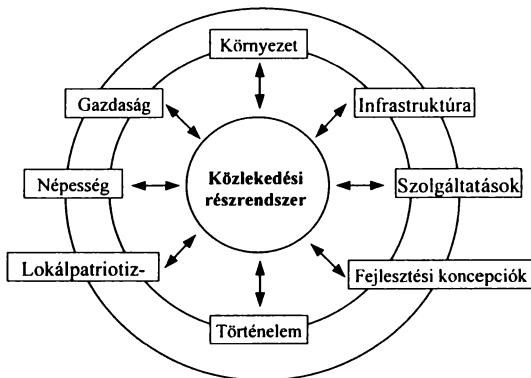
2. Közlekedés–környezet

2.1. Közlekedési hatásrendszer

A közlekedési rendszer és az általános fejlődés közötti kapcsolatot befolyásoló tényezők hatásrendszere jól feltárt a hazai szakirodalomban. Ezekből az egésze vonatkoztatható következtetések és tennivalók jól kiolvashatók. A közlekedési rendszer lokális térben működő része és a kapcsolódó települések fejlődése közötti összefüggések feltárása egyes településeken megtörtént, más területeken a településfejlesztési koncepciókban jelennek meg bizonyos elemek, de általában nem feltárt. A lokális hatásrendszer néhány tényezőcsoportját a 2. ábra szemlélteti.⁴

⁴ ENYEDI GYÖRGY a városverseny elemzése kapcsán a sikeres város jellemzői között több vonatkozásban elemzi a közlekedés szerepét. A gazdaság és a fogyasztás lövülése kedvezőtlen külső következménnyel jár: a forgalmi zsúfoltság és a környezetszennyezés nő. Többek között: „A sikeres városokban a közlekedésszervezés és a környezetvédelem fontos szerepet kap” (Enyedi, 1996, 62–64. o.).

2. ábra. A lokális közlekedési részrendszer és a település/terület gazdasági-társadalmi fejlődésének kapcsolatát jellemző néhány tényező



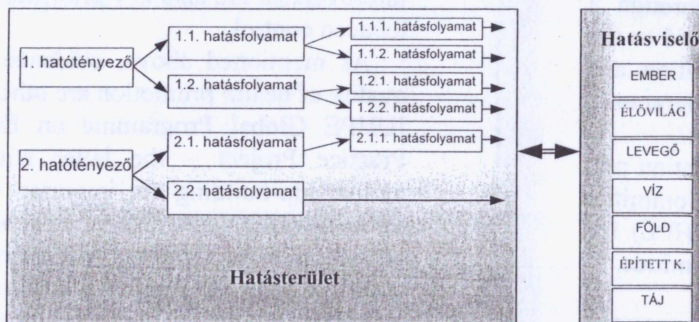
(Forrás: Erdősi, 2000, 108. o.)

A környezet megváltozása egy vagy több *hatásfolyamat* következménye, melynek kiinduló eleme valamely *hatótényező*. Ezek a folyamatok *hatásterületen* érvényesülnek. Ezen a területen feltérképezhetők az állapotváltozók, melyek rendszerint primer folyamat–tér–idő függvények. A közlekedés környezeti hatásfolyamatnak vázlatát (települési térben) a 3. ábra mutatja.

Az ábra jól szemlélteti, hogy egy-egy tevékenység (például egy gépjárműfolyam „áramlása” a városközpont felé) közvetlen és közvetett hatásfolyamatokat ébreszthet, melyek különböző környezeti állapotjellemzők megváltozásához vezethetnek. Természetesen a vizsgált tevékenységen kívül más tevékenységek is kiválthatják a fellépő hatásokat, ezért a fellépő kereszteffektusok elkülönítésére ügyelni kell.⁵

⁵ A lakosság légúti megbetegedéseit nemcsak a gépjárműforgalom légszennyezése okozhatja, hanem a helytelen hulladéklerakás, valamely üzemi technológia vagy pollenek jelenléte is.

3. ábra. Elvi vázlat a közlekedési tevékenység hatásfolyamatairól



(Forrás: Rédey és Módi, 2002)

A településekhez kapcsolható közlekedés hatásrendszere a fenti elvi rendszer alapján megfogalmazható. Példaként a gépjármű-közlekedés hatásrendszerének vázlatát mutatja be a 2. táblázat.

2. táblázat. Települési gépjármű-közlekedés hatásrendszere (vázlat)

| Konfliktust ki-váltó ok | Elsődleges hatás | Másodlagos hatás | Harmadlagos hatás | Hatásviselő |
|-------------------------|------------------------|------------------|----------------------|-------------------|
| Gépjármű-forgalom | Utak állagának romlása | Porképződés | Lerakódás növényekre | ÉLŐVILÁG |
| | | | Lerakódás épületekre | ÉPÍTETT KÖRNYEZET |
| | | | Kocsimosás | VÍZ, TALAJ |
| | | Műszaki károk | Költségnövekedés | EMBER |
| | | | Alkatrész selejtezés | FÖLD, TÁJ |
| | | Forgalomlassulás | Idegi hatások | EMBER |
| | | | Légszennyezés nő | LEVEGŐ, EMBER |
| | | Balesetveszély | Költségnövekedés | EMBER |
| | | | Egészségkárosodás | EMBER |

(Forrás: Bakács és Barna, 1999; Rédey és Módi, 2002)

A 2. táblázat természetesen csak vázlatnak tekinthető a gépjármű közlekedés hatásainak elemzése során. Az ilyen hatásláncok segítenek a problémák észlelésében és a tényleges okok feltárásában.

2.2. A Közlekedés energetikai alapú megújítása

A világ egyértelműen arra törekszik, hogy a nem megújuló energiaforrásokat kiváltsa, és egyre növelje a megújuló energiahányadot. Ezt a törekvést a növekvő energiaéhség és a készletek kimerülésének lehetősége generálja. Az ember mobilizációs igénye térben és időben növekszik, ezért az energetikai egyensúly megtartása érdekében a megújuló források bevezetése belátható cél a közlekedés területén is. A megújuló energiaforrások alkalmazása (általában) környezetvédelmi előnyökkel is jár, de ezek tényleges bizonyítása minden esetben szükséges.

A közúti közlekedés megújítására – a fentiek alapján – több út kínálkozik:

- A településeken előnyben kell részesíteni a villamos alapú tömegközlekedést, és arra kell törekedni, hogy ezt „zöld” energiaátalakítás során hozzuk létre.
- A dízelüzemű autóbuszok alternatívájának a gázüzemű buszokat kell tekinteni, illetve törekedni kell a hibrid (dízel-elektromos) meghajtások és a visszatáplálásos fékezés alkalmazására.
- A városlakóknak önkorlátozással kell mérsékelni az egyéni gépjármű használatot.
- Korszerű, kisméretű üzemanyagcellák alkalmazhatók a közúti gépjárművekben segédberendezésként, illetve a benzin- vagy a dízelmotor felváltására. A folyamathoz szükséges hidrogén előállítható: szél- és napenergiával előállított villamosenergia segítségével (vibontás); biomassza elgázosításával; fotolízises vízbontással; algatenyésztetek segítségével. A fejlesztési folyamatok még nem teszik lehetővé a versenyképességet, de 2050-re hidrogénkorszakot jósolnak (Dunn, 2001).
- Biodízel üzemanyag alkalmazása, amelyet energetikai céllal termesztett növényi olajkból állítanak elő. Felhasználását ma csak zárt termékpiálys technológiában képzelik el.
- Bioalkohol alkalmazása, amely nyersanyagául a mezőgazdasági termékfeleslegek: cukorrépa, gabona, kukorica szolgálhat.
- EU elképzelések szerint 2005-re az üzemanyag 2%-a, 2010-re 5,75%-a állítható elő megújuló erőforrásból.
- Az energiafelhasználás számítógépes folyamatirányítással való optimalizálása a jármű, a csomópont és az úthálózat szintjén.

Alapvető fontosságú, hogy hazánkban a települések zárkózzanak fel az EU szintekhez, a tömegközlekedés megújítása, a városi „autózás” nyugtatása, a city rendszerek bevezetése és új, korszerű logisztikai centrumok létrehozása révén.

Nem halasztható a modern technika alkalmazása a hazai településeken, ha az élhető és fejlődő városok filozófiáját kívánják megvalósítani.

Az energetikai vizsgálatok kiindulópontja az üzemanyag fogyasztás felderítése, amelyet a különböző hengertérfogatú és üzem módú jármű városi/országúti fogyasztási görbék és a sebességfüggő fogyasztási görbék összevetésével érthetünk meg. Egyértelmű, hogy a városokban kis hengertérfogatú (1000–1400 cm³) Ottó és Diesel üzemű járművek használata indokolt. Akkor kapunk kedvező üzemanyag fogyasztás lefutást, ha a forgalom sebessége állandósul és 50–80 km/óra értékeket vesz fel.

Az energetikai üzemmóddal szoros összefüggést mutatnak a környezeti problémák. A légszennyezőanyagok keletkezése az üzemanyag fogyasztással és a járműsebességgel közvetlen kapcsolatban van, de más tényezőcsoportok is befolyásolják a keletkezési folyamatokat.

2.3. A közlekedés városökológiai hatásainak rendszere

A városlakó jogos elvárása, hogy városa olyan *egészséges lakó- és munkahely* legyen, amely a *környezettel harmóniában képes fennmaradni és fejlődni* (Benkő, 1997). Ez a harmónia akkor valósítható meg, ha a források biztosítják a megfelelő társadalmi–gazdasági–szociális viszonyokat; ha a város autonómiáját megőrizve jól kooperál környezetével, és belső környezetét jól védi, fejleszti; ha a város természeti értékeivel jól sáfárogdik, azt óvja, pótolja és fejleszti (Novák, 2004). Az egységesség gondolatát veti fel a városszociológia szemlélet is, amely a városban való élhetőség komplex kritériumait helyezi előtérbe, a várost magát tekinti az elemzés tárgyának (György és Durkó, 1993).

A város épített környezetében létrejövő folyamatok az életminőséget közvetlenül vagy közvetett módon befolyásolják. A végső teherviselő, az ember nemcsak viseli a kedvezőtlen hatásokat, hanem élvezi is a kedvezőeket, miközben egyén és kollektív felelőssége révén „dönt” a beavatkozásokról, a fejlesztésekről. Az így kialakult „egyensúly” érzékeny és időfüggő. A komplex folyamatrendszer vizsgálataól eltekintve a közlekedési hatásrendszer azon részrendszereit vizsgálom amelyek az életminőséggel összefüggnek, és az előzőekben bemutatott kapcsolat elvek és modellek érvényesek rá.

2.3.1. Az ember egészségével összefüggő hatások

A közlekedés egészségre gyakorolt kedvezőtlen hatásai közül kiemelhető:

- a kipufogógázok rákképző és toxikus összetevőinek hatása;
- a felvert por közvetlen és közvetett hatása;
- a (nyári) szmog létrejötte;
- a zajterhelés okozta közvetlen vagy közvetett halláskárosodás;
- üvegházhatás befolyásolása;
- baleseti kockázat.

2.3.1.1. A kipufogógázok élettani hatásai

A kipufogógázok összetétele jelentősen függ a konstrukciótól, az üzemanyagtól, a terheléstől, az üzemmódtól, a műszaki állapottól és a kiegészítő berendezésektől. Városi forgalomban a tényleges összetétel megállapítása lehetetlen, ezért a vizsgálatok során elméleti számításokat, egy-egy típus részletes vizsgálati eredményeit használják fel.

Rákkeltő összetevők és hatásaik

A gépjárművek kipufogógázában mintegy 100-féle szénhidrogén (CH) vegyület izoláltak. A kipufogógázzal a levegőbe kerülő anyagok között több igazoltan humán karcinogén. Ezek között a benzol, a policiklikus (aromás) szénhidrogének (PCH és PAH) és a részecskék (PT) a legjelentősebbek. A különböző kibocsátási határértékű és különféle meghajtású járművek esetén vizsgálták a rákkeltő potenciált. A potenciál-sorrend függ a konstrukciótól és az alkalmazott járulékos berendezésektől (hármashatású katalizátor, részecskeszűrő). Férőhely-kilométerenkénti összehasonlításban – a legkorszerűbb személyszállító járműveket figyelembe véve – a *rákkeltő potenciál-sorrend* (csökkenő sor): dízel személygépkocsi, dízel autóbusz, benzin üzemű személygépkocsi, gázüzemű autóbusz (Denke és Joó, 2002).

A gépjárműforgalom eredetű karcinogén hatású benzol, szénhidrogének és részecskék mennyisége az Euro-4–5 határértékek alkalmazása és teljesítése révén a megengedhető célértékre csökkenthető. Ez a személyforgalmi járművek esetén hármashatású katalizátorok és részecskeszűrők alkalmazásával jár. A dízelüzemű haszongépjárművek részecskeszűrővel való ellátása a városi forgalomban elengedhetetlen elvárás.

A járműforgalom tudatos szervezésével (telítettség elkerülése, áthaladás gyorsítása, egyéni motorizált közlekedés csökkentése), a teherforgalmi járművek műszaki állapotának gyakori ellenőrzésével, a nagy korom emissziójú járművek forgalomból való kizárásával a városon belüli hatás kockázata csökkenthető.

Humántoxikus összetevők és hatásuk

A gépjárművek kipufogógázai között olyan összetevők is találhatók, amelyek toxikus hatások révén légzőszervi, szív- és koszorúér megbetegedéseket okozhatnak. Zárt térben rövid reakció idő után jellegzetes tünetekkel (fejfájás, szédülés, kötő- és nyálkahártya izgalom) jelentkeznek.

A kipufogógáz CO tartalma egyrészt a részleges oxidáció, másrészt a CO₂ disszociációja révén kerül a kipufogógázba. Térfogati aránya benzinüzemű motoroknál átlagban 3–4%, dízelmotoroknál ~1%. A CO kibocsátás üzemállapot függő, azaz a jármű sebességének függvénye. 30–40 km/óra átlagsebesség alatt 3–4–5-szöröse a 80 km körüli kedvező kibocsátási értékeknek. Ezek a viszonyok korszerű motorok esetén is fennállnak.

A NO_x az égéstérben lezajló folyamatok eredménye. A levegő nitrogéntartalmának egy része kedvező reakciófeltételek esetén disszociál, majd részlegesen oxidálódik. A koncentráció mennyisége alig több 0,1 térfogatszázaléknál.

A CO_2 hosszú tartózkodási idejű gáz, amely a földi légkör alsóbb rétegeiben jól elkeveredik. Napjainkban a koncentrációja 358 ppm-re, évi növekedési üteme ~1,5 ppm-re tehető. A természetes és mesterséges kibocsátások és megkötések eredő hozama mintegy 11,6 Gt/év.⁶ A fosszilis tüzelőanyagok felhasználásából eredő CO_2 kibocsátás 25%-áért a közlekedési ágazat a felelős (Pálvölgyi, 2000).

A gépjárművek kipufogógázainak toxikus hatásait felismerve szigorították az emisszió kibocsátási határértékeket és az immisszió normákat. A mai határértékek korszerű motorokkal és szervezett közlekedéssel, ún. normál városi üzemből biztosíthatók. Torlódásos, túlszűfolt közlekedés esetén az egészségügyi kockázatok is nőnek. Különösen veszélyesek azon régi (15–20 éves), nagy szennyezőanyag kibocsátású járművek, amelyek túlterhelt utánfutókat vontatnak városi utakon. Ezek kisvárosi forgalomban való gyakorisága növekvőnek érzékelhető.

Porok és hatásuk

A járművek közlekedése során a gumiköpeny és az útfelületek, valamint a fékbrutók kopásából porok kerülhetnek a levegőkörnyezetbe. Ezek mellett, az ún. felvert por mennyisége is jelentős. Nem hanyagolható el az sem, hogy a jármű által keltett légáramlat az ülepedési mérettartomány közelében lévő részecskéket is lebegő állapotban tartja. A részecskék hatása különösen nyári időszakokban jelentős. Különösen fontosnak tartják a 10 μm -nél kisebb méretű finomporok (PM_{10}) hatását. Ezeknek szív-, koszorúér- és légzőszervi megbetegedéseket, tüdőfunkció csökkenést tulajdonítanak (Denke és Joó, 2002; Engler, 2002).

Szeged porszennyezettsége hazai viszonylatban is kedvezőtlennek számít. A ÁNTSZ jelentései szerint az ülepedő por terhelése Szegeden (éves átlagban) $\text{g}/\text{m}^2/\text{hó}$, amely a határérték (10 $\text{g}/\text{m}^2/\text{hó}$) alatt marad, minősítése: megfelelő; szálló por átlagos értéke: 300 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, amely a határérték (50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) hatszorosa, minősítése: erősen szennyezett. Hasonlóan kedvezőtlen adatokat mértek a 43-út mentén, ahol 379 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ érték közel 8-szoros határérték túllépést jelent. A szállópor túllépések főként a fűtési időnyre jellemzők.⁸

Az ülepedő porok nehézfém-tartalmának vizsgálata fontossá vált az utóbbi években, mert forrása lehet a talaj- és a felszíni vizek továbbszennyezésének, a belégzés útján a légutakba kerülve közvetlenül is kifejtheti hatását. A tapasztalatok szerint az 5 μm méretnél nagyobb anyagok a felső légutakban rakódnak le

⁶ Energiaegységre vetített széntartalom: földgáz – 14 kgC/GJ; kőolaj – 20 kgC/GJ; szén – 25 kgC/GJ (Pálvölgyi, 2000).

⁷ PM_{10} -en azon részecskék értendők, amelyek a levegőbelépés során 10 μm aerodinamikai átmérőre 50% lerakási hatások adódik.

⁸ KIIIVM Kérdőív adataira adott válaszok háttéradatai – Szeged Polgármesteri Hivatal Stratégiai Iroda

majd a gyomorba jutnak. A kisebb frakciók tüdőbetegségek okozói lehetnek (Far-sang és Rácz, 2000).

A gépjárművek okozta porszennyezés elsősorban a nyári időszakokra jellemző. Folyamata mérsékelhető, ha az útburkolat egységes és jó minőségű, az utak víztelenítésére szolgáló csatornahálózat jó minőségű és megfelelően karbantartott. Az utóbbi években takarékoság miatt a pormentesítő locsolásokat sok helyen mellőzik. Elhanyagoltak az útpadkák, porfelhalmozódások tapasztalhatók. Különös gondosságot igényelnek a vasúti sínpályák, melyek környezetében a porfelverés különösen jelentős lehet.

A szmog képződése, hatásai

A jelentős gépjárműforgalom a város más légszennyező forrásaiból eredő szmogképzőkkel társulva kritikus légállapotot eredményezhet. A kritikus légállapot létrejöhet egy-egy utcakanyonban, valamely csomópontban és a város egy összefüggő területén is. A közlekedési eredetű szmogok főként fotokémiai folyamatok eredményei. Az erős napstítés hatására a szénhidrogénekből és a nitrogénoxidokból ózon és más fotooxidánsok képződnek, melyek a földközeli rétegekben feldúlnak.

A közlekedési eszközök ózonnépző képességét abból a célból vizsgálták, hogy egy-egy városban belül a megelőzés érdekében konkrét és objektív beavatkozásokat lehessen tervezni. Az ózonnépző képesség sorrendjében a szénhidrogén kibocsátás alapján a benzin üzemű járművek megelőzik a dízeljárműveket, de a nitrogénoxid kibocsátás alapján (figyelembe véve a hármashatású katalizátorok redukáló hatását), a dízeljárművek kedvezőtlenebbek. Férőhelykilométerre vonatkozó elemzések egyértelműen az autóbuszok előnyeit mutatják a személygépjármű közlekedéssel szemben. A gázüzemű autóbuszok és a kötőtpályás villamosüzemű járművek ózonnépző potenciálja elhanyagolható (Pitrik, 1992; Denke és Joó, 2002).

A szmogképződés folyamata úgy követhető leginkább, ha a kritikus helyeken méri mindazon anyagok időbeli változását, amelyeknek közük lehet a szmog kialakulásához. Ma ennek az elvárásnak a hazai kis- és közepes méretű városok képtelenek megfelelni. A nagyvárosokban működő szmog-előrejelző és -riadó rendszerek jól segíthetik a megelőző munkát, de az átlag magyar városban lokális változásokat figyelő fix vagy mobil mérőrendszerek teljes mértékben hiányoznak. Kutatásokra, elemző vizsgálatokra is csak nagy erőfeszítésekkel lehet mobil mérőrendszereket vagy egyedi műszereket mozgósítani. Ezek a vizsgálatok egyértelműen azt jelzik a kutatóknak, hogy nem drága és nagy pontosságú rendszerek alkalmazása a legfontosabb teendő, hanem a tájékoztatást és segítését, a környezeti kultúra terjesztését szolgáló eszközök beszerzése és nyilvános használata. Ezek és egyszerű modellek alkalmazásával a városok mérleghelhetik, milyen megelőző lépéseket tervezzenek lakóik érdekében. A levegő védelméről szóló kormányren-

delet⁹ kimondja, hogy környezetveszélyeztetést okozó légszennyezettség kialakulása esetén rendkívüli intézkedéseket kell tenni. A szmogriadó tájékoztatási és riasztási küszöbértékeinek három egymást követő óra során észlelt túllépése esetén kell a szmogriadó tervben rögzített korlátozó intézkedéseket megtenni.

Érdekes megállapításokra juthatunk, ha Szeged egyik fontos csomópontjában (Belvárosi (régihíd), szegedi hídfő) összehasonlítjuk a forgalmi és légszennyezett-ségi állapotot. 1990 őszen a reggeli csúcs lefutó szakaszában 8.30–9.00 félórás intervallumban 752 gépjármű haladt át a csomóponton. A CO normaszintet (8 ppm) 13 lámpa-ciklusidő (90 sec) során lépte túl a 20-ból, 6 esetben 20 ppm feletti értéket regisztráltunk. Az NO_x szintekben jelentős normatúllépést (0,974 ppm) nem rögzítettünk, de az érték a határérték mentén + és – irányban ingadozott.¹⁰

2000. nyarán ugyanebben a csomópontban is végeztünk vizsgálatokat. A 8.30–9.00 közötti időszakban 820 jármű haladt át a csomóponton. A CO adatsor elemzése során egyszer tapasztaltunk a 15 lámpa-ciklusból (120 sec) jelentős túllépést (14 ppm), és egyszer normaközelet értékét. A forgalomszámlálási jegyzőkönyvek alapján kiderült, hogy ezt a túllépést egyetlen rossz állapotú „Barkas” kisteherautó okozta. Az NO_x szintekben jelentős normatúllépést nem rögzítettünk, de az érték a határérték felett helyezkedett el a mérési ciklusok 80%-ában.

Az 1999. évi és a 2000. évi járműspecifikus adatsorokat, a forgalmi és szenny-zési rangsorokat tekintve az órai forgalom gyakorlatilag nem változott a 10 év alatt, de a járműösszetétel kedvező irányba módosult. Néhány párhuzam: Zsiguli 442 ⇒ 43, Trabant 162 ⇒ 43, Dácia 179 ⇒ 7, új gyártású keleti autó 28 ⇒ 121, új gyártású nyugati autó 0 ⇒ 318. A tömegközlekedési járművek száma csökkent: 78 ⇒ 56. Részletesen: a dízel autóbuszok 46 ⇒ 24, gázüzemű buszok 0 ⇒ 11, a trolibusz 32 ⇒ 21 (Pitrik, 2000).

Bizonyítottuk, hogy 1999 és 2000 között Szeged ezen fontos csomópontjában a légszennyezettség közel 60%-kal javult. Azt is beláttuk, hogy ez a járműköteg jellemzi a város közlekedését, ezért ez a javulás a város nagyobb területére is feltételezhető. A kibocsátási potenciálsorrendek új trendje azonban azt jelzi, hogy a tömegközlekedés háttérbe szorulása miatt a légszennyezettségi állapot kedvezőtől rövid időn belül kedvezőtlen és káros szintre kerülhet. Látszólag kedvező a kerékpár térhódítása (89 ⇒ 231) és a gyalogos forgalom növekedése, de ha a gyalogló és kerékpározó városlakók kritikus légállapotban közlekednek, az egészségre gyakorolt hatások növekedhetnek.

A légszennyezettség lokális alakulása nem független a légkör meteorológiai állapotától. Az átlagos városlakó számára is nyilvánvaló, hogy a szélirány és a szél-

⁹ 21/2001. (II. 14.) Kormány rendelet 15. § 2. bekezdése megfogalmazza az intézkedést igénylő légszennyezettségi állapot jellemzőit, a 15. § 3. bekezdése pedig meghatározza azon területeket/településeket, ahol szmogriadó tervet kell kidolgozni és végrehajtani.

¹⁰ 1990-ben ebben a csomópontban azért mérünk, mert lakossági panaszokból értesültünk, hogy a lakásokat képtelenek szellőztetni, a reggeli csúcsokban el lehetetlenül a közlekedés. A kifejlesztett járműspecifikus forgalomszámlálás mutatott rá arra, hogy rendkívül elavult a szegedi járműállomány.

sebesség jelentős hatást gyakorol a légszennyezettségre, de a hőmérsékleteloszlás és a városklíma hatásrendszere már kevésbé ismert.

A szmog-képződés kis- és közepes méretű városok esetén is valós veszély. Az előrejelzési rendszer létrehozására ma még csak a nagyvárosokban van lehetőség, de a megelőzés lehetősége minden városban adott. A településszerkezet, a közlekedés, a levegőkörnyezeti terhelés hatásrendszerének vizsgálata felderítheti azokat a gyengeségeket, amelyek módosításával a lakosságot érő egészségkárosító hatások megelőzhetők. Folyamatos háttéradat-gyűjtésre és feldolgozásra, esetenkénti mobil mérések adatsorainak elemzésére, a kölcsönhatások feltárására van szükség. Amennyiben ezek a „hatásvizsgálatok” elmaradnak, olyan beruházásokra és beavatkozásokra kerülhet sor, amelyek költségesek és károsak lehetnek, ezáltal a probléma megoldását nem segítik, hanem tovább nehezítik. A hazai kisvárosok együttműködése ezen „feltáró” munkában elengedhetetlen.

Zajhatások

A zaj: olyan hallható hang vagy hangkeverék, amely az emberre kellemetlenül hat. A tartós és erős zaj egészségkárosodáshoz vezethet. A zaj halláskárosodást okozhat, szív- és érrendszeri, gyomor-, bél- és immunrendszeri betegségek kockázatát növeli. Az állandó, egyenletes ütemű zaj megnyugtatóan hat, míg a hirtelen, váratlanul fellépő rövid zaj izgató, félelmet keltő. A hang- és zajforrás által keltett rezgési energia a levegőben a nyomás megváltozását okozza. Az emberi fül által érzékelt legkisebb hangnyomásszint (0 dB) az ún. hallásküszöb, a már fájdalmat jelentő hangnyomásszint (~120 dB) az ún. fájdalomküszöb. Ezek között mintegy 12 nagyságrend intenzitás különbség van. Az emberi fül másképpen reagál a különböző frekvenciájú hangokra. Az emberi hallást modellezi az ún. 'A súlyozósűrítő', melynek jelölése dB(A). Az időben változó zajt az ún. egyenértékű zajszinttel fejezik ki, amely megközelíti az emberi szubjektív zajmegítélést: a zajnak egy meghatározott időre vonatkoztatott energia szerinti átlagértéke, jele L_{Aeq} (Bite, 2000).

A motorizált városi közlekedés jelentősen terheli a városlakókat. A zaj forrásai: a *motorzaj*, a *gördülési zaj* és a *járművezető viselkedésével összefüggő zaj*. A zajok terjedését számos tényező befolyásolja, így a forgalom, a járművek állapota, az útburkolat minősége, beépítettség (terepviszony, magasságviszonyok), a zöld felületek, az érzékelési távolságok.

A hatások csökkentésének leghatékonyabb módja az *aktív beavatkozás*, azaz a gépjárművek zaj-kibocsátásainak csökkentése. Ez főként konstrukciófejlesztéssel, a járműrakomány helyes rögzítésével, az út- és villamos pályaelemek minőségének javításával érhető el. A *passzív beavatkozások* általában jelentős beruházásokat igényelnek: kerülőutak létesítése, építmények falainak szigetelése, zajvédő falak építése, zöld növények telepítése. A zajhatás csökkenthető ésszerű forga-

lomszelekcióval, forgalomcsillapítással, forgalom-mentes övezetek létesítésével. A településekre jellemző zajterheléseket a 3. táblázat mutatja.

3. táblázat. Járműforgalomból eredő jellemző zajszintek

| | Jellemző zajszintek, dB(A) | | |
|--------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| | Városi főforgalmú út mentén | Városi forgalmi út mentén | Kistelepülés főútjai mentén |
| Nappal | 75–80 | 72–78 | 70–72 |
| Éjjel | 70–77 | 64–70 | 62–64 |

(Forrás: Bite, 2000)

Általánosan ismert, hogy a zöld növényzet, az élősövény csökkenti a közlekedésből eredő zaj hatását a gyalogos járókelőkre az utcai üzletek környezetében és a lakókörnyezetben is. Kísérleti területen lefolytatott vizsgálatok során különböző struktúrában ültetett növényzet csillapító hatását vizsgálták csúcsforgalmi zaj (forrástól 5 m-re 73–75 dB(A)) esetén. A sövények sűrűségének mérésére a látathatóság fogalmát vezették be, amely az a távolság, amit még a szemlélő képes áttekinteni. Megállapították, hogy a vizsgált 35-féle élősövény növény közül az 5 m átláthatóságú bokros növénycsoport ~6 dB(A)-val csillapította a zajt, a 6–19 m közé eső átláthatóságú fás-bokros sövény 3–5,9 dB(A)-val, a 20 m feletti átláthatóságú ritkás fás-bokros élősövény 2,9 dB(A)-nál kisebb mértékben csillapította a zajt. Bebizonyították, hogy az élősövény zajcsökkentésében nem a levelek méret és az ágazat a fontos, hanem a sűrűség és magasság. Az energiacsillapításban a szóródás nagyobb szerepet játszik, mint az elnyelés (Fang és Ling, 2000; Pandaya, 2001).¹¹

A városi zajtérképek elkészítése fontos feladat, hiszen ezek segítségével felárthatók azok a térrészek, melyekben beavatkozva hatékony zajemissziócsökkentés érhető el.

Hozzájárulás az üvegházhatáshoz

A légszennyezőanyag emisszióból a közlekedési szektorra eső értékek: CO₂ – 12%, CO – 82%, SO₂ – 1%, NO_x – 52%, szilárd szennyezők 12%, NMVOC¹² 24% (Vajda, 2001).

A közlekedés üvegházhatáshoz való hozzájárulása ismert és bizonyított. Különösen fontos a CO₂ kibocsátás az Európai Unióban, melynek mintegy 10%-a városi közlekedésből ered. A kiotói klímakonferencia (1997) hat üvegházg

¹¹ Műszaki Információ – Környezetvédelem, BME OMIKK 2004. 13–14. pp. 93–99.

¹² Non Methane Volatile Organic Compounds = metánon kívüli illékony szerves vegyületek.

együttes csökkenésében állapodott meg 2010-ig. Hazánk vállalása, hogy évi 6%-kal csökkenti az emissziót (az 1987-es kibocsátáshoz képest). Az üvegházhatású gáz kibocsátás-kereskedelem hatálya alá eső gazdálkodó egységek listáját a 2003/87/EC irányelv és mellékletei tartalmazzák. Ezek a listák közvetlenül nem veszik figyelembe a közlekedés „felelősségét”. Ez a szemlélet nem segíti a közlekedési légszennyezés és ezen belül az üvegházgázok minimalizálását.

Az üvegházgázok városban belüli csökkentése azért is fontos feladat, mert ezek többnyire egészségkárosító hatást is kifejtenek, és növelik a civilizációs betegségek létrejöttének kockázatát.

2.3.1.2. A közlekedés baleseti kockázata

A közlekedés hatásrendszerének egyik legérzékenyebb hatásviselője az ember. Az embert érő hatások közül a legváratlanabb és a letragikusabb kimenetelű esemény a közlekedési baleset. A balesetek okainak feltérképezése segíthet abban, hogy a közlekedésben résztvevő személy baleseti kockázatát minimalizáljuk, és a balesetek létrejöttének feltételeit meggátoljuk.

A közlekedés ma már az életformához kapcsolódó szükséglet, állampolgári jog, melyet csak indokolt, egyedi esetekben korlátoznak. Ezek alapján elvárható, hogy

- a közlekedés résztvevői egymás érdekeinek és biztonságának figyelembevételével közlekedjenek;
- a közlekedéssel kapcsolatos gazdasági, állami és egyéb szervezetek intézkedései és tevékenysége a közlekedés zavartalan, biztonságos lebonyolítását szolgálja (Ábrahám, 1978).

Ezen tömören megfogalmazott két elvárás ellenére létrejövő közlekedési balesetek egyedi jellemzőkkel leírható konfliktusproblémák következményei.

A hazai – személyi sérülésekkel/halállal járó – közlekedési balesetek döntő többsége, ~89%-a a közutakon történik, míg a vasúti balesetek száma az összes baleset ~11%-a. Tízéves intervallum közúti közlekedési baleseti adatai alapján kimutatható, hogy évente ~1923 személyi sérüléssel járó közlekedési baleset történik. Az 100 közúti közlekedési balesetre eső sérülések száma: 131 fő, míg a elhunytak száma: 7 fő. A balesetek eloszlását a 4. ábra szemlélteti.

4.ábra. Személyi sérüléssel járó közlekedési balesetek száma
(Országos: 1993–2002)



(Forrás: Pitrik, é. n.)

A közlekedési balesetek okcsoportjai

A közúti közlekedési balesetek három tényezőcsoport kölcsönhatására vezethető vissza, ezek:

- a közlekedő ember;
- a közlekedési eszközök;
- az út és a környezet elemei.

A közlekedésben résztvevő embertől elvárható, hogy értelmezni tudja az információ jeleket, megfelelő mélységű fizikai-műszaki tudás birtokában legyen biológiai és szellemi adottságai lehetővé tegyék a közlekedésben való önálló részvételét és megfelelő etikai magatartást tanúsítson.

A járművek mindinkább megfelelnek a – folyamatosan szigorodó – nemzetközi műszaki-ergonómiai-környezetvédelmi követelményeknek, amelyek a biztonság növelését szolgálják. A járművek teljesítményei, sebességi lehetőségei egyre inkább felülmúlják az átlagos közlekedési igényeket, így felelőtlen-szakszerűtlen használatuk potenciális baleseti forrásokká válhatnak.

¹³ Fontos ismerni: a sebesség, a teljesítmény, a nyomatlak, a tehetetlenség, a fékezés fogalomkörét.

A települési és állami közlekedési szervek közlekedési környezetre való befolyása egyre fontosabbá válik. Az utak és kötött pályák, az irányító és jelző rendszerek, a műtárgyak, a zöld felületek minőségi állapota, a forgalom nagysága közvetlenül és közvetve is befolyásolja a közlekedő embert és a járművek üzemét.

A közlekedési balesetek eloszlási sajátosságai

A közlekedési balesetek szomorú tükröződései a közlekedő ember, a közút és műtárgyai, valamint a közlekedési eszközök pillanatnyi (és megelőző) állapotának. A balesetekről felvett jegyzőkönyvek és ezek alapján elkészített statisztikai összesítők mintegy mátrixként gyűjtik össze mindazon adatokat, amelyek közrejátszhattak a balesetek létrejöttében, és segítséget nyújthatnak a megelőzés hatékonyságának fokozásában. Ezek felhasználhatók a település, a város közlekedési rendszerének átalakítása, fejlesztése során. A balesetek az esetek többségében közvetlen vagy közvetett emberi mulasztásra vezethetők vissza, ezért széleskörű, hatékony és gyors beavatkozásra van szükség az esetek csökkentése érdekében.

Települési szint (Szeged példáján)

A települések közlekedési baleseti statisztikáiból fontos információkhoz juthatunk – többek között – a szerkezeti jellemzőkre, a közlekedésszervezés színvonalára, a közlekedés minőségére vonatkozóan.

A szegedi balesetek részletes elemzésétől eltekintve álljon itt a szerkezettel összefüggő néhány sajátosság, az 1997–2001 időszakra vonatkozóan:

– 1107 baleset történt, melynek 31%-a kerékpáros és segédmotoros baleset, 28,6%-a gyalogos elütés, 12,6%-a keresztező járművek balesete. Ezek létrejöttében a forgalmi-szerkezeti adottságok is befolyásolhatták a balesetek létrejöttét. A védtelenek baleseti gyakoriságánál eltérő trend rajzolódott ki: a gyalogos balesetek összes balesethez viszonyított aránya csökkenő, a kerékpáros balesetek összes balesethez viszonyított aránya növekvő tendenciát mutat.

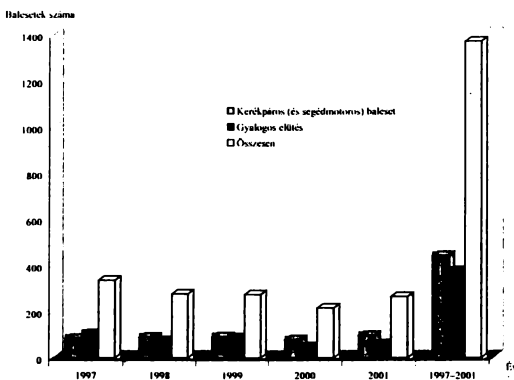
– Az összes többi baleset (27,8%) szemben való ütközéskor, utoléréskor, álló járműbe vagy szilárd tárgynak ütközéskor, pályaelhagyásból, utastéri balesetből adódott. Ezek esetében – első közelítésben – főként a figyelmetlenség jelölhető meg fő kiváltó oknak.

A baleseti helyszínek száma 2001-ben összesen 98, ebből egyetlen baleset történt 77 helyszínen. Az ismétlődő baleseti helyszínek száma 21.

A nyári és az őszi (őszies téli) hónapokban a balesetek száma ~20%-kal magasabb, mint a téli és a tavaszi hónapokban. A nyári hónapok zsúfoltságával és az őszi útviszonyok romlásával is magyarázhatók a magas baleseti adatok.

A balesetek napi eloszlása jól korrelál a csomópontokban tapasztalható forgalomváltozással.

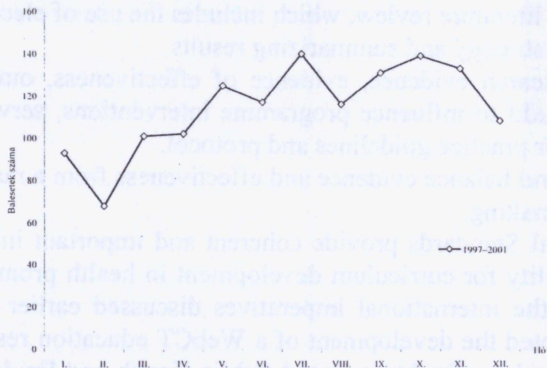
5. ábra. Közlekedési balesetek eloszlása (Szeged, 1997–2001)



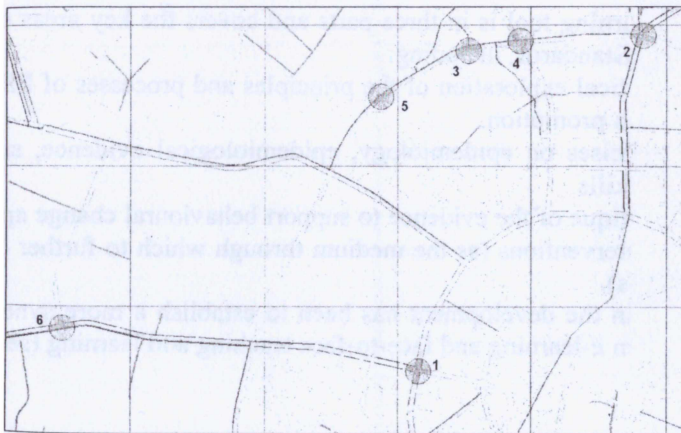
(Forrás: Pitrik, 2002)

A Bajai út – Fonógyári útkereszteződés jelzőtáblákkal szabályozott. A csomópont forgalma meghaladja az áteresztőképesség határát. A forgalomnövekedés oka a volt Textilművek területén és környékén létesült *ipari-kereskedelmi park* hatása. A csomópont körforgalommá való átalakításának terveit elkészítették, az átalakításra – valószínűleg – a közeljövőben nem kerül sor.

6. ábra. Közlekedési balesetek idő szerinti megoszlása (Szeged, 1997–2001)



7. ábra. Közlekedési baleseti góccok hely szerinti megoszlása (Szeged)



A város szerkezete ekkora forgalom levezetésére kockázatmentesen már nem alkalmas. A balesetek nagy száma arra figyelmeztet, hogy a külső körút forgalomszervezését és a csomópontok felújítását haladéktalanul el kell kezdeni. A bonyolult lámparendszerek korszerűsítése vagy kiváltása fontos feladat.

3. Következtetések

A kutatási eredmények oktatásban való megjelenítése lehetőséget nyújt arra, hogy a fenntartható fejlődés időszzerű problémáira és a megoldásokra felhívjuk a figyelmet. Tapasztalatunk szerint minden korosztály megérti, hogy életmódváltással, egészséges önkorlátozással, egymásra és környezetünkre való hatékonyabb odafigyeléssel, új műveltségi elemek elsajátításával tevőlegesen is tehetünk környezetünkért.

Irodalom

- Ábrahám Kálmán (1978, szerk.): *A közúti közlekedés kézikönyve*. 1. kötet. Műszaki Könyvkiadó, Budapest, p. 1008.
- Bakács Tibor és Barna Bertalan (1999): *Környezetvédelmi szabályozás*. Környezetügyi Műszaki Gazdasági Tájékoztató. Környezetgazdálkodási Intézet, Budapest, p. 80.
- Benkő Zsuzsanna (1997): Az egészségfejlesztés változása. Kísérlet az egészség és az egészségfejlesztés értelmezésére. In: Benkő Zsuzsanna (1997, szerk.): *„Mert életem millió gyökerű”*. JGYTF Kiadó, Szeged. 5–15.
- Bite Pálné (2000): *Közlekedési zajvédelem*. In: Közlekedési eredetű zajterhelés Budapesten. CD, Környezetvédelmi Minisztérium KTI.
- Denke Zsolt és Joó Ferenc (2002): *Környezetvédelmi szabványok a közforgalmú közlekedésben*. www.mkk.zpok.hu/tanulmanyok/benchm.htm
- Dunn, S. (2001): Az energiatermelés széntelenítése. In: Brown, R. L. (2001, szerk.): *A világ helyzete 2001*. Föld Napja Alapítvány 2001. 99–121.
- Englert, N. (2002): *Wirkungen von Feinstaub auf die menschliche Gesundheit*. Welche Partikel-Eigenschaften korrelieren mit der Wirkung? VDI Berichte, 1656. 91–100.
- Enyedi György (1996): *Regionális folyamatok Magyarországon*. Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület, Budapest, p. 140.
- Erdősi Ferenc (2000): A kommunikáció (közlekedés-távközlés) szerepe a terület- és településfejlesztésben. VÁTI, Budapest, 356.

- Fang, F. and Ling, L. (2003): *Investigation of the noise reduction provided by tree belts*. Landscape and Urban Planning, 63/4. 187–195.
- Farsang, A. és Rác, P. (2000): *Ülepedő por nehézfém-tartalmának vizsgálata Szegeden*. In: The 7th Symposium on Analytical and Environmental Problems. Szeged, 2 October 2000, SZAB, 190–193.
- György Péter és Durkó Zsolt (1993): *Utánzatok városa–Budapest*. Cserépfalvi, Budapest. 188.
- Novák Ágnes (2004): *Öko-város, a fenntartható városfejlesztés építészeti aspektusai*. Elektronikus kézirat. Készült a Magyar Urbanisztikai Társaság megbízásából. Budapest, p. 60.
- Pálvölgyi Tamás (2000): *Az új évezred kihívása: az éghajlatváltozás*. L'Harmattan Kiadó, Budapest, p. 112.
- Pandaya, G. H. (2001): *Urban noise – a need for acoustic planning*. Environmental Monitoring and Assessment, 67/3. 379–388.
- Pitrik József (1992, 2004): *Gépjárművek légszennyezése*. JGYF Kiadó, Szeged, p. 67.
- Pitrik József (2000): *Közlekedési eredetű környezetterhelés változása Szegeden*. In: The 7th Symposium on Analytical and Environmental problems, 2 October 2000, SZAB, Szeged, 2000. 170–179.
- Pitrik József (2002, szerk.): *Szegedi személyisérüléses közúti közlekedési balesetek vizsgálata 1997–2001*. Forstep Kft, Szeged.
- Pitrik József (é. n., szerk.): *A közlekedés adatai 1999–2002*. CD. Gazdasági és Közlekedési Minisztérium, 31/34.
- Rédey Ákos és Módí Mihály (2002): *Vázlatok a „Környezetállapot-értékelés” jegyzethez*. Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém, p. 84.
- Vajda György (2001): *Energiapolitika*. MTA, Budapest, p. 396.

HEALTH AND 'OTHERNESS'

Gaye Heathcote

We are all familiar with the rhetoric of the Bologna Process and, for 6 years, have understood that this is an intergovernmental initiative which aims to create a European Higher Education Area (EHEA) by 2010. Its broad objectives are: "to remove the obstacles to student mobility across Europe; to enhance the attractiveness of European Higher Education worldwide; to establish a common structure of higher education systems across Europe based on two main cycles, undergraduate and graduate." This process has subsequently kick-started a similar cooperation, known as the Bruges-Copenhagen Process, in vocational education and training (Universities UK 2005). Both processes aspire to achieve the EU's Lisbon Strategy goals to deliver stronger, lasting economic growth and to create more and better jobs. Thus a powerful economic rationale and an extensive political commitment underpins these initiatives.

The Bologna Process was recently described by the Norwegian Minister of Education and Research as "an enormously important form of European cooperation bringing together 45 countries in the pursuit of establishing the envisaged EHEA" (Kristin Clemet, THES, May 20, 2005). It is, however, unashamedly, a European quality assurance system focussed on the compatibility, transferability and synergy between qualifications, academic standards and credit allocation on a transnational but essentially European basis. Further comments from Clemet underline this "cross-border higher education is growing but not all higher education is quality higher education." And, elaborating the work undertaken, e.g., by Norway in establishing international guidelines for cross-border higher education (not only through the Bologna Process but also through Unesco and Organization for Economic Co-operation and Development), he identifies the benefits of mutually shared standards and guidelines for courses and student experience, and the inevitable increase and facilitation of student mobility. Elsewhere too, e.g., in the preface to this conference, the tenor of the remarks is upbeat, referring to enrichment of existing programmes, the development of new teaching materials and the transmission not only of "domain-specific knowledge" but also "the acquisition of general and universal skills and abilities that can be integrated into each professional field, like striving for equal opportunities or environmental and health awareness."

Without wishing to come across as overly cynical in the fact of the optimism generated by the Bologna Process to date, a pause for reflection on a number of issues would be timely and perhaps wise. These relate to:

- (i) understandings of 'Europe' and 'Europeanness' in the transnational transmission of knowledge, skills, values, methodologies and quality assurance;
- (ii) the role of Higher Education and, particularly, a European Higher Education, in providing theoretical, practical and professional arenas for debating the

complex and changing relationships, policies and practices in the domains of education and health;

(iii) the challenges of equal opportunities and social inclusion in the context of societal plurality, and of social, cultural and economic diversity.

At the heart of these three dimensions are notions of 'otherness' – i.e. perceptions of difference and challenge at various levels – nation-state, societal, group or individual, cross-cut and/or informed by nationality, ethnicity, race, gender, sexuality, age or by other dimensions such as mental health status, physical impairment, sensory impairment, skills levels, linguistic difficulty, dyslexia, religion. Indeed, any form of differentiation, expressed in attitudes, values and types of behaviour, offers a social construction of 'Otherness' and, particularly within a hegemony, results in the marginalisation and restricted participation of the 'Other.' Here lies an unavoidable challenge for the EHEA which is inevitably dominated by the political agendas of the EU.

This paper examines different constructions of 'Otherness' within the logic of the implementation of the Bologna Process in the particular context of educational policy and training for and about health. It indicates areas of ideological tensions between different European rhetorics, challenges and possible unintended consequences for the creation of the EHEA, and the importance of a shared vision worldwide, before and after 2010, which truly embraces equality of opportunity, social justice and cultural equity. Underlying these concerns is a fundamental question: 'how can the 'space' and world-view of the Other be compatible with a homogenised quality assurance system designed to regulate the intercultural transmission of knowledge?'

The 'Other' and 'Otherness' has, historically, been an enduring theme in philosophy, social science, literature, myth and anecdote. Ethnomethodologists and symbolic interactionists of the '70s identified 'underclasses' constructed and sustained by agencies of social control – police, judiciary, probation and prison services, doctors and psychiatrists through labelling and self-fulfilling prophesy. Eventually discredited for using anthropological methods to identify romantically with a 'titillated attraction to the underdog's exotic difference' (Gouldner, 1971), functionalists turned attention to the need for equal opportunities as an essential component of social order and social control. Much of the thinking of the '80s and '90s was dominated by the challenges of multicultural pluralism, strategic vacillations between 'integration' and 'assimilation', and at times, a deep sense of threat from the 'Other', the alien, the stranger, the different, the unknown. Correspondingly, the thrust of health education and training for a health-promoting role, as delivered by Higher Education in Western Europe and somewhat later by Southern, Central and many former socialist countries, has been that of democratic liberal tolerance towards difference or 'Otherness', emphasising the role of individual perception, the inevitability of value judgements, respect for 'non-

standard' life-styles, values and beliefs against a societal backcloth of class, gender and racial differentiation. Despite its benign messages about the dignity of, and respect for individual difference, about strategies to promote autonomy, authenticity, empowerment and decision-making of individuals and like-minded collectivities, the underlying imperatives of health education were informed by a considerable degree of consensus about the nature and characteristics of health, well-being and illness causation, and also what counted as appropriate life-styles.

Around the dawn of the new century, the experienced reality of changing geopolitical, ideological (including religions), ethnic and socio-cultural boundaries, together with population movements on an event larger scale (whether temporary or permanent), has resulted in a range of problematics and some angst (arguably not helped by postmodernist writings). The EU has expanded to include peoples with non-Christian views; the notion of a European Higher Education Area by 2010 offers the possibility of 'Europe', as a concept, being expanded to include at least 45 countries "stretching as far east as Azerbaijan" (Clemet, 2005). The Bologna Process is increasingly described, therefore, in terms of a rapidly expanding landmass, defined and redefined as 'Europe' but experienced as a dramatic movement of interconnected, multifaceted influences which impact on values, lifestyles, national identities and current notion of 'Europeanness.'

Integral then to the concept of the EHEA are a number of tenets: that 'Europe' is more than the European Union; that countries hitherto marginalised along socio-political and economic grounds should be led to appreciate the attractiveness of joining this 'club' to improve educational standards and job opportunities. More subtle are the assumptions about 'Otherness' at the level of nation-state, and the inevitable hegemony created across this vast landmass of knowledge, values and cultural capital as defined predominantly by Western government. Here, the conceptual, analytic and evaluative frameworks we conventionally use in relation to, e.g., health, well-being, illness, health care provision and management, health promotion and public health will challenge assumptions and promote debates in these so-called developing countries. 'The good life' will inevitably be portrayed in terms of access to that apparently more enlightened and certainly more robust body of knowledge presided over by the EHEA.

Much current European health policy is organized around the idea of health social movements. These address: access to/provision of health care services; inequality/inequity based on race, ethnicity, gender class or sexuality; and 'embodied health' such as disease, illness experience, disability and contested illness. A recent edition of Eurohealth (Vol. 10 Number 2 – 4, 2004) was entirely devoted to the topic of health in South East Europe, selecting out for the status of 'Otherness', regional differences in mortality in the Balkans, access to health care for Roma, and treatment of drug addiction in Albania, Bosnia-Herzegovina, Bulgaria, Croatia, Macedonia, Slovenia, Serbia and Montenegro. The underlying messages in all these articles was that the Balkans had 'lost their European way' due to wars

and violent transitions; that “the break-up of Yugoslavia left hundred of thousands of people dead, millions of refugees and displaced persons, devastated health infrastructures, loss of social order, corruption and enforced poverty”. At the level of the individual ‘Other’ or collective ‘Others’, “extremely vulnerable population groups have emerged, including victims of trafficking and prostitution, refugees, internally displaced people and Roma” (Rechel and Schwalbe, 2004). In another discussion in the same volume concerning the 2004 European Neighbourhood Policy (citing Europe’s new neighbours as Algeria, Armenia, Azerbaijan, Belarus, Egypt, Georgia, Israel, Jordan, Lebanon, Moldova, Morocco, Palestinian Authority, Russia, Syria, Tunisia and Ukraine), Europe’s role is described as the promotion of prosperity, particularly “developing an integrated market with liberalised trading rules, creating a political framework that enhances the rule of law, bolstering economic activity, facilitating movement by *bona fide* nationals who have legitimate and valid grounds for regularly crossing the border, do not pose a security risk and do not carry infectious disease.” Finally, it calls for the EU to play a greater role in crisis management (resolving disputes in, e.g., Palestine, Western Sahara, and Transnistria in Moldova). Thus, at one level this is an expression of responsibility on behalf of the EU for promoting the peace, prosperity and health of its 385 million new neighbours; at another level it could be seen as an articulation of political and cultural imperialism with many opportunities for defining whole countries, social, ethnic or racial groups and individuals as ‘Other’, based on Western views of appropriate values, behaviours, organizational forms.

Why should we feel uncomfortable about drawing attention to hegemonies if they appear to be based on sensibly-argued analyses of contemporary topics such as human rights, environmental protection, enhanced co-operation to tackle trafficking of humans and drugs and partnerships in science and technological development? To quote a non-European parallel (Pratt, 1991) in an interesting article entitled ‘Conceptions of Self within China and the United States: Contrasting Foundations for Adult Education’, the author demonstrates that differing cultural, social, political and psychological influences can be shown, empirically, to result in different conceptions of ‘self’ in these two countries and that these differences can be shown to provide different bases/orientations for curricular content, teaching/learning methods, role relations and organizational patterns of education for adults. “The Chinese construction of ‘self’ emphasises continuity of family, societal roles, the supremacy of hierarchical relationships, compliance with authority and the maintenance of stability. Identity is largely externally ascribed, subordinated to the collective and seeks fulfilment through performance of duty, ordained roles and patterns of filial loyalty. Within the US, the individual is recognized as the starting point for construing the social order and the ‘self’ is considered a psychological construct as much as an artefact of cultural, social and political influences.” (ibid).

From this, we can draw the analogy for health promotion and the transmission of health knowledge in cross-cultural and transnational settings. Our European health promotion messages are still predicated on individualism. Whilst we see an increasing role for governmental intervention and co-operation and the power of public health knowledge with its evidential, increasingly statistical, medicalised data-bases, our work with the 'Other' is always Western i.e. "the unobservable centre of experience (of health, illness, lifestyle, etc.) is a set of beliefs a person has about him/herself, based on a personal history, dispositions, aspirations and appearance in the eyes of others." (ibid).

It is clear from this and other similar literatures that identity-formation varies across cultures, and that this is 'translated' into different curricular content and, particularly different methodologies from country to country. Within such countries, particularly post-capitalist/advanced countries, there exist specialist education (e.g. Benkő and Lippai, 2004) for defined groups (e.g. the disabled, Muslims, educationally gifted, professional athletes etc.). "As Triandis remarks (1989): 'As the number of potential in-groups increases, the loyalty of individuals to any one in-group decreases. Individuals have the option of giving priority to their personal goals rather than to the goals of the in-group. Also, the greater affluence of a society, the more financial independence can be turned into social and emotional independence, with the individual giving priority to personal rather than in-group goals. Thus, as societies become more complex and affluent, they also become more individualistic.'"

A recent set of essays (edited by Worton and Wilson-Tagoe, 2005) entitled 'National Healths: Gender, Sexuality and Health in a Cross Culture context' emphasises the role of nation and, particularly that of national identity in creating conditions in which health and illness are experienced and perpetuated; that dislocation, exile and mobility between nations affect health profiles; and that the meaning of illness, health and well-being, are always contestable and contingent on other cultural and social forms. The conceptual instability of health frustrates clarity about "how, e.g., health, sexuality and gender intersect, antagonise and are implicit in the construction of each other." (Hodges, THES, August 5, 2005). From these examples, it is clear that, in extending the socio-geographical parameters of Europe and in exporting and commercializing 'Europeanness' as cultural and economic capital, we may be in danger of invading the 'space' and devaluing the world-view of the Other. In answering our original question about the compatibility of and about the 'Other' with a homogenised quality assurance system such as the Bologna Process presiding over the intercultural transmission of knowledge, we anticipate further questions: 'how can we ensure that this does not become a tool for one-way knowledge transmission and European cultural imperialism?' and 'how can we achieve a just and ethical education about health?.' Levinas (1999a, p.167.) can perhaps provide a way forward: "ethics is born in the encounter with, in relation of proximity to, the Other. It is before the Other and

the face of the Other (human being) that one can have the pure experience of the Other (alterity)". ... One is aware that one is responsible for the Other and the existence of the Other is more important than one's own." For Levinas, ethics is the Other; alterity is a non-reciprocal, asymmetrical relationship which "poses problems for a culture of capitalism, liberal self-gratification and intense individualism" (Eg ea-K uhne, 2006).

It seems highly unlikely that those involved in the future implementation of Bologna-driven quality assurance systems will be able to put into practice Levinas's statement: "I become a responsible or ethical "I" to the extent that I agree to depose or dethrone myself, to abdicate my position on centrality in favour of the vulnerable Other" (Levinas, in Cohen, 1986). It is useful, however, to be sensitised to the characteristics of an ethical health education/health promotion agenda in Higher Education which in turn shapes curricula, teaching methods, assessment modes, validation and benchmarking criteria in genuinely inter-, not mono-cultural ways.

Higher Education offers and always has offered, a 'brokerage' in the debates about hetero- and homogeneity in social and cultural capital, about sharing, changing yet respecting values, about the professionalisation of educators (e.g. Benk o, 2004) and about their moral responsibilities concerning equality of opportunity, education for diversity, the promotion of social inclusion and, particularly, openness to unfamiliar and challenging ideas and practices. In offering a kaleidoscope which patterns the intricate and undeniable relationships between educational opportunity, health, eradication of poverty and access to employment, Higher Education enables us to challenge as well as celebrate the multidimensionality of perceived and actual difference. In an expanded Europe with a host of new neighbourhood countries, previously alien and negatively perceived, political and geographical boundaries will continue to shift and reform, populations and individuals migrate, and new affiliations, ideas, traditions and life styles will arrive and depart, putting pressure on physical and mental well-being and responsible health care services.

Nevertheless, Higher Education can reverse and transform through ethical and genuine intercultural understanding and co-operation. Voice can be given to the 'Other', whether at the level of nation-state, societal, group or individual, through enlightened and effective educational systems engaged in genuine exchange and debate about the transmission of knowledge, about the nature of worthwhile and ethical knowledge, and about the development of inclusive values. Here the Bologna Process itself, with its far-reaching implications and possibilities, is an appropriate topic for inclusive debate and analysis. At a more specific level, it is within Higher Education that the appropriate balance between common standards, suitably flexible of curricular content, delivery methods and perspective, culturally-sensitive assessment modes and effective pedagogic organization will be established. It is also within Higher Education that the traditionally negative connota-

tions around ‘the Other’ will be dispersed and Derrida’s vision of what is to come (à venir), the promise of “some openness to the future and openness to the Other” (2001) will be realised. It is therefore to be hoped that Higher Education can, in a very positive sense, capitalise on the many opportunities offered by Bologna Process, and avoid its possible pitfalls.

References

- Benkő, Zs. (2004): Social acceptance of otherness. The disabled in Hungary. In. Klára Tarkó (2004., ed): Multicultural education. In. Zsuzsanna Benkő (2004., Editor of Series): *Integrated programmes for lower-primary teacher training*. Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. Szeged. 129 – 134.
- Benkő Zsuzsanna, Lippai László (2004): Kihagyott lépcsőfok? Egy óvodai együttnevelési projekt tanulságai a szegedi egyetemen. *Új pedagógiai szemle*. LIV. 2004. Október. 109-120.
- Brown, B., Zavestoski, S., McCormick, S., Mayer, B., Morello – Frosch, R., and Gasoir Altman, R. (2004) ‘Embodied health movements: new approaches to social movements in health; *Sociology of Health and Illness*, Vol. 26, No. 6, pp. 679 – 694.
- Clemet, K. (2005) THES (editorial) ‘All eyes are on Bergen for some 2020 vision’, THES, May 20.
- Cohen, S. (1986) “Knowledge and Context” *Journal of Philosophy* 83, 574-583.
- Egeá – Kuehne, D. (2005) ‘The violence of Being and Levinas’s quest for justice: of faith and the “possibility of education”, unpublished conference proceedings of the Philosophy of Education of Great Britain Annual Conference, Oxford, April.
- Eurohealth, Vol. 10 Number 3 – 4, 2004.
- Gouldner, A. (1971): *The Coming Crisis of Western Sociology*. London, Heinemann.
- Hodges, S. (2005) THES, August 5 (review), National Healths: Gender, Sexuality and Health in a Cross-Cultural Context (Michael Worton and Nana Wilson-Tagoe).
- Pratt, D. D. (1991) ‘Conceptions of Self within China and the United States: contrasting foundations for adult education’, *International Journal of Intercultural Relations*, Vol. 15, pp. 285 – 310.
- Rechel, B., Schwalbe, N. and Mckee, M. (2004): Health in south-eastern Europe: a troubled past, an uncertain future. *Bull World Health Organ* [online]. 2004, v. 82, n. 7, pp. 539-546.
- Universities UK (2005), Europe Unit, Bologna Process.
- Worton, M., and Wilson-Tagoe, N. (2004. Eds.): *National healths: gender, sexuality and health in a cross-cultural context*. UCL Press, London.

CRITICAL REFLECTIVE PRACTICE AND HEALTH PROMOTION

Mary Issitt

Abstract

Why is this topic important?

More than two decades ago Donald Schön argued that reflection 'in' and 'on' action heralded a new epistemology of practice, as it would enable professionals from diverse backgrounds to be more effective in their work. Schön's approach to reflection seems to be one that is easily understood and readily adopted. The concept has become popular amongst professionals such as nurses, social workers and teachers, and this paper addresses the challenges presented for those health promoters who would wish to claim that they are reflective practitioners.

I begin by identifying some of the key objectives of health promotion, such as the importance of tackling inequalities within and between societies and the issues involved in multi-disciplinary working. I argue that professionals, from various disciplines who are engaged in the promotion of health are, on a daily basis, dealing with uncertainties at the personal, professional and political levels of their practice. I explore to what extent established approaches to reflection are adequate to enable them to face such challenges.

Is reflective practice a concept that is easy to apply or is it problematic?

I examine Schön's notion of reflection in relation to a more critical approach developed through various research projects I have undertaken over more than a decade, with professionals from a variety of settings in which health promotion can take place. The impetus for my research was to answer questions such as: how universal is reflective practice as a concept? Does reflecting on practice enable practitioners to tackle inequalities that lead to social exclusion of which poor health may be one aspect. What impinges upon or supports their actions?

Conclusions

The paper shows that critical reflective practice does not give answers to challenging questions but enables professionals to ask appropriate questions about what they do, why they do it and the possibilities and constraints for the health promoter.

Across all services concerned with health, welfare and education there has been an increasing emphasis on the outcomes of professional intervention with the development of associated service standards for organisations and specifications of competence for individual workers. This has been accompanied by a shift towards the workplace as the key site for the accreditation and demonstration of learning and capability. As the Bologna process seeks to harmonise and extend European education, it is timely to examine a concept, namely reflective practice, that has particular currency within professional education and development in health and welfare work, and to consider the implications for health promotion.

Education for health promotion internationally is following the trend to become more practice-oriented (e.g. Benkő, 2003; 2004). With a growing concern to bridge the gap between knowledge about the nature of health and well-being and action that can be measured in terms of positive change, reflective practice becomes an increasingly attractive concept. Indeed, reflection has already been identified as integral in Europe-wide professional education for health promotion (Davies, 2003) and in some UK programmes it has been a core activity for many years (Heathcote, 1997; Issitt, 2003).

This paper reviews different understandings of reflection and argues that reflective practice can be useful but needs to be approached with criticality, in order to address health promotion objectives. Key aspects of the current health promoting agenda are firstly considered in order to provide a context for the ensuing discussion of reflection, the potential utility of which within health promotion practice and education is then examined.

The health promotion context and reflection

Starting at the level of practice, one of the first questions to be addressed is who is the health promoter, the agent through whom health improvement takes place? Whilst health promotion operates as a public health specialism in its own right, it is also implicit in other health provision. It is often also carried out within youth work, teaching and social work. Indeed, current policy frames health as everyone's business and a multiplicity of partnerships is required throughout and between societies and cultures in order to tackle the health consequences of social and economic inequalities.

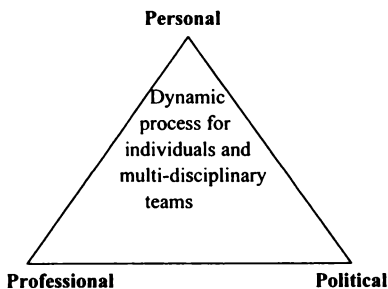
A crucial aspect of the partnership approach is the recognition of the link between the promotion of health and the promotion of general social well-being (Cribb, 1995). For health promotion there has long been a moral dimension expressed through the concern to tackle inequity '*which in WHO documents refers to differences in health that are not only unnecessary, but in addition, are unfair and unjust*' (Whitehead, 1992 p 433). In social care, the recognition of the impact of social divisions and structural inequalities in the work with people has been the subject of much debate and has had practical outcomes. Qualification in social

work in Britain has required not only an understanding of inequalities but also the explicit demonstration of anti-oppressive practice directly through the individual social worker's role and actions. Anti-oppressive practice is not just about workers developing sensitivity in their own approach, it also recognises and challenges institutionalised oppression that causes '*group deprivation and exclusion...power imbalances embedded within social relations*' (Dominelli (1996, p 157; Issitt, 1995, 1999).

Current policy to tackle inequity in health and well-being, which causes and is caused by social exclusion, aims to transcend rhetoric, combine vision with action, impacting on how practitioners carry out their daily work. The aim is to work across professional boundaries '*in multi-disciplinary teams, and in a culture in which learning and good practice are shared*' with these teams '*continuously adapting to reflect the lessons learned from experience*' (DoH, 1999, para 10.13), requiring a new approach to professional training and development (Barr, 1999).

Thus, health promoters whatever their professional location will need to evaluate the possibilities and limitations of their own actions in relation to the 'macro' political context in which they are operating, and the challenges they face personally and professionally in tackling health inequities. Figure 1 seeks to capture the dynamic between the dimensions of practice which impact upon health promotion.

Figure 1. Tackling inequalities in health and levels of practice



In order to make sense of the demands they face, health promoters may need to reflect upon the extent to which politically 'top down' and 'bottom-up' agendas are compatible (Beattie, 1990), using and interrogating their own personal and professional values as a starting point for the learning and development of new practices. Different disciplines will have different perspectives and reflection will involve exploring similarities, differences and shared understandings of values,

and how practice can be emancipatory and anti-oppressive. Equally, practitioners will bring varying notions of reflective practice from their respective professions, but how can these be used to forge effective partnerships to promote health?

On the surface, reflective practice is a concept that is accessible, desirable, appears to be easily understood, and provides a potentially fruitful starting point for multi-disciplinary work, yet its application can be problematic (Issitt, 1999). There are many different interpretations and uses for reflection, and these do not inevitably lead to the criticality and sensitivity required to learn how to tackle action against social exclusion and inequalities that are unfair and unjust, which are central to the promotion of health and wellbeing. The paper now reviews reflective practice and its related critique and then goes on to identify its potential for health promotion.

Reflection and reflective practice

The extensive debate about reflection in professional work has been stimulated by Donald Schön's widely quoted and applied conceptualisation of reflective practice. Schön is concerned to accredit and make visible practitioners' experience, and challenges what he characterizes as the dominant view of professional knowledge, based in positivist epistemology, which separates theory and research from the world of practice. He argues that resulting 'technically rational' formulae for working with people developed on the high ground of academia are ill-equipped to deal with real life problems in the swampy lowlands of practice. In the positivist paradigm which emphasises the 'objective' application of knowledge the practitioner's stance is that of '*spectator/manipulator*' (Schön 1991: 163). However the reflective practitioner recognises his or her involvement in a transaction with the situation and '*the sense he (sic) makes of it must include his own contribution to it*' (ibid.). Reflective practice is '*conceived of as an interactive process through which concepts and framework are 'made to measure''*' (Thompson, 2000: 89), in order to face unique, uncertain conditions - '*indeterminate zones of practice*' - for which there are no blueprints that can translate into straightforward solutions.

Schön observed how practitioners in a variety of occupational contexts displayed '*professional artistry*' in their work, improvising and using their creativity to handle uncertainty. This professional artistry is developed through '*reflection-in-action*' (Schön 1992:57), undertaken sensitively in '*an action -present - a stretch of time within which it is still possible to make a difference to the outcomes of an action*' (Schön, 1992: 58). Indeed he claims that '*reflection-in-action*' provides a new epistemology of professional practice and provides protocols of reflection-in-action which include working with a mentor who can act as a role model or coach (Schön, 1983).

Sustained improvement of practice relies on what Schön calls '*reflection on action*', looking back, evaluating and learning from what we have done in order to

develop the '*intelligence in action*' when difficult, on-the-spot judgements have to be made, through reflection-in-action.

Reflection as an important component of individual learning

Outside Schön's work, reflection has long been seen as a key feature of adult learning, which when made a conscious process, enables people to apply theory to, and derive it from experience. Bengtsson (1995) refers to the etymology of reflection's Latin origins in the word *reflectere* – to bend or turn backwards or back, originally being used in optics to denote the reflection of light against a smooth surface such as water or a mirror. As human beings, we can use reflection as a form of self-discovery through meditation. Equally, we can reflect on our actions either in themselves or in relation to external phenomena. Reflection allows us both to get under our own skin and to distance ourselves from the activities with which we are embroiled.

The reflective process leads to different levels of learning becoming visible. For Mezirow (1981) these are, content reflection, process reflection and premise reflection. Thus adults learn by looking at *what* we are doing (content) and *how* we are doing it (process). Through asking *why* or *why not* (premise) we can go beyond intellectual understanding to transform broader perspectives and values and gain insights into '*the very structure of cultural and psychological assumptions which has limited or distorted one's understanding of self and relationships*' (Mezirow, 1981: 7). Mezirow links this deeper level of learning to perspective transformation with Freire's (1972) process of '*conscientisation*' and Habermas' '*emancipatory*' action (see also Carr and Kemmis, 1986), both of which propose that learning can radically change adults' understandings and situations. To do this a particular learning process is required that is based in experience rather than inputs from experts. For Freire (1972) this involved acknowledging the expertise of the people he was sent to teach, engaging in a dialogue with them to establish how his skills and resources could be applied in a learning partnership. This process of accreditation was transformative for the learners, as they defined and acted upon their learning needs in a way that could make a difference to their immediate situation rather than having a curriculum imposed from outside their culture.

Reflection has been translated into particular models and approaches in professional work. '*Reflective observation*' as one of the key stages of Kolb's learning cycle, is often used in professional training, along with '*concrete experience*', '*active experimentation*' and '*abstract conceptualisation*', to extend and reinforce learning (Thompson, 2000). In teacher education the link between different levels of reflection and learning has had considerable attention. Reflection can operate at the simple level of improving technical performance being concerned with questions such as - have the predetermined goals of the lesson plan been achieved? A second level is broader and addresses the influence of context on teaching and

learning, and consideration of competing educational goals. A third level, which accords with Mezirow's notion of perspective transformation, sees education as a form of critical inquiry, with teachers interrogating their practice in relation to its contribution to a just and humane society. At this level reflection is a social practice, not merely an individual activity and can help us understand our knowledge, understanding and impact in our professional world in a way that is congruent with health promotion principles (Smart and Ritchie, 2003).

The dangers of reflection

Whilst reflection can potentially help us transform knowledge and understanding, it may be superficial and self-congratulatory preventing us from dealing with the world, confirming rather than challenging practice. After all we only have to think of Narcissus for whom self-reflection became so absorbing that he was rooted to the side of a pool in which his own image was mirrored. For Bleakley (1999: 321) there is a danger that reflection can lessen rather than heighten awareness, anaesthetising us

to other species, to deteriorating environments and 'sick' buildings, and to the needs of others – less able to discriminate and tolerate 'otherness' and 'difference'.

Sometimes this introspection acts as a form of 'self-surveillance' (Foucault, 1977), causing us to blame ourselves for things beyond our control in our work setting. Thus reflection may impede the capacity to turn criticality into agency to resist oppressive regimes, and be counter to the very engagement that health promotion seeks. Stark, Stronach and Cooke's (1999) research shows how systemic organizational problems may be characterized as a gap between professional knowledge of theory and practice. Whilst these authors acknowledge the contribution of reflection to education and practice, to focus on reflection by individual practitioners as a solution to structural problems within a service may sometimes be a 'no-cost diversionary strategy away from conflict and turbulence which may be caused by 'a real gap ...between resources and needs' (Stark et al., 1999:17).

Reflection and difference

Whilst they are strong advocates for reflection, Boud and Walker (1998) echo the concerns of Stark et al. Without a proper support framework and skilled direction reflection can become like a ritualised form of recipe-following. Whilst it can be a liberating and creative process it may also lead to disclosure and trauma that may be outside the scope of competence of a facilitator of learning in the workplace or university. This has further implications when reflection is linked with assessment

on professional training programmes. Some learners/practitioners may be wary about engaging in honest reflection as this could make them vulnerable in a situation in which they feel their competence is being judged.

Assessors will need to be open to different forms of reflection being undertaken and sensitive to cultural and other differences amongst those engaged in reflective processes - this is sometimes referred to as cultural competence. Discourse on reflection may be dominated by white academics and practitioners, but it can be a conscious part of everyday practice in some cultures. It can be likened to the act of 'reasoning' which may take place among Jamaican people

when you check out the position you are coming from, think about the position other people are coming from, does it hold water...if not, why not, and that starts within your family and your friends ...it's a whole that informs and influences the position that you take. (Issitt, 1999: 124)

Boud and Walker's work reinforces the importance of attention to all levels of reflection, importantly with reference to the context, noting that it is difficult to promote reflection in situations that may be oppressive in terms of gender, race disability and other forms of difference. However, they remain optimistic and suggest ways of setting up supportive local contexts for reflective practice.

In another context, Graham's (1999) research details how through sustained, systematic reflection community psychiatric nurses (CPNs) with patients of Alzheimer's Disease were able to understand their relationships to clients and carers and their relative roles. Reflection helped the CPNs to negotiate and re-negotiate their professional role. This led to a perceived lessening of the distance between themselves and other professionals within care partnerships.

Graham's account shows how reflection on their own feelings made the CPNs more sensitive and person-centred (for the client and the practitioner) guarding against home visits becoming routinised. Whilst the concern for anti-oppressive practice is not made explicit in the way that emerges from Boud and Walker's principles for the contexts for reflection, Graham does show how reflection enabled the CPNs to link the personal, professional and political dimensions of their work. Through reflection they realised that they were valued by their clients and their carers, and gained a sense of their own personal power as service providers, which led to confidence in questioning organisational practices. Through reflection, sanctioned by but occurring outside the work setting, they began to understand when and how they were acting as communicators of, and sometimes apologists for their organization's policy, how this made them feel and what they could do about it.

Even though there are sceptics the discussion so far indicates that reflection can be a significant aid to learning and professional development. For Pietroni (1995: 43) reflection enables practitioners *'to maximise the capacity for critical*

thought, and produces a sense of professional freedom and a connection with rather than a distance from clients', but is this enough for the challenges of health promotion? Later in the paper, an approach to reflection is discussed that addresses the anti-oppressive concerns of Boud and Walker within the dynamic between the personal, professional and political aspects of practice. However, the practice of reflection is not necessarily the same as reflective practice, which requires reflection to be linked to action informed by the reflective process undertaken, and knowledge gained from beyond the immediate situation.

Reflection and reflexivity

The discussion so far has reviewed different aspects of reflection, each with implications for learning and practice. Boud and Walker's experience seems to underline the significance of striving for the 'highest' notion of 'critical reflectivity'. This is a capacity for reflection in relation to the moral and ethical issues related to Schön's 'indeterminate zones' which are manifested in current professional and political preoccupations with diversity and equal opportunities within health promoting practice.

Although Schön's ideas have been foundational, and reflective practice has become embedded within the literature of professional education, there is a need to go beyond the terrain of reflection that he demarcates in order to take account of the dynamic between the personal, professional and political dimensions of practice. Dealing with indeterminate zones implies a criticality that Carr and Kemmis (1986) ascribe to Habermas' notion of '*critical social science*'; to move beyond the '*structurally imposed restraints of positivism*' and the '*uncritical renderings of individuals' self-understanding*' of interpretivism (Carr and Kemmis, 1986: 137). Within critical social science the term reflexivity is not only applicable to professional practice, it is employed more broadly as an individual and social process. It is conceptualised as the capacity through which human beings accommodate to, and act to construct, their social world as they are confronted by and create changing relationships and social structures (Giddens, 1991). However, Giddens sees reflexivity as an increasingly individualised activity in which people become obsessed with their own self-trajectories, echoing the concerns raised by Bleakley (1999) about reflection. The danger is that the individual and social dimensions become fragmented and disconnected.

However, for Taylor and White (2000) in the sphere of health and welfare it is the notion of reflexivity, not reflective practice, which encompasses the possibility to interrogate our assumptions as both professionals and human beings. Taylor and White view reflective practice as a pragmatic activity focusing on the technical competence of the individual. Although reflexivity shares its origins with reflection in the same Latin verb *reflectere*, as a social phenomenon it links the personal, with the professional and political. '*The "bending back" is not simply*

the individualized action of separate practitioners ... it is the collective action of an academic discipline or occupational group' (Taylor and White, 2000:158).

The problems of disentangling the semantics of reflection, reflective practice and reflexivity is illustrated by examples from research I undertook in 1997-98, with women whose professional and voluntary activity covered a wide range of contexts in health, education and social care (Issitt, 2000). Their experience illustrated how the flexibility of reflective practice meant that the concept could be invoked by those with competing ideological positions. In some of their work settings it had become a superficial, mechanistic activity in which boxes were ticked in relation to outcomes achieved or competences demonstrated, reflecting new managerial imperatives. Respondents expressed dissatisfaction with this focus on task-centred reflection which acted as a form of self surveillance, falling into the danger of separating the practitioner, from the overall context impacting on them. However, research participants had other interpretations and many were concerned not to be diverted from a reflective critique which challenged the macro societal causation of problems whose solution lay in organisational and political change.

These women used alternative systems though activities such as diary writing and networking to promote reflection at individual and group levels. Reflective practice had sometimes been learned elsewhere than the immediate work context through involvement in activities such as feminist organising or non-managerial supervision, and for many there was necessarily a political edge. Thus reflection involved questioning their organisational context, critically evaluating and trying to change practice in relation to their professional, political and personal value-bases. The synthesis between reflective and anti-oppressive practice was central. One research participant described

reflective, anti-oppressive practice as a way of life, a state of being, it encompasses one's personal, social and professional practice. The long-term goal being the creation of a more inclusive society (Issitt, 1999: 31).

This summed up the feelings of a number of women who realised that whilst this was demanding and seemingly idealistic, '*constantly checking back with the value-base*' (Issitt, 1999: 31), helped link ideals and action, preventing practice from becoming reductionist and self-confirming. In order to maintain integrity, reflection often had to take place outside of the work setting, in order to put action into a wider professional/political perspective. In this way reflection in professional learning and development for human service becomes a critical, but also personally demanding activity. It is not neutral in terms of class, race, gender and other forms of difference. It incorporates feminist analysis in which the bending back of reflexivity will inevitably be framed by experience of such differences, to affect the way we simultaneously react to and construct our social world (Issitt,

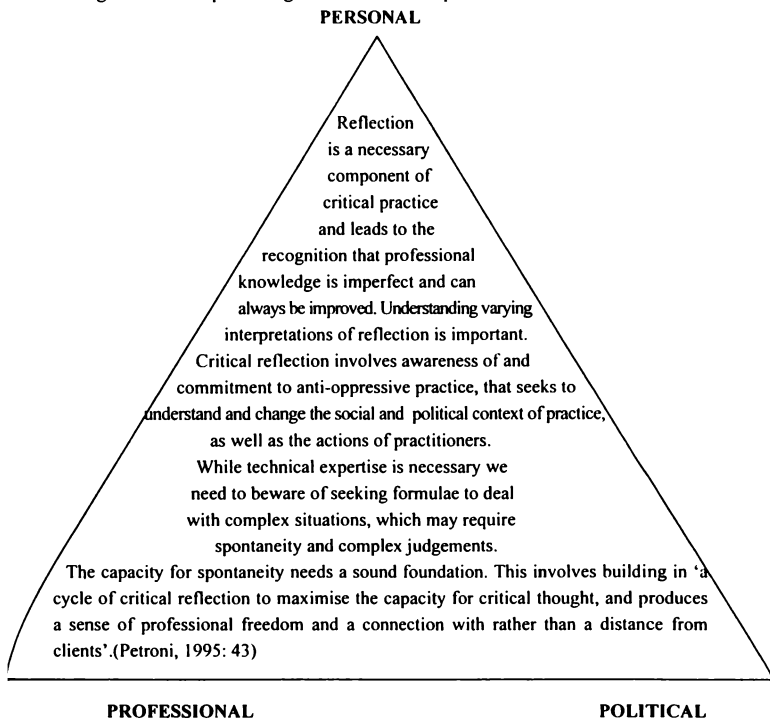
1998). This is qualified by our agency, our capacity to act autonomously, which includes the possibility of taking action, against social exclusion, and recognizes the limitations and possibilities framed by social divisions.

Reflective practice, professional education and health promotion

How do we sum up what we are looking for in relation to reflective practice for health promotion? In tackling inequalities in health and well-being we are dealing with indeterminate zones of practice, which have been characterised by challenge and change from social movements. To be of use reflection has to go beyond simply looking at the content of practitioners' performance according to occupational standards. It will involve examining the synchronicity and tensions between personal, professional and political values and practice. In health promotion a wide range of technical competence is required, appropriate to a variety of professions and settings. A critical interpretation of reflective practice can incorporate concerns to accredit and extend technical competence whilst recognising that reflection is not a neutral activity. It will be framed in relation to social divisions and other contextual and political factors.

Figure 2. presents a conceptualization of reflective practice that was informed, in part through the research quoted above, but is in a continuous state of revision to meet varying needs.

Figure 2. Conceptualising critical reflective practice



Rather than offering a blueprint the aim of the visual summary presented in Figure 2 provides a stimulus to thought and questioning and, somewhat ambitiously, to indicate a multi-dimensional dynamic in two dimensions, as it seeks to show the interplay of personal, political and professional factors in relation to practice. The summary draws upon some of Schön's key ideas in relation to the uniqueness of professional work which involves dealing with the value-base that can inform our approach to 'indeterminate zones of practice'. These are often contested concepts and situations faced by health promoters that are involved in determining and applying professional values. It retains the term reflective practice which the literature on professional education tends to use,

even though authors, such as Taylor and White, influenced by sociological theory prefer reflexivity to be applied to health and welfare. Reflection, as interpreted in Figure 2 distinguishes between reflexivity as a social phenomenon applicable to all of us in our daily lives, and reflection which is the way such reflexivity can be made a conscious part of learning and development for human service work that includes health promotion. Critical reflective practice becomes a specialised term analogous to the way 'active listening' in counselling denotes how an everyday activity can be tuned and applied skilfully in professional contexts (Egan 1990).

Figure 2 is employed with multi-disciplinary professional groups of students including the former postgraduate Diploma/MA in Health Promoting Practice at Manchester Metropolitan University to examine their technical knowledge, ability and values in relation to personal, professional and political dimensions of health promotion. Reflection is systematically integrated into assignments, and teaching and learning strategies, both face-to-face and at a distance. It reminds students of the location of personal, professional practice within a wider political context. It can help accredit strengths and also highlight areas for new learning and improvement. Different dimensions of practice can be focused on separately or simultaneously, and the approach is constantly being reframed through ongoing dialogue in student groups.

The approach to critical reflective practice advocated above presents challenges for course tutors, as the roles of learner and expert becomes diffused between students and lecturers. In implementing this approach lecturers have to demonstrate their preparedness to apply critical reflection to their own practice and be particularly open to learning and development through exchanges with their students (Heathcote, 1997).

Reflective practice, health promotion and professional education and training

Whilst health promoters may seek clearly defined standards and outcomes within which to frame and measure their action, they also need to be creative and visionary in order to develop new ways of knowing and practising. This review of reflection and reflective practice shows that whilst there are inconsistencies there are many useful features that can be built upon to assist with managing tensions to provide a critical, reflexive approach in education and training. Unfortunately, we cannot take comfort from the certainty of reflective practice having one clear meaning or definition. Professionals may be required, or voluntarily choose to engage in different interpretations of 'reflective practices', and it is important to acknowledge that Schön's work prepares us for this. Health promoters, as managers, educators, service planners, facilitators or providers, will have to understand and utilise different conceptualisations of reflection 'in' and 'on' practice. For Bleakley (1999), a strength is that '*Schön's view of reflection-in-action is of an education into tolerance of ambiguity*'.

Reflective learning can be derived from the critique of inequality developed in the sphere of health, and the debates and action for anti-oppressive practice developed within social care, youth and community work, voluntary organisations and feminist and other social movements. The creation of theory and practice relevant to multi-agency education for health and well-being will involve redefining existing professional boundaries and training, with critical reflective learning linked to practice.

The critical conceptualisation of reflective practice presented in Figure 2 acknowledges that reflective practice does not offer a straightforward way of dealing with the dilemmas faced by health promotion, in managing the tension between the vision of overcoming inequalities in health and well-being and the route through which this is achieved. Critical reflection, which builds upon the spirit of openness and enquiry in Schön's work helps us learn about and evaluate our own and others' practice and debate the key issues and identify ways forward. It is a demanding process and is not offered as a '*retreat inside ourselves in order to find ways of surviving...adverse conditions*' (Wainwright 1996: 80), rather than seeking collective solutions. Learning about and implementing new ways of improving health is central to health promotion. Systematic, critical, reflective practice has the potential to enable practitioners from the wide variety of backgrounds for whom the improvement of health is a priority to understand and act in relation to the personal, professional and political challenges they face.

References

- Barr, H. (2000): 'New NHS, new collaboration, new agenda for education'. *Journal of Interprofessional Care*, 2000:14, (1) 81-86.
- Beattie, A. (1991): 'Knowledge and control in health promotion: a test case for social policy and social theory', in Gabe J., Calnan, M. and Murray, M. (eds) *The Sociology of the Health Service*. London, Routledge.
- Bengtsson, J. (1995): 'What is reflection? On reflection in the teaching profession and teacher education', *Teachers and Teaching: Theory and Practice*, 1,1, 205-211.
- Benkő Zsuzsanna (2003): Introduction to Health Promotion. In: *The ERASMUS Lectures (Selection) 1998 – 2003. II*. Szegedi Tudományegyetem, Szeged. 15–21.
- Benkő, Zs. (2004): Introduction to Health Promotion. In: Klára Törkő (2004., cd): Health Promotion, Health Education, Health Promotion Projects. In: Zsuzsanna Benkő (2004., Editor of Series): *Integrated programmes for lower-primary teacher training*. Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. Szeged. 11-18.

- Bleakley, A. (1999): 'From reflective practice to holistic reflexivity' *Studies in Higher Education*, 24 (3): 315-330.
- Boud, D, Walker, D. (1998): 'Promoting reflection in professional courses: the challenge of the context', *Studies in Higher Education*, 23 (2) 191-206.
- Carr W, Kemmis S. (1986): *Becoming Critical: Education, Knowledge and Action Research*. Lewes: Falmer Press.
- Cribb, A. (1995): 'The borders of health promotion', in Seedhouse, D. (1995, ed.) *Reforming Health Care: The Philosophy and Practice of International Health Reform*. Chichester, John Wiley.
- Davies, J.K. (2003): 'Expanding European perspectives on health promotion'. *Health Education Journal*, 62, (2) 125-132.
- Department of Health. (1999): *Saving Lives: Our Healthier Nation Cm 4386*. The Stationery Office. [Http://www.official-documents.co.uk/document/cm43/4386/4386/htm](http://www.official-documents.co.uk/document/cm43/4386/4386/htm).
- Dominelli, L. (1996): 'Deprofessionalising social work: anti-oppressive practice, competencies and postmodernism. *British Journal of Social Work*, 26, 153-175.
- Egan, G. (1990): *The Skilled Helper: Model, Skills and Methods for Effective Helping*. 4th Edition, Pacific Grove, CA: Brooks Cole.
- Foucault, M. (1977): *Discipline and Punish: the Birth of the New Prison*. London, Allen and Lane. Cited in Bleakley, 1999.
- Freire, P. (1972): *Pedagogy of the Oppressed*. Harmondsworth: Penguin.
- Giddens, A. (1991): *Modernity and Self-Identity*. Cambridge, Polity Press.
- Graham, I.W (1999): 'Reflective narrative and dementia care' *Journal of Clinical Nursing*, 8, 675-683.
- Heathcote, G. (1997): 'Developing personal autonomy in continuing professional development', in D. Bridges (ed) *Education, Autonomy and Democratic Citizenship*. International Library of the Philosophy of Education. London, Routledge.
- Issitt, M. (1998): 'Conceptualizing competence and reflective practice: a feminist perspective', in L. Cunningham, D.O'Reilly and S. Lester (eds) *Educating the Capable Practitioner*. London, Kogan Page.
- Issitt, M. (1999): 'Towards the development of anti-oppressive reflective practice: the challenge for multi-disciplinary working'. *Journal of Practice teaching in Health and Social Work*. 2 (2) 21-37.
- Issitt, M. (2000): 'Critical professionals and reflective practice: the experience of women practitioners in health, welfare and education', in J. Batsleer and B. Humphries (eds) *Welfare, Exclusion and Political Agency*. London: Routledge.
- Issitt, M. (2003): 'Reflecting on reflective practice for professional education and development for health promotion.' *Health Education Journal*, 62, (2) 173-188.

- Mezirow, J. (1981): 'A critical theory of adult learning and education', *Adult Education*, 32 (1), Fall, 3-24.
- Pietroni, M. (1995): 'The nature and aims of professional education for social workers: a postmodern approach,' in Yelloly, M. and Henkel, M. *Learning and Teaching for Social Work: Towards Reflective Practice* London: Jessica Kingsley.
- Schön, D. (1991): *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. Aldershot, Avebury Ashgate.
- Schön, D. (1992): 'The crisis of professional knowledge and the pursuit of an epistemology of practice. *Journal of Interprofessional Care*, 6(1).
- Smart, H., Ritchie, D. (2003): 'A reflection on the proposed educational provision for the "practitioner level" public health/health improvement workforce in Scotland: a discussion paper on the benefits of work-placed learning'. *Health Education Journal*, 62, (2) 113-124.
- Stark, S., Stronach, I. and Cooke P. (1999): 'Reflection and the gap between practice, education and research in nursing.' *Journal of Practice Teaching in Health and Social Work*. 2(2), 6-20.
- Taylor, C, and White, S. (2000): *Practising Reflexivity in Health and Welfare*. Buckingham: Open University Press, 2000.
- Thompson, N. (2000): *Theory and Practice in Human Services*. Buckingham, Open University Press.
- Wainwright, D. (1996): 'The political transformation of the health inequalities debate. *Critical Social Policy*. 49(16) 67-82.
- Whitehead, M. (1992): 'The concepts and principles of equity and health'. *International Journal of health Services*. 22 (3) 429-445.

DEVELOPING COMPETENCIES FOR EVIDENCE-BASED HEALTH PROMOTION

Angela Scriven

Background

Developing the capacity to deliver evidence-based health promotion is a key goal within Europe (e.g. Benkő, 1998) as demonstrated by the Getting Evidence into Practice Project (GEP), and worldwide by the Global Programme on Health Promotion Effectiveness (GPHPE). The dissemination of the GEP project in the special supplement of Promotion & Education in 2005 was dominated by five key issues, all of which have relevance for those with a responsibility for educating the health promoters of the future. They were issues around the nature of evidence; the need for a common framework for getting evidence in to practice; workforce capacity and capability; linkage between research, policy and practice; collaborative action and the need for a unified terminology (Jones and Scriven, 2005). The third on this list, workforce capacity and capability, is the issue on which this paper is based.

At a national level in the UK, increasing capacity and capability in evidence-based practice (EBP) is high on the public health agenda. The Health Development Agency in England had a major remit to produce and disseminate to practitioners the evidence of effectiveness of public health and health promotion. This role was transferred to the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in April 2005. Also in the UK the National Standards for Public Health Practice have EBP competencies embedded in them. For registration on the Public Health Voluntary Register, specialists need to demonstrate “Know How” and “Show How” competencies. Standard 3 of the National Standards for Specialist Practice in Public Health, *Developing quality and risk management within an evaluative culture*, specifically focuses on EBP and requires professionals to know how to:

3.2 Assess the evidence and impact of health and healthcare interventions, programmes and services and apply the assessment to practice.

For specialists practising in defined areas of public health, such as health promotion, the draft competencies (Public Health Resource Unit, June 2005) have included “know hows” under Standard 3 that involve:

23 Critical appraisal of primary and secondary research and knowledge of the hierarchy of evidence.

24 Assessment of evidence of effectiveness of services, programmes and interventions, which impact on health.

Under core area 24 at the next level of core competencies, practitioners are required to be able to “show how” they can:

2.1 Conduct a literature review, which includes the use of electronic databases, defining a search strategy and summarizing results.

2.2 Apply research evidence, evidence of effectiveness, outcome measures, evaluation and audit to influence programme interventions, services or development of clinical or practice guidelines and protocol.

2.3 Interpret and balance evidence and effectiveness from a range of sources to inform decision-making.

These National Standards provide coherent and important indicators to those with a responsibility for curriculum development in health promotion. The Standards alongside the international imperatives discussed earlier have acted as a catalyst and directed the development of a WebCT education resource to support a postgraduate module, Evidence Based Public Health and Epidemiology, on the MSc in Health Promotion and Public Health at Brunel University, London.

The development of the WebCT resource

The WebCT learning tool is in three parts and covers the key areas of EBP outlined in the PH Standards, including:

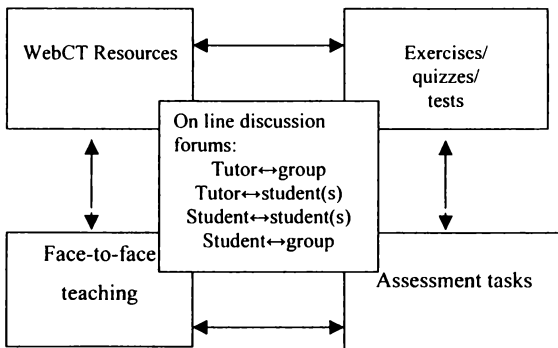
Part 1: A critical exploration of the principles and processes of EBP in public health and health promotion.

Part 2: Exercises on epidemiology, epidemiological evidence, statistical information and skills.

Part 3: A critique of the evidence to support behavioural change approaches to public health interventions (as the medium through which to further develop and apply EBP skills).

A key aim in the development has been to establish a more synergistic relationship between e-learning and face-to-face teaching and learning (see Figure 1).

Figure 1. A model of the relationship between the various elements of student learning and the teaching process.



The broader aims of the work are to:

- a) Promote innovation in health promotion course delivery by developing a WebCT that results in active-learning around evidence based competencies across a number of levels of cognition;
- b) Be research led in the development of the curricula, by creating a research focused WebCT and then researching the impact of the WebCT on students learning;
- c) Improve the students EBP computing skills, which will enhance students work based competencies and employability;

The development and evaluation of the WebCT is scheduled lasts for 12 months, from April 2005 to April 2006. At the time of writing the project is at the halfway point. The WebCT has been produced, piloted and adjusted following student evaluation and is ready for the 2005/2006 academic year.

| Date | Milestone |
|--------------------------|--|
| April – May 2005 | Development of the WebCT scripts |
| June 2005 | Development of the WebCT |
| July 2005 | Piloting of the WebCT |
| Aug 2005 | Post piloting refinement of the WebCT |
| Sept 2005 | Students register on the module HH5102 and on the WebCT programme |
| Oct – Dec 2005 | Process and formative evaluation of the WebCT and adjustment if necessary. |
| Jan – March 2006 | Process evaluation continued |
| March- April 2006 | Summative evaluation, to include a measure of students learning and response to the use of e-learning. Report written, with guidelines and recommendations made. |

The WebCT has 20 units of work that complement and have direct links to the 20 face-to-face taught sessions. In most of the 20 units, EBP competency development is tested and students can evaluate their own progress through monitoring the result.

There are core elements that include sets of materials, exercises, quizzes and tests, compiled using the cognitive domain of Bloom's taxonomy (see Table 1.) to inform their design. Blooms taxonomy has been chosen because the cognitive competencies and skills reflect those required for EBP (as can be seen from Table 1.). Question cues linked to each cognitive competence have been used in creating the EBP exercises, quizzes and tests on the WebCT.

Table 1. Blooms taxonomy as a guide to WebCT competency development and measurement (Adapted from: Bloom, 1984) and Learning Skills Programme, Counselling Services – University of Victoria at <http://www.coun.uvic.ca/learn/program/hndouts/bloom.html> last accessed_12/09/05)

| Competence | Skills Demonstrated |
|----------------------|---|
| Knowledge | <ul style="list-style-type: none">• <u>observation</u> and recall of information• <u>knowledge</u> of major ideas• <u>grasp</u> of subject matter <p>Question cues: list, define, tell, describe, identify, show, label, collect, examine, tabulate, quote, name <i>e.g. list the levels of evidence, define meta analysis</i></p> |
| Comprehension | <ul style="list-style-type: none">• <u>understanding</u> information, <u>grasp</u> meaning• <u>translate knowledge</u> into new context• <u>interpret</u> facts, <u>compare, contrast</u>• <u>order, group, infer causes</u>• <u>predict</u> consequences <p>Question cues: summarise, describe, interpret, contrast, predict, associate, distinguish, estimate, differentiate, discuss, extend <i>e.g. distinguish between the list of EBP questions and place them in to 9 categories according to the types of questions</i></p> |
| Application | <ul style="list-style-type: none">• <u>use information</u>• <u>use methods, concepts, theories</u> in new situations• <u>solve problems</u> using required skills or knowledge <p>Questions cues: apply, demonstrate, calculate, complete, illustrate, show, solve, examine, modify, relate, change, classify, experiment, discover <i>e.g. from given data, calculate the association between exposure and disease</i></p> |
| Analysis | <ul style="list-style-type: none">• <u>seeing patterns</u>• <u>organisation of parts</u>• <u>recognition of hidden meanings</u>• <u>identification of components</u> <p>Question cues: analyse, separate, order, explain, connect, arrange, divide, compare, select, infer</p> |

e.g. What is the most important outcome of... (given research study taken from e-journal gateway)

Synthesis

- **use old ideas to create new ones**
- **generalise** from given facts
- **relate knowledge** from several areas
- **predict, draw conclusions**

Question cues:

combine, integrate, modify, rearrange, substitute, plan, create, design, invent, compose, formulate, prepare, generalise, rewrite
e.g. formulate a set of critical appraisal questions using the examples of appraisal tools taken from the web.

Evaluation

- **compare and discriminate** between ideas
- **assess value of theories**, presentations
- **make choices** based on reasoned argument
- **verify value of evidence**
- **recognise subjectivity**

Question cues:

assess, decide, rank, grade, test, measure, recommend, convince, select, judge, explain, discriminate, support, conclude, compare, summarise
e.g. (using a specified e-journal article) rank in order of importance the factors that limit generalisation of the findings to the whole population

Part of the evaluation of the WebCT will include an assessment of the value of Bloom's taxonomy for informing the development of e-learning for students. The design of the WebCT also incorporates:

- a) An empowering approach: Students are encouraged to take more responsibility for their own and the group's learning by engaging in meaningful online discussion forums.*
- b) Student-centred techniques: For example, students are encouraged to display their work publicly and receive peer review.*
- c) Set time frames: units of study are assigned a "do-by" date and paced appropriately.*
- d) Variety: exercises, quizzes, tests are at a variety of intellectual levels; varied in their instructional purpose; designed to measure the-learning objectives*

of the module; offer learner feedback and reinforcement and develop a range of EBP cognitive competencies, as suggested by Bloom's Taxonomy.

The WebCT can be seen at:

http://webct1.brunel.ac.uk/webct/ticket/ticketLogin?action=autosignon_user&WebCT_ID=pptlogon&Password=pptpassword&request_uri=http://webct1.brunel.ac.uk/SCRIPT/HH5102/scripts/serve_home

A number of diverse lessons are being learnt from this project. These range from increased understanding about how to improve the students evidence based public health practice and computing skills through combining face-to-face with electronic teaching and learning, to the value of Blooms taxonomy as a guide to the development of electronic modes of learning and teaching.

An underlying assumption in the development of the WebCT has been the belief that to fully engage in evidence-based practice, professionals need a high degree of technological skills. Developing EBP competencies on-line through WebCT not only consolidates understanding and knowledge but also has the capacity to develop essential technological skills in searching for and appraising the evidence. An important note on concluding, however, is that in addition to this, it is crucial that health promoters fully appreciate the complexities of EBP as it relates to health promotion and have the appropriate knowledge and critical understanding to present a different set of assumptions that can challenge the domination of evidence-based medicine within the multi disciplinary public health arena.

References

- Benkő Zsuzsanna (1998): *Hungarian models of training programs in health promotion. Society of Health Promotion.* World Conference on Health Promotion & Health Education Puerto Rico, 1998.
- Bloom, B.S. et al (1956): Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals: Handbook I, cognitive domain. New York, Toronto: Longmans, Green.
- Jones, C. and Scriven, A. (2005): Where are we headed? The next frontier for the evidence of effectiveness in the European Region *Promotion & Education: International Journal of Health Promotion and Education.* Special Edition 1 2005-06-15 ISSN 1025- 38232005
- Public Health Resource Unit (2005): *UK Voluntary Register Framework for retrospective portfolio assessment of Specialists practicing in Specific Areas of Public Health Practice. Consultation Document* June 2005. UKVRPHS.

EXPANDING EUROPEAN PERSPECTIVES IN HEALTH PROMOTION POLICY AND PRACTICE

John Kenneth Davies

Introduction

Health promotion policy and practice has expanded rapidly over recent years to provide a distinctive perspective to facilitate the maintenance and improvement of health. It is the process of enabling people to increase control over and improve their health (WHO Ottawa Charter, 1986). It embraces not only actions to strengthen the skills and capabilities of individuals, but also comprehensive social and political processes to tackle the determinants of health and alleviate growing inequalities.

During the last decade there has been an unprecedented growth of influence of Europe on policy and practice both within and outside the continent itself. This has been driven mainly by the interests and influences of the European Union with an ever increasing number of member states.

The purpose of this presentation is to highlight the growing influence of European institutions in two related areas of concern to health promotion – public health policy and practice and higher education policy and practice. The interrelationship of these key policy areas is of growing importance to the maintenance and improvement of health for all citizens throughout Europe.

A second field of importance that will be highlighted in this presentation is the ever increasing need to demonstrate effectiveness and provide evidence of the quality and success of investment of resources in health promotion and health education. The relevance of the European Health Knowledge and Information System and the EUHPID Project, which is establishing a monitoring system for health promotion interventions will be discussed, together with the EUHPID Health Development model and indicator framework on which it is based.

Related to the need for production of evidence is the need for capacity-building and sustainability. This can only be achieved by high quality education and training of all the health promotion and public health workforce. This area will be discussed with reference to the EUMAHP Programme – the European Masters Programme in Health Promotion and the PHETICE Project.

The presentation will conclude by introducing and emphasising the role of the International Union for Health Promotion and Education. The priorities of its European Region will be discussed together with examples of its current projects in the health promotion and health education field.

Growth of European Influence

Two important European developments have occurred during the last decade which link higher education with the improvement of public health through health promotion.

The Treaty of the European Union (EU), signed in Maastricht agreed that Europe should contribute to the development of quality education by encouraging and supporting action in all member states. Article 126 of the Maastricht Treaty highlighted clear objectives including the development of the European dimension in education, encouraging mobility of students and teachers and effective exchange and co-operation. In the field of higher education, the European Higher Education Area would be formed by 2010. This reflected the EU's concern to prioritise the promotion of mobility, employability and Europeanisation among European citizens. This European tendency is to be brought about through the alignment of higher education qualifications in both education and research.

We have witnessed a rapid growth in EU competence in public health over the past ten years. Member states maintain responsibility for policy and practical delivery of health services, but Article 129 of the Maastricht Treaty gave the European Union competency in the field of public health. This was further strengthened by the Amsterdam Treaty during the 1990's.

From 1996–2000, the European Parliament and Council agreed a programme of Community action on health promotion, information, education and training within the framework for action in the field of public health. They requested specifically that an integrated approach to health promotion be developed based on international best practice, and encouraged this health promotion approach, based on multidisciplinary and intersectoral approaches to be developed in the health policies of member states. One of the 5 key objectives of this health promotion programme was the development of vocational training in public health and health promotion “to help to familiarise the various categories of health staff, those who decide on and administer health policy or action and those in the front line of health promotion (e.g. teachers, educators, social workers) with knowledge, ideas, and methods relating to public health, prevention, health promotion, information and health education”.

A new European Community Action Programme in Public Health was launched by the European Commission (EC) in 2003 to run up until 2008. It has three strands:

- Improving health information and knowledge;
- Responding rapidly to health threats;
- Addressing health determinants through best practice in effective health promotion and disease prevention measures.

The approach taken by the EU in this current Programme has adopted a more transparent and open climate to both decision making and strategic development. This has reflected a vision linking the key values of social justice, participation, empowerment and equity for all. In practical terms this has been facilitated by the introduction of an infrastructure focussed on the European Health Policy Forum – a meeting twice a year in Brussels of around 50 Pan-European Non-Governmental- Organizations (NGO's) who represent many key stakeholders in the European health Community. This Forum is supported by an Open Forum which supplements its numbers by many other stakeholders from civil society throughout Europe. This Open Forum will be held next on 7-8 November 2005 in Brussels. A Virtual Forum also exists to encapsulate a wider range of health stakeholders via electronic means. The recently proposed European Constitutional Treaty, if ratified, will allow numerous informal mechanisms for EU action on health.

Effectiveness and Evidence for Health Promotion (The EUHPID Project)

The EC Health Monitoring Programme from 1998-2002 had the initial goal of setting the foundation for the EU Health Knowledge and Information System as a policy tool to be used at European Community, national and regional levels. One of its main functions was to contribute to the information and knowledge base necessary to support the current EC Public Health Programme during the period from 2003-2008.

One of the last projects to be funded under the 2001 annual work plan was a project to establish a European Health Promotion Monitoring System, which has become known under the acronym of the EUHPID Project.

Aims & Objectives

The overall aim of the EUHPID Project was to improve the promotion of health through the development of a common data set of European health promotion indicators. It sought to benefit from the value-added aspects of a Pan-European perspective to ensure identification of best practice to ensure more effective and efficient application of health promotion policies and programmes. Indirectly the EUHPID programme sought to develop and reinforce the European conceptualisation and operationalisation of health promotion.

The first stage of the project was completed in early 2004 and has recommended a EUHPID Health Promotion Model as a rationale for the construction, selection and classification of European health promotion indicators.

EUHPID's work on the development of health promotion indicators needed to fit into the European Community Health Indicator (ECHI) framework, which was already being established on behalf of the EC as the core indicator framework. Following detailed dialogue between EUHPID and ECHI colleagues, agreement

was reached on the conceptual links between the EUHPID and ECHI frameworks. The recommended data sets for health promotion consist of:

- Health promotion policy and practice;
- Integrated settings for health promotion.

The EUHPID User Window needs to be further developed to help users in interrogating the ECHI system – this will be part of the work of the ECHIM (European Health Indicator Monitoring Project) which the EC have agreed to fund from later in 2005 until 2008. This Project will progress the underlying indicator framework for the European Health Knowledge and Information System, and will be developed by a core group and partnership of European agencies.

The EUHPID Project has developed the EUHPID Health Development Model as the basis for establishing a European set of indicators for monitoring health promotion interventions. This model is offered more generally as a common frame of reference for public health practice and indicator development. The model builds around physical, mental and social health of individuals and shows how health develops by interaction between individual and environmental health determinants. It demonstrates that health development can be analysed from a salutogenic and pathogenic perspective and explains how the differing starting points of different intervention approaches are related to these two perspectives. A classification system for pathogenic and salutogenic public health outcome indicators is derived from the model and applied to the current core list of the European Community Health Indicator (ECHI) system, as explained above. This application demonstrates the need for systematic salutogenic indicator development in the field of public health and for strengthening the health promotion perspective in the future.

The EUHPID health development model, secondly uses the model to demonstrate a common frame of reference for health promotion and other public health intervention approaches, thirdly derives a classification system of public health indicators based on this model and finally illustrates this classification system by applying it to the ECHI shortlist of public health indicators.

The EUHPID Health Development Model

Health relates to everyday functioning and self-experience of individual human beings. Health development is defined as the ongoing process of (re-) producing health as an integral part of human life. Health as an intended or unintended outcome of actual living, and, by that, input into or resource for future living, is placed at the centre of the health development model. For a detailed exposition of the Model please refer to Bauer et. al. (2003) and Bauer, Davies and Pelikan (2006).

The Bologna Process

The Bologna Declaration (1999) signed by 29 countries in Europe has progressed the development of a European system of higher education as a single, coherent system by 2010. At an intermediate level it is seen as promoting 'European Dimensions' in higher education. The Declaration has the following 6 objectives: Adoption of a system of easily readable and comparable degrees; Adoption of a system based on two cycles – undergraduate and graduate; Establishment of a system of credits such as ECTS; Promotion of mobility for students, teachers, researchers; Promotion of European co-operation in quality assurance; Promotion of the necessary European dimensions of higher education.

The latter objective is particularly relevant with regard to curriculum development, inter-institutional co-operation, mobility schemes and integrated programmes of education and training.

The EUMAHP Programme

The former Health Promotion and Disease Surveillance Unit, Public Health and Safety at Work (DGV-F3) of the European Commission (now DG SANCO) initiated a dedicated programme of work in this field. The programme included a feasibility study of a European Masters in Health Promotion Programme (EUMAHP). Phase 1 of the EUMAHP Programme - Davies, Brooks & Monaghan (2000) *The EUMAHP Project: Feasibility Study*. University of Brighton was funded by the European Commission (EC) from 1998-2000. This established the core curriculum for European Health Promotion and EUMAHP Programme (see Davies, 2003). The Dissemination Phase (Second Phase) of EUMAHP was funded by the EC (DG SANCO) from 2001-2004.

EUMAHP was co-ordinated and initiated by IHDRC at University of Brighton and developed with a Consortium of experts from all member states of the EU and Norway. A detailed exposition of the EUMAHP Project and its deliverables is provided in Davies, Hall and Linwood (2004).

The PHETICE Project 2005-2008

The main objective of this project recently funded by DG SANCO is to utilise the synergies of five existing Public Health training programmes to further develop public health training in an enlarging Europe. The objectives of the project are:

- *To contribute to a European strategy in public health training, building on experiences and investments from existing training programmes, and identifying commonalities and synergies.*

In 1997, the EC started funding the European Master Programme in Public Health Nutrition. The other programmes in this current project partnership started

during the following years. During this period, these public health specialist programmes have grown strong independently. However, the programmes have been developed without the framework of the Bologna declaration regarding accession and examination criteria.

There is now a need for these diverse training programmes to work together to identify ways forward within the Bologna framework, and to identify differences, commonalities and synergies. Among possible synergies, segments of the various courses that can be combined can certainly be identified, while some elements can probably be run as electives in other courses. The developed materials and experienced teachers can be used interchangeably and further possibilities for teacher exchange, even between the programmes, will be explored. This needs to be carried out in a way that all the different programmes are involved, with mutual interrelationships between the programmes, and with intense communication over a period of time while ensuring that each programme is able to maintain its individuality. The first step in this process is to compare the course structures and identify possibilities for collaborative development processes.

- *To identify and integrate educational institutions from acceding and candidate countries into existing European training programmes in public health.*

Since the start of the training programmes, the respective organisers have been eager to include partners from new member states and candidate countries. However, due to funding restrictions, this has not been entirely impossible until now.

What is now needed is to formalise and structuralise these collaborations, while at the same time making an inventory of the existing training public health programmes in these countries into a common electronic reporting format.

- *To develop a common understanding of the core competencies of professionals within public health specialist areas, through networking and collaboration with relevant projects and institutions.*

Building on the inventories carried out in objective 2, the project will develop a plan of what competencies future public health professionals will need to possess. This will be based for example on the enlargement process and professional bodies' understanding of the issues. Intense networking with relevant bodies in Europe will be necessary, developing from and building on objectives 1 and 2.

- *To develop European professional and academic standards to enable uniform quality control processes and joint degrees on all levels.*

This objective will be carried out in close collaboration with DG Education and will build on the developments of the Bologna Declaration. The future programmes need to fit into the 3+2+3 description of Bachelor – Master – PhD

levels. Consequently the project will investigate the idea of developing all three levels in the future within Public Health training. At the same time, PHETICE will investigate possibilities for sustainability by funding through DG Education, as well as possibilities for creating joint quality assurance and joint degrees on all levels, probably starting on the Master level.

- *To further develop methods for public health training and integrate areas of inequality, health monitoring and best practice.*

There is a great need in Europe for professionals who will be able to work in the new health monitoring system and use the results generated. It is also important for training in public health to integrate all these areas into the courses. This will take place by identifying cross-cutting monitoring elements in all the five specialised training programmes. A similar process will be carried out to cover areas of inequality and best practice. During these processes, new core or elective modules or sub-modules will be developed. There will also be further development and introduction of evidence-based training methods and materials, strategies and courses for teachers.

- *To publish and disseminate guidelines for public health specialist training in Europe.*

Based on all the above, PHETICE will develop a set of guidelines for training. These will include results from the partners from the new member states and candidate countries, existing programmes, developed competencies, work with DG Education, new included priorities and evidence-based training methods, for example. These guidelines will be disseminated to all identified partners in the extended European network of European projects and NGOs, and professional bodies. Following feedback from these parties, the guidelines will be finalised.

- *To increase access to evidence-based education and information for European public health workers and specialists and thereby for European citizens.*

PHETICE will create a website that includes a set of down-loadable guidelines. Evidence-based teaching methods, teaching staff and materials will also be made available to a wider audience. On-line learning courses and on-site courses for teachers will be advertised, as well as newly developed training packages. The sustainability of the website will be ensured through collaboration with professional organisations in Europe.

Further Development Work on Education and Training

Inter-regional collaboration is being pursued through funding proposals submitted to the EU-Canada Bi-lateral Programme and the EU-Asia Link Programme.

Further development work related to e-learning is progressing through a proposed European thematic network proposal and consideration of a bid to the 6th Research Framework of the EC. This latter link between education and training and research reflects the recent interest in common PhD programmes within the Bologna process.

Further links are being encouraged through the various health promotion project/networks on evidence and effectiveness. The European Regional Committee of the International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) has recently established a Professional Training and Accreditation Sub-Committee.

The International Union for Health Promotion & Education (IUHPE)

The IUHPE is the principal international, non-governmental organisation for health promotion and health education with its headquarters in Paris. It is a global professional association for all professionals working in health promotion and health education. Founded in 1951, it has for over fifty years been working to establish the free exchange of ideas, skills, experience and technical development in health promotion and education. It works through seven regional offices in various parts of the world and has more than 2,000 members in more than 90 countries. The European Office is, for historical and economic reasons, the strongest region with membership in more than 35 countries.

Communication between members is crucially important for the organization which has its own web-site = www.iuhpe.org It also uses a series of international journals to communicate articles, technical developments and general communication between members. These include the International Journal of Health Promotion & Education – Promotion and Education; Health Education Research: Theory & Practice The official research journal of the IUHPE; and Health Promotion International – the latter two journals are produced linked though an agreement with Oxford University Press and IUHPE. Other electronic media are used also – for example Reviews of Health Promotion & Health Education On-Line. An important seminal document, demonstrating the effectiveness of health promotion was produced in 2000 from a project funded for this purpose by the EC (DG SANCO). New chapters for a second edition of this book are currently being added on mental health promotion and infrastructures for health promotion, for example.

The European Region of IUHPE has established a series of regional priorities. The first of these relates to organizational capacity-building and the need to increase membership in all countries of Europe. For administrative purposes the IUHPE/EURO commissions staff at the Paris HQ for support. The Vice President and the Regional Committee are currently monitoring the need for project based and technical support within the Region. Advocacy and lobbying for health

improvement are also key priorities of the Region – in relation for example to the tobacco control.

As mentioned above, evidence and the establishment of effectiveness and quality of health promotion are other priorities and are reflected in the work of the IUHPE Global Programme on Effectiveness and the Getting Evidence into Practice Project – the latter with funding from the EC. Networking and partnership-building are important tools used by the Region to build effective joint working with other stakeholders. The importance to the Region of accreditation and training of the health promotion workforce has been discussed above. Finally the Region relies on project development to gain expertise in the technical aspects of health promotion policy and practice. Current projects include:

- Professional Exchange Programme (PEP)
- HP Source (web-based resource information on health promotion infrastructures)
- Mediterranean Rim Project
- Evidence into Practice
- Essential Readings in Health Promotion
- Health Promotion Indicators
- Mental Health Promotion
- 6th WHO Global Conference on Health Promotion Bangkok 2005
- 7th IUHPE European Conference on Health Promotion Budapest 2006
- 19th IUHPE World Conference on Health Promotion Vancouver 2007
- Full details of all these projects and membership information and procedures can be obtained by consulting = www.iuhpe.org

References

- Bauer, G., Davies, J. K., Pelikan, J., Noack, H., Broesskamp, U. and Hill, C. (2003): Advancing a Theoretical Model for Public Health and Health Promotion Indicator Development. *European Journal of Public Health* 13, 3 (Supplement) pp 107-113.
- Bauer, G., Davies, J. K. and Pelikan, J. (2006): The EUHPID Health Development Model for the Classification of Public Health Indicators. *Health Promotion International*.
- Davies, J. K. (2003): Expanding European Perspectives in Health Promotion. *Health Education Journal*, Vol 62 No 2 pp125-132).
- Davies, J. K., Hall, C. and Linwood, E. (2004): *The EUMAHP Project Phase 2: Final Report to the European Commission*. University of Brighton.

EGYSÉGESÜLŐ ORVOSKÉPZÉS, A XXI. SZÁZAD KIHÍVÁSAI

Barabás Katalin

A felsőoktatás kettő, a társadalom életét messzemenően meghatározó szakember képzésének-a tanár és orvosképzésnek a közös pontjait különbözőségeit, egymásra gyakorolt hatását azóta próbáljuk elemezni, amióta az egészségfejlesztő szakemberképzésben a két felsőoktatási forma összekapcsolódott.

Minden kultúrában megtalálható a tanító és a gyógyító alakja. Minden csoport kitermeli azokat az embereket, akik mások viselkedésének alakítására, mások javára áldozzák az életüket. Ez a két professzió a „leghumánusabb” hivatás, hiszen tevékenységével az egyén, a közösség megküzdését segíti, az életben maradáást biztosítja.

A digitális korszak, a globalizáció, és a felsőoktatás leginkább az orvosképzés üzletté válása új fejezetet nyit a képzéseinkben. Erre kell választ adniuk az orvosoknak, képzőhelyeknek.

Tanulmányomban azokat a globális és európai tendenciákat és megoldásokat mutatom be, amelyek reflektálnak a fenti kihívásokra. Célom, hogy tovább gondolatot kezdeményezzek a tárgyaink megújítása és bővítése érdekében, ezzel min-tát adva az egészségfejlesztő szakemberképzés számára is.

Történelmi visszapillantás

„Csak a múlt művészetében és tudományában jártas ember képes azok jövőbeli haladását elősegíteni”

Th. Billroth

A gyógyítás tapasztalatokon nyugvó gyakorlatból indult ki és évezredek múlttal jutott el az orvostudományig, amelynek hajnalát az 1600-as évek jelentik, ekkor kezdődik meg a testi folyamatok eszközös mérése, az élettani folyamatok tudományos igényű feltárása, de az orvostudomány igazi kibontakozását a 19. század nagy felfedezései, a mikrobiológia megjelenése, így a járványok megfékezésének tudományos alapokon nyugvó lehetősége jelentette.

Az orvostudomány oktatásának kérdése az 1910-ben az un Flexner jelentéssel került az érdeklődés középpontjába. A Carnegie Alapítvány megbízásából az USA és Kanada orvosi oktatásának felmérését tartalmazó elhíresült vádirat hatá-

¹ Az orvosképzés és egészségfejlesztő szak. mberképzés érintkezési pontjait foglalja kötetbe a „Mert életem millióökeket” című, Benkő Zsuzsanna által szerkesztett, 1999-ben a Szegei Tudományegyetem Felsőoktatási Kiadó által kiadott könyv

sára néhány orvosi fakultás be is zárt, mások pedig tudományos alapképzést nyújtó intézményekké alakultak (Flexner, 1910).

Az orvos képző helyek, így az amerikai egyetemek is arra a kérdésre próbáltak választ keresni, vajon mi működik legjobban a gyakorlatban: ha olyan orvosokat képezünk, akik orvos-tudósként a laboratóriumban és a betegágy mellett is megállják helyüket, vagy az orvosegyetemek legfőbb feladata csak a gyakorlati orvoscépzés?

A 20. század orvostudományának káprázatos fejlődése a szekularizált társadalomban azt az illúziót is keltette, hogy az orvos egyedül élet-halál ura, és az orvostudomány minden kérdésre választ ad. Azt a folyamatot, amely az orvostudomány hatáskörét kiterjeszti az élet majdnem minden szférájára, nevezzük *medikalizációnak*. Ez a folyamat akkor következik be, ha a természettudományos szemlélet dominanciája megfosztja az emberi testet a szociális, kulturális kontextusától (Helman, 2003).

Új szükségletek

*„Az orvostudományt meglehetősen tanulni,
de nem lehet igazán megtanítani”*

M.D. Altschule

Az ezredfordulón újabb kihívásokra is választ kell adnia az orvoscépzésnek. *A betegek elvárásai megváltoztak*, a beteg már nem egyszerű „páciens” tűrő, hanem sokszor jól informált (internet, média stb.) fogyasztói attitűddel rendelkező, kevésbé toleráns, kevésbé türelmes személy. Nagyobb hangsúlyt kap az *orvos-beteg kommunikációs készségfejlesztés*.

Átalakulóban van az *egészségügyi ellátás*, az individuális megközelítés mellett egyre nagyobb szerepet kap a közösségi megközelítés, ez a team munkát feltételezi, tehát szükség van a *multiprofesszionális csapatmunkára nevelésre*.

Az egészségügy *költséghatékonysága* minden országban központi kérdés, ebből következik, hogy a *megelőzés* egyre nagyobb jelentőséggel bír az orvosi munkában.

Az orvostudomány gyors ütemű fejlődésével, az információrobbanással lépést tartani szinte lehetetlen. A dilemmát az okozza, vajon tartható-e az a bevett módszer, hogy az alaptudományokból indulva jutunk el az alkalmazott klinikai tudományokig, megszaporodnak a kurzusok vagy, más módszer kell alkalmazni. Elimináljuk-e a régi ismereteket? A tanítandó tudományos ismereteket milyen szempontok szerint szelektáljuk? (például: demográfiai szempontok – öregedő társadalom – degeneratív és krónikus kórképek nagyobb aránya a tananyagban... stb). *Az információ menedzsmentjét és a kritikus gondolkodás készségét is tanítani kell.*

A hallgatók száma emelkedik, különböző kultúrákból érkeznek, kommunikációs készségbeli különbségek vannak. Alapképzetségük teljesen megváltozott,

nem alkalmazhatjuk a hagyományos oktatási módszereket, a digitális generáció más metodikát igényel.

Új tanmenetre van szükség, *új tanulási szituációk* bevezetésére kerül sor, az értékelési módszerek is az oktatással együtt fejlődnek. Az oktatásfejlesztés külön tudománnyá válik. Megjelennek az oktatásra oktatók posztgraduális képzési rendszerei – Dundee, Maastricht, Linköping – az orvoscépzés módszertani központjává válik. Ma már lehet tudományos fokozatot szerezni oktatásfejlesztés területén végzett tudományos munkával (Dent és Harden, 2001).

Az *orvosok szerepe* is változóban van. Az egyetem befejezése után a szervezett posztgraduális képzésben folytatják tanulmányaikat, a rezidens, PhD képzés már jól elkülöníti az irányulást, bár tudományos kutatás a klinikai gyakorlat területén is végezhető és a rezidens rendszer is a tudományos alapokon nyugvó gyakorlatorientált szakorvos képzés, az összefonódás természetes, megkerülhetetlen. Az egész életen át tartó továbbképzésben való részvétel nemcsak erkölcsi kötelessége az orvosnak, hanem működésének feltétele is.

Az orvosok kevesebb időt töltenek a betegekkel. Nagyobb elvárások vannak az orvosokkal szemben – gazdasági, menedzsment ismeretekkel is rendelkező, az új kutatási eredményeket értő, új módszereket alkalmazni tudó szakember képét rajzolja meg a társadalmi elvárás.

Az orvosok szűkebb területeket felölölő, rövid tréningekre vágnak. Ehhez nagy segítséget nyújthatnak *az e-learning módszerek*. A *saját munka elemzésére* alkalmasak a *video* technikák, és a *szimulátorok* alkalmazásai az orvosok körében felmerülő tanulási igények kielégítésére szolgálnak.

Egységesülő orvoscépzés

„Az orvoscépzésnek a leglényegesebb része végül is az, ami a diploma megszerzése után megy végbe”

J. S. Billings

Az orvoscépzésben nagy igény van az *új oktatási stratégia kialakítására*. Az új stratégia a régi „tölcser módszer” helyett arra irányul, hogy a hallgatókat különböző tanulási módszerekkel ismertessük meg, lehetőség szerint arra bátorítsunk, hogy adekvátan választani tudjanak a különböző tanulási metodikák között. Ezek a következők: irányított tanulás, probléma alapú tanulás, integrált tanulás, és a multiprofessionális tanulás.

Új tanulási szituációkat kell létrehozunk: a független tanulás mellett a kis csoportos oktatás és a klinikai készségfejlesztő centrumok mellett, amelyek a klasszikus orvoscépzés oktatási szituációi, megjelennek a családorvosi rendelők, járóbeteg ellátó helyek, az egynapos sebészeti egységek, mint képző helyek.

Új kurrikulum modellek jelentek meg az orvosképzésben.

A diáknak az a dolga, hogy összegyűjtse és értékelje a tényeket. A tények viszont a betegben vannak elrejtve.

A. Flexner

A legnépszerűbb az un. *kimenet típusú* (outcome based) tanmenet, amely pontosan meghatározza, hogy milyen tudással, képességgel, milyen beállítódással bír szakembert kell kibocsátanunk.

A *probléma alapú* kurrikulumot mára sok kritikával illetik, bár kétségtelen, hogy a gyakorlati orvoslás jó oktatási modellje, akárcsak a *feladat alapú* kurrikulum.

Az *integrált alapú* megközelítés és a *spirális kurrikulum* a nyolcvanas, kilencvenes évek modelljeit jelentette.

Az orvosképzés, az orvoslás internacionális. Bizonyos honosítási eljárások természetesen minden országban léteznek, de az orvosi diploma konvertálhatósága miatt egységesülő, globális követelmény rendszert kezdeményezett, mind a WHO, mind a Education Commission for Foreign, Medical Graduates (ECFMG) 1994-ben Genfben, az Association of Medical Education in Europe (AMEE) 1999-ben és a World Federation of Medical Education (WFME) és az Insitute for International Medical Education (IIME) 2000-ben.

A hatalmas „népvándorlás”, az orvoshiány egyaránt szükségessé teszi, hogy meghatározzák milyen kvalifikációra, milyen standardokra van szükség a nagy világfaluban. A hat milliárd emberre 6 millió orvos jut, és az 1600 orvos képző hely számára könnyebb egy egységes elvárási rendszert kiépíteni, mint más felsőoktatási tanmenetet ilyen módon globalizálni.

A legdrágább felsőoktatási képzések egyike a medikusképzés, az utóbbi időben nem tekinthetünk el attól, hogy az orvosképzés is üzleti alapokon nyugszik és verseny alakul ki a képzőhelyek között. Ez a profitorientált felsőoktatás segíti, hogy minden képzőhely igyekszik a nemzetközi elvárásoknak megfelelni, a „píacon” maradni.

A magyar orvosképzés jó minőségű, tudományos elméleti képzéssel megalapozott oktatási hagyományokkal rendelkezik. Az a tény, hogy a kibocsátott fiatal orvosaink megállták eddig is a helyüket bárhol a világon, még nem okozhat ön-elégültséget, hiszen olyan rohamos változáson megy át a világ, gomba módra létesülnek az új egyetemek, nekünk is figyelembe kell venni azokat a kimeneti előírásokat, amelyeket az alábbiakban fogalmaztak meg:

„A végzett orvos legyen képes igazolni magas szintű szakmai kompetenciáját, amely biztosítja a páciens jólétét szem előtt tartó minőségi ellátást.

Legyen képes a betegség, a sérülés ellátására, a kiegyensúlyozott team munkára más végzettségű emberekkel. Emellett képesnek kell lennie tanítani, tanácsot adni, páciens, családot, közösséget tájékoztatni, egészségről, betegségről, kockázati tényezőkről, egészséges életmódról.

Legyen képes alkalmazkodni a megváltozott körülményekhez, az orvosi működést szabályozó alapelvekhez, a változó orvosi technológiához, információhoz: mindezt tegye úgy, hogy a legmagasabb hivatásbeli értékek, az etika ne sérüljön.”

Hét oktatási területet határoztak meg, amelyeknek a jelenléte kívánatos valamennyi képzésben.

1. Hivatásbeli értékek elsajátítása;
2. Az orvoslás tudományos alapjainak megismerése;
3. Kommunikációs készségek elsajátítása;
4. Klinikai készségek elsajátítása;
5. Populáció egészségével foglalkozó területek;
6. Információ menedzsment kialakítása;
7. Kritikus gondolkodás kialakítása és a kutatási alapok megteremtése.

Magának a *Globális követelmény rendszernek* a meghatározása, a pilot study alapú kipróbálása, implementálása, értékelési módszereinek kialakítása, majd a folyamatos értékelések alapján a korrekciók elvégzése, egy nagyszabású oktatás-fejlesztési példa, amelynek tanulságai inspirálóan hathatnak a többi felsőoktatási képzésre, többek között a tanárképzésre. Nagy felelősség egy egységes core, magkurrikulumnak a kialakítása, az elmélet és a gyakorlat arányának meghatározása.

Jelenleg azt tartják kívánatosnak, hogy a gyakorlat kapjon nagyobb hangsúlyt. Minél hamarabb, minél több készséget el kell sajátítani és az oktatás központjába a gyakorlati feladatok, problémák megoldását kell helyezni. Ennek megfelelően az értékelési módszerek is új lehetőségekkel bővülnek, megfigyelés, strukturált klinikai vizsgák, video elemzések, portfólió módszer. A teszt és a hagyományos szóbeli vizsgák az összetett vizsgák részét képezik.

Hol és ki tanít?

„Az orvostudomány oktatásának igazi köz(ép)pontja a betegágy”.

O.W. Holmes

„Egy jó klinikai oktató önmagában felér egy orvosi egyetemmel”

O.W. Holmes

Az orvosképzés a legdrágább felsőoktatási képzések közé tartozik az egész világon. A laboratóriumi, patológiai, klinikai infrastruktúra biztosítása, anyagi igénye össze sem vehető a tanárképzés finanszírozási paramétereivel.

Magyarországon az egységes orvoskarok feladata az orvostanhallgatók oktatása. Az elméleti intézetek mellett a klinikák, oktató kórházak, oktató szakorvosi rendelők biztosítják a gyakorlati terepet. A betegellátás és az oktatás párhuzamos feladatát kell ellátni ezeknek a karhoz tartozó intézményeknek.

A megfelelő minőségű oktatás feltétele a jól kiképzett oktatói gárda. Az amerikai és nyugat-európai egyetemek orvos oktatói előzetes módszertani képzésben részesülnek, ezután válhatnak mentorokká, tutorokká, szeminárium és gyakorlatvezetőkké, majd előadókká.

Magyarországon a Pécsi Orvoskar törekvése ennek a képzésnek a kötelezővé tétele a leendő oktatói gárda részére. Már harmadik éve HEFOP pályázati segítséggel ez meg is valósul.

Az orvosegyetemi oktatói karrier nagy erőfeszítéseket igényel, hiszen csak PhD fokozattal lehet valaki adjunktus, a docensi cím elnyeréséhez szükséges a habilitáció, mindez magas szintű kutatói aktivitást is feltételez.

Az oktatói utánpótlásnak az anyagi megszorítások szabnak gátat. Nem csábító egyetemi oktatónak lenni. A fiatalok nagyobb anyagi megbecsültséget jelentő pályák felé veszik az irányt.

A nem orvosi végzettségű oktatók - biológusok, fizikusok, vegyészek, pszichológusok - az utóbbi évtizedben túlsúlyba kerültek az elméleti képzésben.

Az orvosi hivatásnak a világ legtöbb országában magas társadalmi presztízse van. Hazánkban sajnálatos módon a társadalmi megbecsültség csökken. Ennek okait különböző szociológiai elemzések tárhatják fel. A következményeket viszont a képző helyek először a felveendő hallgatók összetételében érzékelik. Ha egy pálya elnőisedik, ez a pálya társadalmi megbecsültségének gyengülését jelzi. Az orvostanhallgatók majdnem 70%-a nő. A hallgatók középiskolai eredményei is alacsonyabb szintűek. Ennek ellensúlyozására 2010-től emelt szintű érettségi lesz a felvétel egyik kritériuma. Amíg a 70-es, de még a 80-as években is a legjobb tanulmányi eredményt elért hallgatókat vettek fel, a 21. században kevésbé számít a totális középiskolai teljesítmény a felvételiben.

Az orvosi hivatás nem csak egyértelműen a természettudományos ismeretek magas szintjét igényli, nagy szerepe van a magatartásnak, a humán műveltségnek, nincs lehetőségünk ezen képességek megítélésére. Az a tény, hogy a felvettekkel előzetesen nem találkozunk az oktató, nincs lehetősége a rátermettségről információt szerezni. Nagy kérdés, vajon milyen szelektálási lehetőség lenne a legmegfelelőbb módszer, ez nemcsak metodikai kihívást jelent, hanem etikai dilemmákat is felvet.

A sikerorientált, pénz központú társadalom számára világossá kellene tenni, hogy mind a gyógyítás, mind a nevelés az emberi élet minőségét alakítja, míg az eredmény az orvosi működésben gyorsabban realizálódik, a tanítás eredményességét csak évtizedek múlva érzékelhetjük, de ennek ellenére a hatása a társadalom egészére a legmeghatározóbb.

Az orvosképzésben tevékenykedők az újabb és újabb kihívások miatt egyre inkább igaznak tartják a mondást:

„Az orvostudományt meg lehet tanulni, de igazán nem lehet megtanítani”
M.D. Altschule

Mindezek ellenére újabb és újabb lendülettel próbálkozunk.

Irodalom

- Benkő Zsuzsanna (1997, 2003, szerk.): *„Mert életem millió gyökerű”* Egészségfejlesztés – Mentálhigiéné sorozat. JGYTF. Szeged.
- Dent, J. A. and Harden, R. M. (2001): *Practical Guide for Medical Teachers*. Churchill Livingstone Edinburgh London New York Philadelphia At. Louis Sydney Toronto.
- Flexner, A. (1910): *Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. New York.
- Helman, C. G. (2003): *Kultúra, egészség és betegség*. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest.

A ZENEKULTÚRA SZEREPE AZ EGÉSZSÉGMEGŐRZÉSBEN

Dombi Józsefné

A zenekultúra szerepét az egészségmegőrzésben egy oktatási projekt keretében szemléltetjük. Ezt két oldalról világítjuk meg. A tanulmány bemutatja a zenekultúra szerepét az Alkalmazott Egészségtudományi Tanszék (2008. október 1.-től Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet. *Szerkesztő megjegyzése*) tanrendjében és ezen keresztül szerepét az egészségmegőrzésben.

Aki szemléletbe beépíti a művészetek iránti érdeklődést, kiegyensúlyozottabb, boldogabb lehet. A zene formálja a személyiséget, és szerepe van az emberek közötti kapcsolatok kialakításában és fejlődésében. Elsősorban az érzelmekre hat. Az aktív zenei képzésben résztvevők nagyobb érzelmi intelligenciával rendelkeznek, és ez kihat teljesítményükre és szociális megnyilvánulásukra, empátikus és együttműködési készségeire. A zenei nevelés alkalmas arra, hogy elősegítse a személyiség lelki egészsége fejlődését, megőrzését, amely kihat a fizikai állapotára is.

Ez a nézőpont vezette az SZTE JGYPK Alkalmazott Egészségtudományi Tanszék munkatársait, amikor a művészeti nevelést fontosnak tartotta és beiktatta tantárgyai sorába. Ez a zenekultúra és vizuális kultúra ágait foglalta magában.

Ez a kezdeményezés az európai kitekintést is megvizsgálva igen korszerű. Ha összehasonlítjuk különböző egyetemek és főiskolák tanrendjét megállapíthatjuk, hogy a kimondottan zenével foglalkozó szakok (művészeti karok, például zeneművészeti kar vagy művészetközvetítő karok hallgatói) mellett, a zenei alkalmassági vizsgára épülő szakok például tanítóképző, óvodapedagógus szakokon tanulnak a hallgatók kötelezően zenét. A zenei felvételit nem tett hallgatók közül a gyógypedagógia szakos hallgatók részesülnek kötelezően a zenei alapok tantárgy elsajátításában.

Egyedülálló tehát, hogy az Alkalmazott Egészségtudományi Tanszék felismerte a zenekultúra jelentőségét és beiktatta tantárgyai sorába. A zenekultúra projekt innovatív és releváns. Több területet ölel fel: A művészeti korok, stílusok, zene-művek befogadása mellett ráirányítja a figyelmet az alapvető zenei formák megértésére. Nagy zeneszerzők életének példáin keresztül bemutatja a zenei képességek felismerésére irányuló törekvéseket és azok fejlesztésének lehetőségét. Kitér a zene és zenetérápia összefüggéseire, utal gyakorlati alkalmazásaira.

A projekt jellemzői

1. A zenei ismereteket az élményből kiindulva igyekszik átadni.
2. Az érzelmi motiváció mellett célja a hallgatók aktivitásának felkeltése.

3. A bolognai folyamatnak megfelelően egy új típusú tanár-diák viszonyt igyeztünk kialakítani, amelyben a hallgatók kreatív résztvevői a projektnek.

A projekt fő célja

Egy pozitív szemléletmód kialakítása, amely átértékeli a zene szerepét és ezzel hozzájárul elsősorban a hallgatók lelki egészségének karbantartásához. A 10 év elteltével a közoktatásban bekövetkezett változások (például az énekórák számának csökkentése) magukkal hozták a zenekultúra tárgy tartalmi arányainak megváltozását. Időszerűnek tűnt a legújabb technikák, például a Sáry László (1999) által elindított kreatív zenei gyakorlatok alkalmazása mellett, a legújabb kutatások prezentálása is, amelyek konkrét példákon keresztül utalnak a zene egészségfejlesztő hatására. Ezekből a kutatásokból emelünk ki néhány példát.

Sáry László (1999) kreatív zenei gyakorlatai szöveg-zenével és előadási darabokkal elsősorban a XX. századi zene befogadására szeretnék előkészíteni a hallgatókat de módszere hozzájárul bármely kor zenéje befogadásának megkönnyítéséhez. A Sáry-módszer jellemzői:

- Egyszerre szól mindenkinek;
- Csupán a velünk született zenei érzékre tart igényt;
- Az érzékenységünket igyekszik a végtelenségig finomítani;
- A zene kifejezőeszközeit felfedezteti;
- A gyakorlatoknak nincs klasszikus módon leírt kottája, csak szavakkal leírt játékszabályaik.

A játékszabályok megfogalmazásánál arra törekedett, hogy esztétikai szempontok mellett elsősorban zenei élményt adjon a résztvevőknek. Előszeretettel használja az emberi hangot, továbbá a tapsolást, dobolást. A gyakorlatok nagy része a hang és a csend változásaira épül. Más része a természetben is található hangzó anyagok felhasználásával a ritmikai érzékre épít.

Hangszerként a természetben található különböző agyagokat (kövek, fák fenyőtobozok, száraz termések, gubacsok) is alkalmaz. Ez a hangszertár segíti egyrészt az ismeretlen hangjelenségek feltárását, másrészt, akik zenét soha nem tanultak, azok is aktív részesei a folyamatnak. Módszere a kreatív fantáziát igyekszik felszínre hozni.

Sáry (1999) megfogalmazása szerint a kreativitás egy állandó készenléti állapot, amely különböző helyzetekben képes találékonyan megoldani feladatát. Sáry László: *Kotyogó kő* egy korszóban c. kompozícióját lejátszotta a tatai elmeosztály betegei részére; a kompozíció befogadásának pozitív hatása is igazolta a hangok gyógyító szerepét.

Mozart effektus

Kísérletekkel igazolták egy kaliforniai intézetben, hogy Mozart zenéjének hallgatása az általános mentális tevékenységet stimulálja (Acscady, 1995).

A XX. századra nyilvánvalóvá vált, hogy minden emberi tulajdonságunk kötődik az idegrendszerünkhöz beleértve érzelmeinket, gondolatainkat. Mégis még mindig keveset tudunk arról, hogy mi a kapcsolata az idegrendszernek a zenével. A legutolsó évtizedben vált lehetővé a zenehallgatás közben az idegrendszer működését vizsgálni. Ez azonban hihetetlenül bonyolult dolog, mert a tudomány általában megismételhető, jól körülhatárolható kérdést választ vizsgálata tárgyául, a zenehallgatás azonban számtalan nem kontrollálható, nem mérhető körülménytől is függ, mint például az előképzettség, a pillanatnyi hangulat, az adott darab által kiváltott érzelmek. Tovább nehezíti a kérdést, hogy az idegrendszer legegyszerűbb reakciója is hihetetlenül összetett folyamat. Mindennapos tapasztalat, hogy a zene hallgatása értékelése a szelektív figyelem óriási egyéni variáciáit mutatja. Hellmuth Petsche (2003a; 2003b) professzor a Bécsi egyetemen azt vizsgálta, hogy milyen az agyi aktivitás, ha különböző zenét hallgatnak. Vizsgálatai során zenészek és nem zenészek különböző stílusú muzsikát hallgattak miközben fejük több pontjáról hagyományos EEG elektródákkal elvezették az agy keltette elektromos jeleket. E jeleknek a frekvenciája különböző lehet. Az eredmények kiértékeléséhez egy új módszert fejlesztettek ki. Ennek lényege, hogy megvizsgálták egy adott komponista hallgatásakor mely agykérgi részek működése között növekszik a koherencia, melyek között csökken. Ha Mozart zenét hallgattak, akkor az általános elképzeléssel szemben nemcsak a jobb, hanem a bal féltéke is mutatott koherencia növekedést. A további kísérletek megerősítették, hogy minden darabra más-más koherencia-növekedés mintázat jellemző. Az egyes zenehallgatók idegrendszeri válasza meglehetősen állandó volt egy adott darabra több héten keresztül, azonban a koherencia-változások óriási egyéni különbségeket mutattak.

Mi az oka ennek a nagy variabilitásna? Két fontos változót sikerült azonosítani: a zenei előképzettséget és az érdeklődést. Zenészek esetében több és jobban reprodukálható koherencia változás történt, mint nem zenészeknél. Érdekes módon a zenészek idegrendszeri aktivitása nyugalmi helyzetben is több koherenciát mutatott, mint nem muzsikus társaiké.

A további kísérletek rámutattak a koherencia növekedés és a figyelmi folyamatok szoros kapcsolatára. A zenével kapcsolatos minden tevékenység kihat a legfejlettebb idegrendszeri területekre. A kísérletek azt mutatják, hogy a zene okozta működés-összehangolás jelentősebb, mint akár a beszédhallgatást, akár a számolást kísérő koherencia-növekedés.

Fokozza-e a szellemi teljesítőképességet a zene? A térbeli gondolkodást igénylő feladatoknál igen. 3 csoport zeneileg nem képzett diák azonos feladatot kapott. Adva volt egy nyolcórét hajtott papírszalvéta, amit két helyen bevágtak. Gondolat-

ban ki kell hajtogatni a szalvétát és megállapítani, milyen mintát kapunk. A három csoport közül az egyik 10 percig csöndben volt, a másik relaxációs kazettát hallgatott, a harmadik Mozart D-dúr kézzongorás szonátáját hallgatta. A feladat megoldásában két egymást követő napon a Mozart csoport mutatta a legnagyobb javulást, míg a másik két csoport eredménye alig változott. Valószínű, hogy a zenével való koncentrált foglalkozás olyan idegrendszeri folyamatokat serkent, amely elősegíti teljesen más jellegű feladat megoldását és gondolkodásunk egyéb területeire is serkentőleg hat.

Az előző példák is mutatták a zene pozitív hatását, amelyek közvetetten kihatnak az idegrendszerünkre, érzékenységünkre. Ennek karbantartása nagymértékben hozzájárul egészségünk megőrzéséhez.

Irodalom

- Acsády László (1995): A zene és az idegrendszer. In *Parlando* 1995. 5-6 szám 37-40.
- Petsche, H., Richter, P., Etlinger, S. C. and Filz O. (1993): EEG facilities for the study of brain processes elicited by music and language. In: Faienza, C. (1993, Ed.): *Music, speech and the developing brain*.
- Petsche, H., Richter, P., Stein, A. V., Etlinger, S. C. and Filz O. (1993): EEG coherence and musical thinking. *Music Perception*, 11. 117-151.
- Sáry László (1999): *Kreatív zenei gyakorlatok*. Jelenkor Kiadó, Pécs.

A REKREÁCIÓ, MINT BEFEKTETÉS – AZ EGÉSZSÉGMEGŐRZÉS TÜKRÉBEN

Kiss Gábor

Bevezető

Az előadás a címében foglalt kifejezéseket definiálja, majd a fogalmak elméleti és gyakorlati összefüggéseit bontja ki. Tanári tapasztalataimra, a társadalom életvezetési adataira alapozva leírható: A rekreációba fektetett pénz, eszköz, energia stb. éppoly megtérülő befektetés, mint amit a munkához kapcsolódóan hirdünk és fogadunk el. Túl kell lépünk a kialakult egyoldalú megközelítésen.

Dolgozatom céljaként éppen ezért azt tűztem ki, hogy segítsem tisztázni a társadalom, a munkaadó és munkavállaló és az állam felelősségét ezen a területen.

A rekreáció – szociológiai megközelítésből – a munkavégző képesség helyreállítását, újratermelését jelenti. Mindezek értelmében a rekreációt az életminőség tanának is nevezik (Kovács, 2007). Kovács Tamás Attila a jelölt tanulmányában összefoglalóan elénk tárja a rekreáció fejlődés és fogalomrendszerét.

A múlt kódjai – az örökségünk

A mai emberi élet viszonylataiban hordozzuk elődeink nagyon kemény, szorgos és egyre racionálisabbá váló fizikai aktivitására és a kialakuló gondolkodásra épülő genetikai kódját. Eigen és Winkler (1981) rájöttek arra, hogy a genetikai kód az első sejtekben, már 4 milliárd évvel ezelőtt is létezett. Tehát az első sejt megjelenéséhez egy milliárd év sem kellett, de ahhoz, hogy az egysejtű élőlénytől eljussunk az emberi szervezethez, további 3 milliárd évre volt szükség. Így könnyebben belátható, hogy e precíziós szerkezet, mint az emberi szervezet, mily bonyolult mechanizmusok útján működik, s a megfelelő működés – az egészség – fenntartása 3 milliárd év alatt kialakult, komplex folyamatok összességének eredménye.

Az egészség fenntartása a mozgás mennyiségi és minőségi mutatóinak és a vele egyensúlyban tartott táplálkozásnak köszönhető. A munkaformák jelentős átalakulását tapasztaltuk az elmúlt évtizedekben és tapasztaljuk napjainkban, melynek legjelentősebb tényezője a fizikai aktivitás csökkenése. Természetesen a nehéz fizikai munkagépeknek történő „átadása” számunkra jó, de az emberi szervezet továbbra is igényli – ezt genetikai kódjai határozzák meg – a kellő mennyiségű mozgást. Sajnos ez az igény még nem tudatosult sem az egyén, sem a társadalom viszonylatában. Ennek következtében jelentős deficit állt be társadalmi szinten is a mozgásműveltség, mozgásintelligencia, következetes képpen az egészségmagatartás területén is. Ezek a kultúraterületek is az öröklött tényezőkön, hagyományokon túl a tanulásra építhetők. Itt van jelentős szerepe a rekreációnak, a

rekreációs szemléletű életvitelnek, melyet a családban, az iskolában, a sport és művészeti klubokban, stb. alapozhatunk meg.

Elődeink az emberi fejlődés során megalapozták:

- a számunkra szükséges mozgás mennyiségét, minőséget;
- a gondolkodást, a tudatos cselekvést, mint egyedül az emberre jellemző jegyet;
- a fejlődés/leépülés tendenciáit születéstől az öregkorig;
- a szervezet működésének menetét;
- a mozgás mennyiségét és a hozzá kapcsolódó pihenés arányait;
- a mozgás mennyisége és a táplálék bevitel összhangja vonatkozásaiban.

A mozgás – a testbeszéd ma is a legfőbb információ közvetítő és örömszerzési lehetőség!

A kognitív és érzelmi reakcióink megjelenései is a szomatikum „jelzésein” keresztül érvényesülnek. Jól érzékelhetően a munka, művészeti teljesítmény, sport, egészség – betegség megjelenési viszonylatai is ezt igazolják.

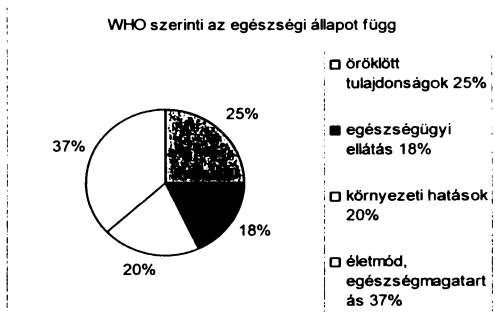
A kultúra részeként, a kultúráltság fokmérőjeként vizsgálhatjuk a táplálkozást, annak összhangját a mozgás mennyiségi mutatóival. A fejlett világ táplálékforrásokat biztosító biztonsága, és az öröklött raktározási kényszer a szervezetben nincs összhangban. Ennek eredményeként a súlyos obesitas problémát jelent a népesség növekvő arányában. Különösen nagy gondot jelent az egyre fiatalabb korosztály érintettsége. A pécsi iskolások körében végzett reprezentatív felmérés szerint 1983-84-ben a kövérség előfordulási gyakorisága 12% volt, 1993-94-ben pedig már 16%-ra emelkedett (Molnár, 1999). Az Egyesült Királyságban 1996-ban a 6 éves korosztály 22%-át találták túlsúlyosnak (>85% a testtömeg index, BMI: testsúly/testmagasság a négyzeten = kg/m^2) és 10%-át (>95% a BMI) kövérnek, a 15 éves korosztályban ezek a számok 31%-ra, illetve 17%-ra emelkedtek (Sokol, 2000. idézi: Sallai, 2000).

A hazai mutatók még elkeserítőbbek, a mozgáshiányos életmódhoz kapcsoló betegségi és halálozási mutatóink tekintetében vezető szereppel bírnak az EU felmérései alapján.

Értéktéremtők: munka, rekreáció

A WHO kimutatásai szerint az egészségi állapot legjobban az egészségmagartástól, az életmódi szokásoktól függ (2. ábra).

1. ábra: Az egészségi állapot összetevői a WHO szerint.



Ezen a területen legszembevetőbb az életvitelünkbe illeszkedő – többnyire jelentősen kimaradó – mozgásmennyiség hiány! A felelősség és az érdekltség egyaránt megoszlik az állam, a munkaadói kör és a munkavállaló között.

Az érték előállításának résztvevői egyaránt érdekelték a személyes és/vagy a közösségi haszon mind magasabb szintű előállításában. Az érték előállítás csak az erőforrások megfelelő hasznosításával jöhet létre. A munkához kapcsolódóan elfogadott, hogy csak befektetett pénz, idő, energia stb. mozgósításával lehet eredményessé tenni.

1. táblázat. A munka értékteremtő tevékenység.

| Az érték előállításának résztvevői | A munkából származó eredmény |
|------------------------------------|---|
| Munkavállaló | Önmegvalósítás, létfenntartás |
| Munkaadó | A profit megertermése, növelése |
| Állam | A társadalmi célok megvalósítása, az újra felosztott bevételekből |

Ugyanakkor a rekreációval kapcsolatban ez az álláspont még nem alakult ki Magyarországon. „A rekreáció a jó közérzet, jó-érzés, jól-lét, a minőségi élet megertermését szolgálja, miközben a rekreálódó felüdülését, felfrissülését és szórakozását is eredményezi” (Kovács, 2007).

A rekreáció értékteremtő tevékenység. Fajtái sokrétű megközelítést mutatnak: pihenés, kreatív szabadidőtöltés, szellemi rekreáció, fizikai rekreáció, egészen a sportrekreációban megjelenő mozgásformákig.

A rekreáció, mint befektetés eredményeként elkönnyelhető:

- visszaállított, megnövekvő munkabírás;
- növekvő jövedelem;
- több szabadidő;
- kevesebb baleset, betegség;
- csökkenő táppénzes napok száma;
- növekvő fogyasztás;
- magasabb életminőség, életkor stb.

A munka és a rekreáció kapcsolata

A munka és a rekreáció megfelelő viszonyát mutatja a tartós, minőségi és mennyiségi mutatóit tekintve magas szintű munkateljesítmény. A sikeres munkavégzés hatékony energiafelhasználással, egységnyi idő alatt nagyobb értéket teremt, nő a haszon, a szabadidő.

2. táblázat. A rekreáció értékteremtő tevékenység.

| Az érték előállításának résztvevői | A rekreációból származó eredmény |
|------------------------------------|--|
| Munkavállaló | nő a munkateljesítmény, egyéni érdeke, felelőssége |
| Munkaadó | érdeke, a munkaerő magas szintű kiaknázása válik lehetővé |
| Állam | az állam bevétele nő, befizetett járulékok, csökkenő EÜ kiadások, növekvő fogyasztás |

Az egészség, mint érték!

Az egészség, a WHO megfogalmazása szerint, nem pusztán a betegség hiánya, hanem olyan állapot, melynek fizikai, kulturális, pszichoszociális, gazdasági és lelki vonatkozásai vannak – ezen összetevők egyensúlya alapozza meg.

A legfontosabb feladat tehát: az egészségmegőrzés, melynek szinterei az eddigiekhez hasonlóan az egyén-, a munkaadó és az állam is hozzá kell, hogy járuljon.

A jobb életért áldozni kell, ezért az emberek:

- egyre több időt töltenek munkával,
- sokszor az egészségük rovására,
- egészségtelenül táplálkoznak,
- stresszben élnek, csökken a stresszkezelő képességük,
- hanyagolják a testedzést, a rekreációt.

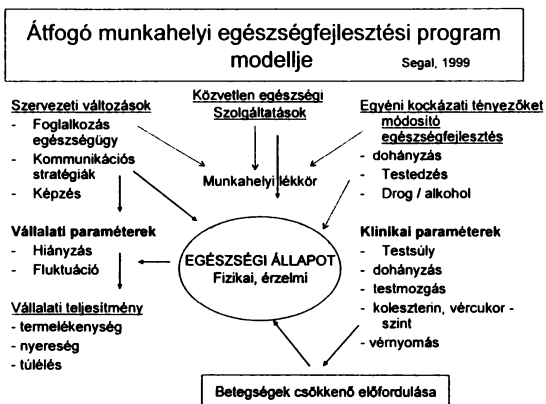
Egészségük megromlása miatt:

- többet vannak betegállományban,
- kevésbé tudnak koncentrálni,
- nő a munkahelyi balesetek száma,
- romlik az előállított termékek minősége.

Napjainkban egy cég sikerének talán legfontosabb biztosítóka:

A megfelelő humán erőforrás kiválasztása és megtartása. A kiválasztott szakember elengedhetetlen tulajdonságai az adott munkakör betöltéséhez szükséges képességek és készségek mellett a megszerzett tudás, lelkesedés, cég iránti hűség, valamint az a munkájába fektetett kifogyhatatlan energia, amely csakis kiváló egészséggel valósulhat meg. A társadalom, a család sikere ezektől a tényezőktől függ!

2. ábra, Átfogó munkahelyi egészségfejlesztési program modellje



(Forrás: Segal, 1999)

A *szervezeti változásokat* a foglalkoztató szintjén kell megoldanunk, szinterei: foglalkozás egészségügy, kommunikációs stratégiák, képzés.

A *vállalati paraméterek* területén a munkaerő hiányzási mutatói, cserélődése (fluktuáció) a döntő.

A vállalati teljesítmény vonatkozásában jelentkeznek az eredmények: a termelékenység, a hozzá kapcsolódó nyereség, a konkurencia túlélése, a fejlődés.

Az egyéni kockázati tényezőket módosító egészségfejlesztési törekvés elsősorban a testmozgás – táplálkozás helyes arányainak kialakításával, valamint a káros szokások, szenvedélyek, mint a dohányzás, alkohol, esetleg drogok használatának csökkentésével, vagy teljes kizárásával.

Klinikai paraméterek, törekedni kell: A normalizált testtömeg megtartásra, a dohányzás mellőzésére, testmozgás és a táplálkozás harmonizálására, a koleszterin-, és vércukor szint, valamint a kapcsolódó és vagy önálló betegségeként megjelenő magas vérnyomás kezelésére.

A feladat tehát összekapcsoltan igényli az összetársadalmi: állami-, foglalkoztatói és a munkavállalói megelőző magatartást ezen a területen. A rekreáció eszköztudás nagy hatékonysággal tudja segíteni az ez irányú törekvéseket. Szemléltetés és erőforrások kellene minden szinten, de ezen a területen az egyén felelőssége a legnagyobb!

Irodalom

Kovács Tamás Attila (2007): A rekreáció főbb irányzatai. *Magyar Sporttudományi Szemle*. 2007/2, 13-24.

Eigen, M., és Winkler, R (1981): *A játék*. 231 Gondolat Kiadó. Budapest.

Molnár D. (1999): Kommentár. *Gyermekgyógyászati Szemle*. 4: 41-42

Sallai Ágnes, Dr. (2000): *Gyermekkori obesitás*

<http://www.medlist.com/HIPPOCRATES/III/5/285.htm> 2008. 02. 12.

Segal, L. (1999): *Issues in the Economic Evaluation of Health Promotion in the Workplace, Research Report*. Centre for Health Program Evaluation, Monash University, Australia. 21.

Ajánlott irodalom

Kiss Gábor (2006): *A mozgáskultúra – egészségkultúra összefüggései rekreációs megközelítésből*. A kultúráközvetítés elmélete és gyakorlata Tudományos konferencia, Szeged, 2006. 03. 6-8.

Kovács Tamás Attila (2006): *A rekreáció elmélete és módszertana*. Fitness Akadémia, Budapest.

Szabó József (2002): *Rekreáció*. JGYTF Kiadó, Szeged.

2006. november 10.

**„Egészségfejlesztés a szociális gondoskodás és vallás
tükrében”**

ADALÉKOK A SZEGEDI EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS TÖRTÉNETÉHEZ

1950 - 1990

Bárány Ferenc

Az egészségügy tanácsi irányítása

Szegeden 1951 januárjában került napirendre a városi Közegészségügyi és Népjóléti Osztály átszervezése. A népjóléti feladatokat az Igazgatási Osztály szociálpolitikai csoportja vette át, a gyermekvédelem ügyköre az Oktatási és Népközelési Osztály feladata lett. A megmaradó részből szervezték az önálló Egészségügyi Osztályt (XI. osztály). Az osztály látta el az állami, közegészségügyi és járványügyi feladatot, hozzá tartozott a gyógyító-megelőző ellátás, az anya-, csecsemő- és gyermekvédelem, valamint a tervezési és pénzügyi feladatkör.¹⁴ Az osztály élén az osztályvezető városi főorvos állt mint intézkedő, rendelkező szerv. (A korábbi városi tiszti főorvos csak szakközeg, tanácsadó szerepet töltött be.) Az osztály mint a tanács végrehajtó bizottságának szakközega felügyeletet és ellenőrzést gyakorolt a városban működő és a tanácsnak alárendelt egészségügyi intézmények felett, felelős volt ezek működéséért, tervezte és szervezte a városi egészségügyi ellátást.¹⁵

A munkaviszonytól független felnőttvédelmi szociális ellátás ügyköre 1954-től a Belügyminisztériumtól átkerült az Egészségügyi Minisztériumba. A városi tanácsi hivatali munkamegosztásban is hasonló változás történt. 1953. október 6-tól a szociális, gyámügyi és gyermekvédelmi igazgatási teendőket ellátó hivatali részlegek az Igazgatási Osztály keretéből kiváltak és önálló szociálpolitikai csoporttá alakultak át, amelynek közvetlen felügyeletét a városi tanács vb Egészségügyi Osztályának vezetője gyakorolta. „A szociálpolitikai csoport feladatköre: a szociális igazgatás, ennek keretében a felnőttvédelem, a szociális otthonok és hatósági főzőhely felügyelete, közgyógyszerellátás, közsegélyezés, hadigondozás, katonai segélyezés, a tervügyek ellátása stb., továbbá a gyámügyi igazgatás ellátása és a gyermekvédelem.”¹⁶ A rendkívül összetett szociális terület, az intézmények igazgatása bonyolult feladat volt, az Egészségügyi Osztályon belül olykor feszültségek jelentek. 1974-ben például az osztály vb-nek szóló beszámolójában leírják, hogy a szociálpolitikai munka irányítása gondot jelent az osztályon belül. A probléma okát a szociálpolitikai csoport vezetőjének hibájául róják fel, a munka irányítása nem következetes, nincs folyamatosság.¹⁷

¹⁴ CsML. Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1951. január 18.

¹⁵ A Magyar Állam szervei 3. kötet 1950 – 1970. Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest, 1993. 87.

¹⁶ CsML. Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1953. november 26.

¹⁷ CsML. Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1974. április 11.

A városi tanács Közegészségügyi és Népjóléti Osztályát (1950. aug. 15 – 1951. febr. 1.), illetve az Egészségügyi Osztályt (1951. febr. 1. – 1990. okt. 22.) az alábbi osztályvezető főorvosok álltak:

Békési Zoltán 1951. jan. 15. – 1951. márc. 16.

Koszorús Istvánné 1951. márc. 16. – 1951. ápr. 7.

Békési Zoltán 1951. ápr. 7. – 1951. dec. 6.

Lantos György 1951. dec. 6. – 1957. jan. 15.

Imre Mihály mb. 1957. jan. 15. – 1957. ápr. 1.

Gajó István mb. 1957. ápr. 1. – 1957. ápr. 23.

Berkes Pál 1957. ápr. 23. – 1963. márc. 1.

Turóczki Júlia 1963. márc. 1. – 1965. febr. 15.

Dudás Béla 1965. febr. 15. – 1979. jún. 30.

Várkonyi László 1979. júl. 1. – 1982. ápr. 30.

Csergő Tibor 1982. júl. 1. – 1990. okt. 22.

A leghosszabb ideig, másfél évtizedig, Dudás Béla főorvos töltötte be ezt a funkciót, Csergő Tibor dr. is majd egy évtizedig irányította az osztály munkáját. A rendszer talán legnehezebb időszakában Lantos György volt az osztályvezető, aki a sors fintoraként 1956-ban elhagyta az országot, akkori kifejezéssel „disszidált”.¹⁸

Az 1970-es évek végén az Egészségügyi Osztály 2448 egészségügyi dolgozó munkáját irányította. 379 orvost, 1285 egészségügyi dolgozót és 771 egészségügyi műszaki, ügyviteli dolgozót alkalmaztak a tanácsi egészségügyi intézményekben.¹⁹ Az osztály 1970-es évekre kialakult irányítási mechanizmusát szemlélteti az 1. számú ábra.

Egészségügyi szakképzés

Az egészségügy felsőfokú szakembereinek egyetemi szintű képzése 1945 után is az illetékes minisztérium közvetlen irányítása alatt állt, csak a „középkaderek” képzése tartozott városi, megyei tanácsi hatáskörébe, a védőnőképzés kivételével. A szakképzésben azonban az egyetem oktatók és gyakorlőhelyek biztosításával meghatározó szerepet töltött be.

1949-ben kezdte meg az egészségügyi szakdolgozók képzését a Kossuth Zsuzsanna Ápolóképző a Kálvária (Tolbuchin) sugárút 1. szám alatti épületben. A városi tanács Egészségügyi osztályának irányítása alá tartozó iskolában az 1950-es években fokozatosan kialakult a 2 éves alapképzés ápolónői, gyermekápolónői, szülésznői szakmákban. Az épület 1959-ben új szárnyal bővült, ami javította az oktatás feltételeit, lehetőséget nyújtott a képzés fejlesztésére.

1960-ban az egészségügyi szakiskolának 180 férőhelyes bentlakásos otthona volt. A Teleki utcából ide költözött a csecsemő- és gyermekápoló képzés. Érettségizettek számára kórházi és klinikai ápolónői tanfolyamot indítottak. Számos

¹⁸ 1956-ban Lantos Györgyön kívül külföldre távozott még a vezető beosztású orvosok közül dr. Molnár Pál kórházigazgató-főorvos, dr. Forgács Pál a Sportorvosi Intézet vezetője és dr. Hutter Ferenc kórházi laboratóriumi főorvos.

¹⁹ CsMI. Szeged Város Tanácsa VB üléseli jegyzőkönyvei 1978. április 6.

szaktanfolyamot tartottak heti egyszeri oktatással: rendelőintézeti asszisztens, laboratóriumi asszisztens, szociális otthoni beteggondozó, röntgen asszisztens, műtő asszisztens és fürdőszakmunkás. Az 1960-as évek elején a szülésznőképző iskola még az egyetem Szülészeti Klinika III. emeletén működött, a kollégiumot is ott rendezték be.²⁰

1963-ban kezdődött középiskolai szakképzés keretében a középfokú „egészségügyi középiskolák” képzése. Az 1968-1969-es tanévtől általános egészségügyi alapképzést nyújtó középiskolai rendszerre tértek át, a tanulók érettségi bizonyítványuk alapján többféle egészségügyi munkakörben helyezkedhettek el, és további munka melletti képzésben szerezhettek szakképesítést.

Az Országos Közegészségügyi Intézet (OKI) keretében történő szegedi középfokú egészségügyi és szociális védőnőképzés 1945-ben és 1946-ban szünetelt. 1947 őszén az újszegedi Állami Védőnőképző Intézetben (ÁVI) újból megindult a középfokú képzés.²¹ Az OKI átszervezése után a védőnőképzés közvetlen irányítása az Egészségügyi Minisztériumhoz került. A szegedi intézmény 1975-től a budapesti Egészségügyi Főiskola kihelyezett tagozataként képzett főiskolai szinten egészségügyi szakembereket. 1989-ben a kihelyezett tagozat a Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem (SZOTE) Főiskolai Kara lett, a védőnők mellett diplomás ápolókat, gyógytornászokat és szociális munkásokat képzett. (Jelenleg az egyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kara.)

Az egészségügyi felvilágosítás, nevelés intézményesítése

A korabeli szóhasználatnál egészségügyi felvilágosításnak nevezett tevékenység, az egészséges életmódra nevelés alapvetően a közegészségügyi és járványügyi állomások (KÖJÁL) feladata volt 1954-től 1970-ig, amikor az Egészségügyi Minisztérium a tanácsok egészségügyi osztályainak köteleességévé tette az egészséges életmódra nevelést. 1970. október 1-től Szegeden létrehozták a városi tanács Egészségügyi Osztályának Egészségnevelési Csoportját, amelyet Újszegeden a Vedres u. 1. sz. alatt helyeztek el, a volt gyermekorvosi szakrendelő egyik helyiségében.²² Néhány évvel később, 1974 januárjában összevonták a városi egészségnevelési csoportot a megyeivel. Az egyesített intézmény az Odessza városrészi szolgáltatóházban működött.²³

A Vöröskereszt szegedi szervezetének részvétele a gyógyító-megelőző munkában

A Magyar Vöröskereszt a háborúban és a háborút követő néhány évben a Nemzetközi Vöröskereszt céljaival, törekvéseivel megegyezően tevékenykedett, annak

²⁰ CsMI. Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1960. június 14.

²¹ Gortvay György dr.: Az Országos Közegészségügyi Intézet működése 1945 – 1946 – 1947. években. Budapest, 1948. 41.

²² CsMI. Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1972. március 9.

²³ CsMI. Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1973. december 20. és 1974. április 11.

anyagi támogatásával. Munkája alapvetően a háború okozta problémák orvoslására, enyhítésére irányult. Az 1950-es években a Magyar Vöröskereszt működésében is jelentős változások történtek. A helyi szervezetek széleskörű aktívahálózattal kapcsolódtak a gyógyító-megelőző és a szociális segítő tevékenységhez.

1957-ben a helyi vöröskereszt szervezet részt vett a Budapestről Szegedre helyezett állami gondozott gyermekek elhelyezésében, egy részüket családoknál szállásolták el. Szeged 207498 Ft értékű gyógyszert, kötszert, élelmiszert és tüzelőanyagot kapott a Magyar Vöröskeresztől. „Szociálpolitikai vonalon a Vöröskereszttel való szoros együttműködés nyomta rá bélyegét munkánkra, mely főleg a külföldi ajándékok szétosztásánál és elbírálásánál ad jelentős szerepet”- olvashatjuk az Egészségügyi Osztály jelentésében.²⁴

1958-ban a városi vöröskereszt szociális bizottságot hozott létre, amelyek feladata a szociális intézmények segítése, segítség nyújtása elemi csapások esetén és részvétel a családgondozásban. Aktívahálózat létrehozását tervezik és a szoros együttműködést akarnak a tanácsi állandó bizottságokkal.²⁵

Az 1960-as évek elején kiemelt feladatnak tekintették a véradás szervezését és a tejellátás biztosítását. 1965-ben a tanács Egészségügyi Osztálya és a Vöröskereszt közös beszámolót tartott a városi tanács vb előtt a tbc és a rák elleni küzdelemről.²⁶

Az 1970-es évek közepén a Vöröskereszt tevékenysége az alábbi feladatkörökhöz kapcsolódott:

- egészségnevelés, egészségügyi tudatformálás,
- önkéntes véradó-mozgalom szervezése,
- tisztasági mozgalom (versenyek) szervezése,
- ifjúsági vöröskeresztes mozgalom szervezése,
- családvédelem és családgondozás szervezése,
- részvétel az egészségügy aktuális feladatainak megoldásában.

Szegeden 133 vöröskeresztes alapszervezet működött 15143 taggal. A városi vezetőség tagjai többségében az egészségügy területén dolgoztak.²⁷ 1978-ban a városi Vöröskereszt és a tanács Egészségügyi Osztálya együttműködési megállapodást kötött a házi szociális gondozási feladatok megosztására, a munka javítására.²⁸

1983-ban a Vöröskereszt Szegedi Bizottsága családvédelmi tanácsadó irodát hozott létre a Vöröskereszt Székely sori klubhelyiségében.²⁹ Ebben az időszakban a Vöröskeresztnak 229 alapszervezete volt csaknem 30 ezer taggal. A városi vezetőség középtávú tervet dolgozott ki az egészséges életmódra vonatkozóan. A

²⁴ CsMI. Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1957. január 15., 1957. július 30. Idézet ugyanott 1957. június 4.

²⁵ CsML Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1958. február 25.

²⁶ CsMI. Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1965. március 16.

²⁷ CsMI. Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1975. szeptember 4.

²⁸ CsMI. Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1979. július 19.

²⁹ Szegedi vöröskeresztesek kezdeményezései. II. K. Népszabadság, 1983. március 24.

szervezet egészségügyi dolgozó tagjai előadásokat, tanfolyamokat tartottak. A házi szociális gondozásban 275 tiszteletdíjas aktív vállalt munkát.³⁰

Gyógyító-megelőző betegellátás egysége, integrációja

Az államosított egészségügy alapelveként deklarált egységes betegellátás 1950-től a korszak végéig Szegeden is a széttagolt intézményrendszer folyamatos szervezeti átalakításával, a kötelező betegutak újabb és újabb kijelölésével járt együtt. A Városi Kórházat és Rendelőintézetet 1952. január 1-től egyesítették a körzeti és a hatósági orvosi hálózattal a városi tanács egészségügyi osztályának közvetlen irányítása alatt.³¹ Az összevonás formális jellegét, a kitűzött célhoz képest tartalmi elégtelenségét bizonyítja a városi egészségügyi osztály két évtizeddel későbbi felülvizsgálati anyaga: „A Kórház területi irányító munkája gyengé. A vezetők túl 'kórházcentrikus' beállítottságúak, a területi munkát és a kórház területi szerepét alábecsülik. A körzeti és üzemi rendelőkben sohasem, a szakorvosi Rendelőintézetben ritkán jelennek meg, a rendeléseket nem ellenőrzik. A területi betegellátó intézmények is inkább tehernek, mint segítségnek tekintik Kórházhoz tartozásukat.”³² Az egységes ellátás megvalósítását nehezítette az is, hogy a város lakosságát ellátó intézmények egy része a Csongrád Megyei Tanácshoz (járási rendelőintézet 1974-1977), más része országos hatáskörű szervekhez tartozott (SZOTE Klinikák, MÁV egészségügyi szolgálat, Mentőállomás).

Az 1970-es években az integráció újabb lendületet kapott. Az orvostudomány fejlődése által felvetett igények kielégítése mind sürgetőbbé vált, új egészségügyi törvény született, 1975-től állampolgári joggá vált az egészségbiztosítási ellátás, ami az ellátásra jogosultak körét kitágította. 1976-ban kezdődött a Szeged városi tanácsi egészségügyi intézmények „teljes egyesítésének” előkészítése. Az év végéig kellett elkészíteni a Kórház-Rendelőintézet új szervezeti szabályzatát. 1977 januárjában egyesítették a megyei Rendelőintézetet (II. sz. Rendelőintézet) a városi Rendelőintézettel (I. sz. Rendelőintézet). A kórházi osztályok főorvosai a szakrendelő főorvosa is, a szakrendelés elvileg beolvadt a kórházi osztályokba. A „progresszív betegellátás” érdekében kidolgozták a beteg útját a körzettől a kórházi osztályig és a klinikai profilosztályokig. A körzeti orvosok számára nyilvános viziteket tartottak.³³

A SZOTE együttműködési megállapodást kötött a Csongrád Megyei Tanácsával, 1977. december 7.-én pedig Szeged Megyei Város Tanácsával az egységes és progresszív betegellátás megvalósításának érdekében. Szeged és a járás betegeit fele-fele arányban látták el az egyetemi klinikák és a Városi Kórház.³⁴

³⁰ Török Judit dr.: Egészségpolitikai feladatok megvalósulása Szegeden. Kézirat, 1986. 46. old.

³¹ CsML Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1951. szeptember 20. vö. I. ábra

³² CsMI. Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1972. október 19.

³³ CsML. Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1977. december 29.

³⁴ CsML. Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1977. december 29.

A gyermekkorú lakosság betegellátására külön intézményhálózatot szerveztek. A Gyermekkorház-Rendelőintézet egységet 1978-1979-ben tudták teljesen kiépíteni. A Városi Kórház gyermekosztályát áttelepítették a Gyermekkorházba. Ide integrálták az Ifjúsági Rendelőintézetet, a körzeti gyermekorvosi szolgálatot, a védőnői szolgálatot, az iskolaorvosi szolgálatot, az Ifjúsági Ideggondozót, a Gyermek szívbeteg gondozót és a körzeti nőgyógyászatot.³⁵

Az integráció előtti állapotot mutatja a 2. ábra, az integráció utáni helyzetet a 3. és 4. ábrán láthatjuk. A 5. és 6. ábra a városi járóbeteg-ellátás hálózatának szerkezetét mutatja. Az ábrák szerint a szervezeti integráció nagy lépést tett előre, de a szervezeti széttagoltságot korántsem szüntette meg.

Az integrációban a SZOTE feladata lett a szakmai, módszertani irányelvek kidolgozása, a megyei szakfőorvosi funkciók ellátása, részvétel a betegellátásban és a területi ügyeleti ellátásban, a szakambulanciák és profilambulanciák működtetése, műszerbeszerzések egyeztetése. A tanácsi intézmények lehetővé tették az orvostanhallgatók gyakorlati képzését, részt vettek a területi betegellátás elveinek kidolgozásában, szakmai órákat láttak el a klinikákon.³⁶

Az 1980-as évek második felében a városi kórházak és a rendelőintézetek között viszonylag jó szakmai kapcsolat alakult ki. Az egységes szemlélet azonban teljesen hiányzott a rendelők és a klinikák közötti szakmai kapcsolatban, noha a betegkezelés többsége a klinikára került.³⁷

Az egészségügyi ellátás és a szükségletek

A második világháború utáni magyarországi epidemiológiai fejlődés három szakaszról szól a szakirodalom. Az 1948-tól 1966-ig tartó első szakaszban a halandóság jelentősen csökkent, az életkilátások nagy mértékben javultak, különösen a csecsemő-, a gyermek és fiatal korban még várható élettartamok hosszabbodtak, részben az egészségügyi ellátás fejlődésének köszönhetően. 1966 után azonban egy három évtizedes krónikus, kvalifikált epidemiológiai válság alakult ki. A várható élettartam csökkent, kivált a férfiak, azok között is a középkorú férfilakosság életkilátásai romlottak.³⁸ A kialakult helyzet új feladatok elé állította az egészségügyi ellátást.

Az Egészségügyi Minisztérium 1965-ben statisztikai térképet állított össze az ország egészségügyi ellátásáról. Szeged előkelő helyezést ért el, az öt nagyváros között az első helyen állt a 10 ezer lakosra jutó orvosok számával (53,9). Az általános orvosok tekintetében azonban csak harmadik Pécs és Budapest mögött. Fogorvos-ellátottságban Szeged vezetett. A középfokú egészségügyi dolgozók vonatkozásában is első, 10 ezer lakosra számítva 294,8 az egészségügyi „közép-

³⁵ CsML. Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1977. december 29. és 1983. május 26.

³⁶ CsML. Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1985. január 17.

³⁷ Török Judit dr.: Egészségpolitikai feladatok megvalósulása Szegeden. Kézirat, 1986. 30.

³⁸ Józán Péter: Válság és megújulás a második világháború utáni epidemiológiai fejlődésben Magyarországon. MTA Társadalomkutató Központ, Budapest, 2008. 19.

káderek” száma. A betegágyak száma szerint Szeged a második.³⁹ A térkép azonban erősen vitatható adatok alapján készült, elfedi a város egészségügyi ellátásának problémáit. „A fejlődés dinamikus üteme ellenére vannak azonban még gondok is. A klinikák és kórházak zsúfoltsága, az elégtelen kubatúra, a korszerű férőhelyek és kiszolgáló részlegek hiánya, egyes szakágazati dolgozók túlterheltsége, a hiányszakmák személyzeti nehézségei, az elaggott betegek elhelyezésére szolgáló speciális osztályok, illetve szociális otthonok kapacitásának elégtelen volta stb., stb.” – írta Berencsi György, a közegészségtan professzora az 1970-es évek végi állapotokat jellemezve.⁴⁰

A második világháborútól 1980-ig tartó időszakban Szeged egészségügyi ellátása elsősorban az alapellátás és a járóbeteg-ellátás területén szembetűnő. 1980-1985 között a fekvőbeteg-ellátás terén történt jelentős előrelépés. Ekkor épült a 200 ágyas kórházi pavilon, az új KÖJÁL székház, a Gyógyszertári Központ, megkezdődött a 410 ágyas klinikai tömb építése, előkészítették a 100 férőhelyes egészségügyi gyermekotthon építését.

Az 1980-as évek egyik legfőbb célkitűzése a „progresszív betegellátás”. A beteg állapota határozza meg, hogy az egészségügyi ellátás milyen szintjét veszi igénybe. Nem kell minden szinten szinte minden, hangoztatták az egészségügy irányítói a közismert reklámszöveget felhasználva. Megjegyzendő, nem is volt egyik szinten sem minden. A szegedi betegellátás minden integrációs erőfeszítés ellenére széttagolt jellege, a betegek követhetetlen mozgása az egészségügyi intézményekben, párhuzamos fejlesztések gyakorisága és még számos tényező indokolta tette ezt a törekvést. A progresszív ellátás legfelső szintjét a megyei kórház jelentette volna, ami Csongrád megyében nem volt, az 1980-as években megközelítően a SZOTE klinikái feleltek meg a progresszív betegellátás megkövetelte szintnek.

Az 1980-as évek második felében Szegeden az ország más településeihez hasonlóan kirívó aránytalanságok jellemezték az egészségügyi ellátást. Ezek közül talán a legszembetűnőbb, hogy betegségstruktúra változását nem követte a klinikai-kórházi ágyak fejlesztése. „Meggyőződésem, hogy további ágyszám növeléstől nem várható az egészségügyi ellátás színvonalának emelése. Nem mennyiségi kérdések a döntőek, hanem a minőség, az ágysztruktúra összetételének a megváltozása...” – hangsúlyozta Cserhádi István, az orvosegyetem rektora egy országos fórumon.⁴¹ Ebben az időszakban Szegeden a krónikus utókezelő, az ideg-elmegyógyászati és a reumatológiai ágyakból volt hiány. A krónikus ágyak aránya az indokolt 30% helyett megyei vonatkozásban 20% alatt mozgott. További aránytalanság volt tapasztalható az egyes ellátási szintek megfelelőse tekintetében, az input finanszi-

³⁹ Délmagyarország, 1966. január 15.

⁴⁰ Berencsi György dr.: Bepillantás Csongrád megye egészségügyének múltjába és jelenébe. Csongrád megyei Szemle, 1979. 17.

⁴¹ Cserhádi István kongresszusi felszólalása. In: Megyei pártértekezlet 1985. Szerk.: Nagy Pál. Csongrád Megyei Lapkiadó Vállalat, Szeged, 1985. 113. old.

rozás következtében a mennyiségi érdekek és a hatékonyság követelményei között, végül az elvileg egységes, de a gyakorlatban széttagolt irányítás vonatkozásában.⁴²

Szeged város VII., utolsó, öt éves középtávú terve az 1986-1990 időszakra a színtartást, az alapellátás biztonságának megőrzését tűzte ki célul: „Az egészségügyi ellátásban lényeges fejlesztésre az elkövetkezendő öt évben nem kerül sor”. „A gyógyszerellátásban a racionális gazdálkodás mellett is gondok várhatók.”⁴³

A város lakosságának egészségi állapotát elemző 1987-es tanácsi vb-anyagban olvashatjuk: „Az utóbbi években a lakosság egészségi állapota negatív irányban változott. Emelkedett a halálozások száma és ennek oka nem csupán az időskorúak számának emelkedésében keresendő.”⁴⁴ A kialakult helyzetért – a jelentés szerint – a hajszolt életmód, az egészségtelen táplálkozás, a dohányzás és mértéktelen alkoholfogyasztás a felelős. A fő halálokok: a keringési rendszer megbetegedései, a daganatos betegségek, a balesetek és az öngyilkosságok. „A gyógyítás feltételei korántsem mondhatók optimálisnak. Kevés a korszerű őrző részleg, szívműtetre gyakran egy évet kell várni.”⁴⁵ A daganatos megbetegedések szűrése nem megfelelő, a mozgásszervi megbetegedések gyógyításának a feltételei sem adtak.

Az 1980-as évek végén, a rendszerváltás előtti időszakban, a helyi sajtóban, amely addig főként intézmények megnyitásáról, szép tervekről és sikerekről írt, sokasodtak a szegedi egészségügyi ellátást bíráló, az intézmények belső életével foglalkozó, a vezetést bíráló, már-már katasztrófális állapotokat bemutató cikkek.⁴⁶ 1990. január végén egészségügyi dolgozók sérelmeik, alacsony fizetésük miatt utcai tüntetést tartottak. Mindezek alapján arra következtethetünk, a rendszerváltás idejére az egészségügyben dolgozók és a lakosság többsége Szegeden is azon a véleményen volt, hogy az egészségügyi ellátás vitathatatlan eredményei ellenére megérett a radikális reformra.

⁴² Török Judit dr.: Egészségpolitikai feladatok megvalósulása Szegeden. Kézirat, 1986. 6. és 32. old.

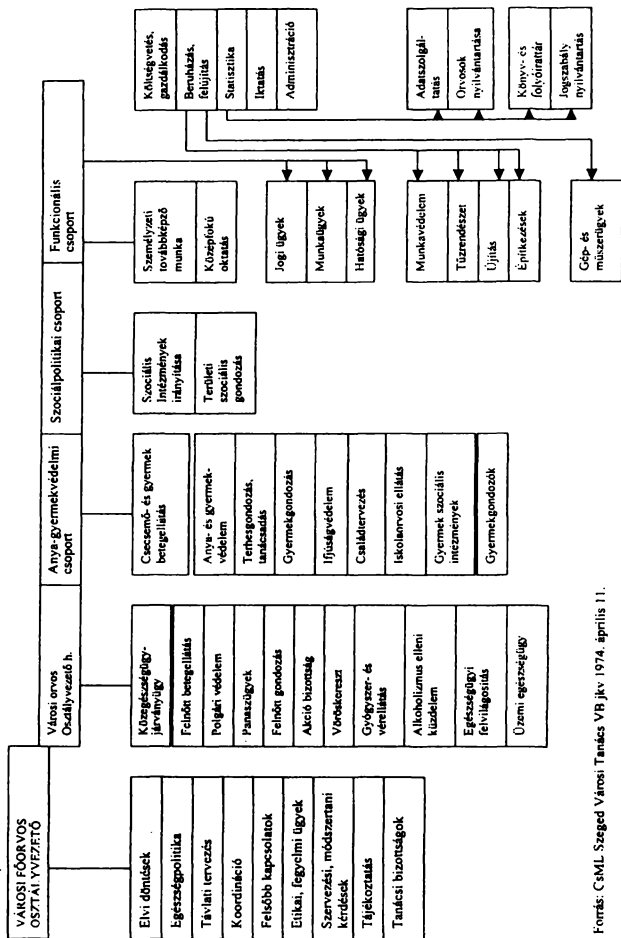
⁴³ CsML. Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1986. május 15.

⁴⁴ CsML. Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1987. június 4.

⁴⁵ CsML. Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1987. június 4.

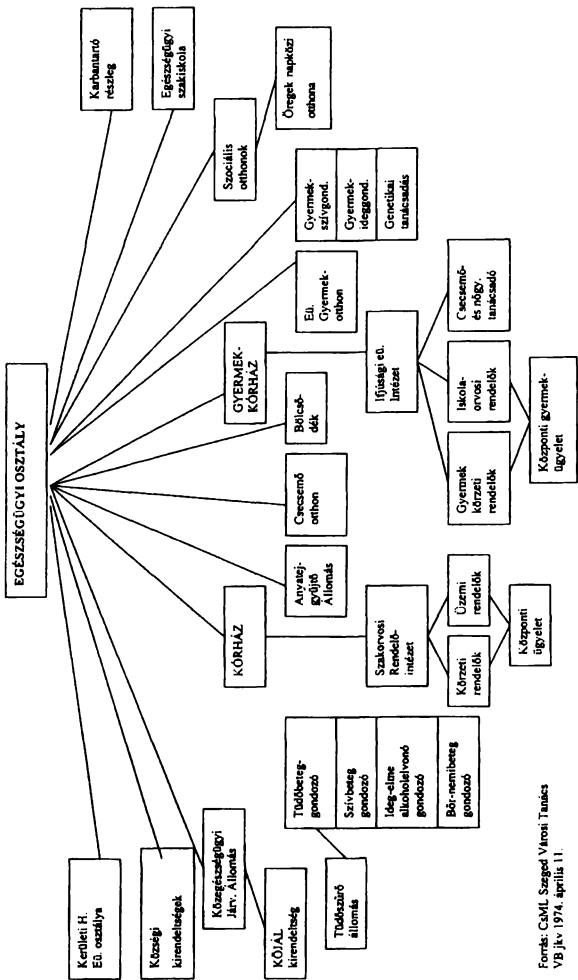
⁴⁶ Például: Bodzsár Erzsébet: Terápiát sürgősen! Mélyponton az egészségügy. Délmagyarország, 1988. október 1.; Egészségügyi végnapok? Déli Napló, 1989. augusztus 11.; Pavlovics Miklós: Fortélyos félelem igazgat: Önállóságot követelnek a szegedi rendelőintézetben. Déli Napló, 1989. augusztus 11. Kaloocsa Katalin: Életveszélyes épületben gyógyítanak. Délmagyarország, 1990. március 2.; Chikán Ágnes: A petíciók semmin sem változtatnak? Délmagyarország, 1990. március 2.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI OSZTÁLY VEZETÉSI MECHANIZMUSA MUNKAKÖRÖK SZERINT 1974



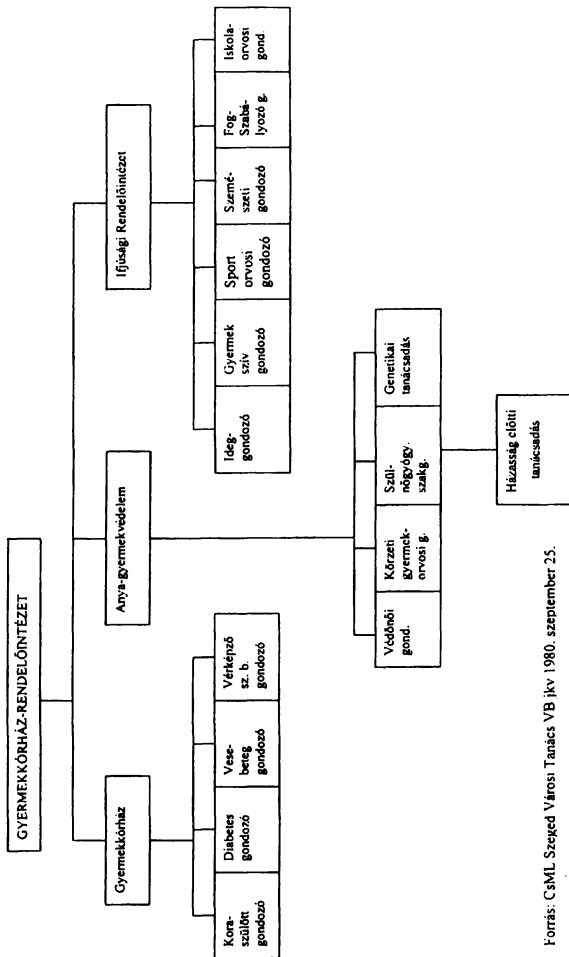
Forrás: CsML Szeged Városi Tanács VB jkv. 1974. április 11.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS SZERVEZETI FELÉPÍTÉSE SZEGEDEN 1974



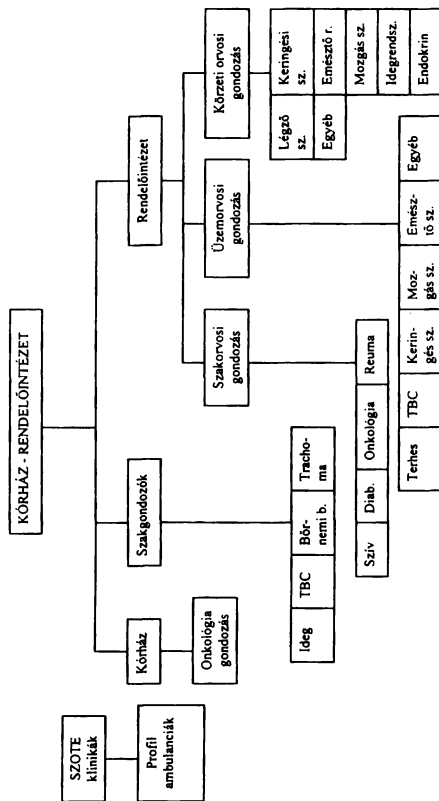
Forrás: CsML Szeged Városi Tanács VB Jkv 1974. április 11.

GYERMEKKORÚ LAKOSSÁGOT GONDOZÓ HÁLÓZAT - SZEGED 1980



Forrás: CsML, Szeged Városi Tanács VB jkv. 1980. szeptember 25.

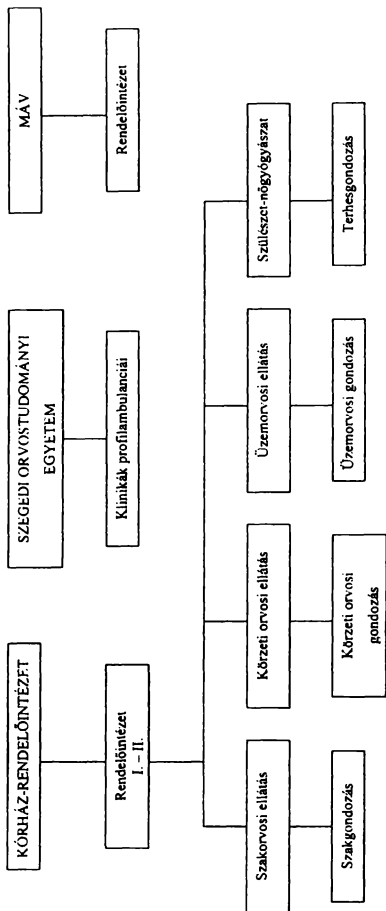
FELNÓTT LAKOSSÁGOT GONDOZÓ HÁLÓZAT SZEGEDEN - 1980



Forrás: CsML Szeged Városi Tanács VB jkv
1980. szept. 25.

5. sz. ábra

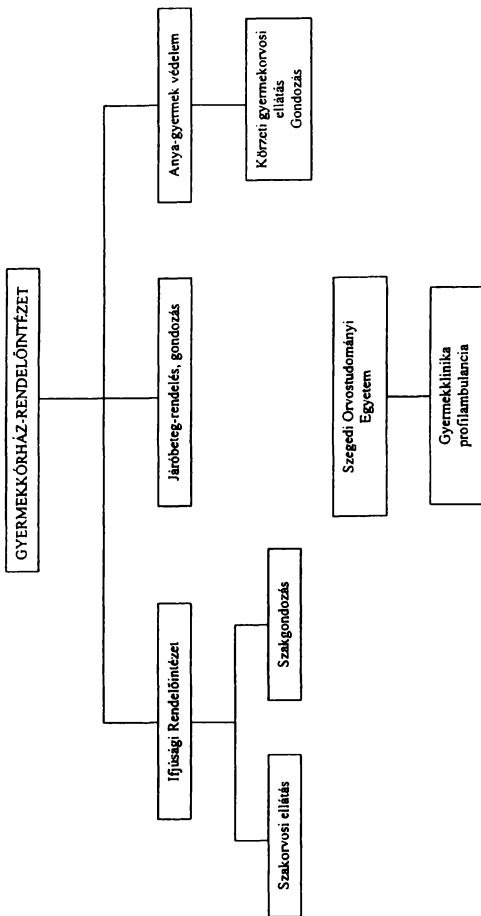
FELNÓTT LAKOSSÁG JÁRÓBETEGEELLÁTÁSA SZEGEDEN
1983



Forrás: CsML Szeged Városi Tanács VB jkv 1983. május 26.

6. sz. ábra

GYERMEKLAKOSSÁG JÁRÓBETEGELLÁTÁSA SZEGEDEN - 1983



Forrás: Cs.M.L. Szeged Városi Tanács VB jkv 1983. május 26.

2007. november 9.

**„Egészségfejlesztés a különböző szintereken és
tevékenységekben”**

Nemzetközi tudományos felolvasóülés angol nyelven.

HEALTH CONSUMER GROUPS AND POLICY MAKING IN GERMANY

Alf Trojan

My report will have the following outline: In the first part we present the general policy context, particularly the legislation relating to participation of health consumers in formal structures of the health care system. The second part will refer to policy and public debates on the national and regional levels. The third part is an account of the most important associations and alliances, which could become a unified health consumer movement.

Our general hypothesis is as follows: The importance of patients as actors in the health care system has grown continuously during the past few years. Their rights and possibilities for participation have been considerably strengthened during the past few years. There is agreement between the ruling political parties that this trend is to be continued.

1. Patients within the general policy context

1.1. National social security legislation

The best evidence for the political will to strengthen consumer participation are regulations in the Social Security Code (Sozialgesetzbuch V):

- § 20, 4 support for self-help groups: This older paragraph requires the sickness funds to spend about 2.60 € per insured person and year;
- § 65b patient information and advice: A national programme of demonstration projects was launched in order to find out best ways to establish a sustainable system for increasing the competence of patients;
- § 66 provides support by sickness funds for patients in case of medical error.
- § 140f participation of patients in the „Joint Committee of Physicians and Sickness Funds“ for decisions on what is paid or not by the health insurance system (Gemeinsamer Bundesausschuss = G-BA),
- § 140h a national ombuds-person for patients was appointed in order to increase the possibilities of patients in political decisions (a kind of „go-between“ respectively a „voice of the patients“ in the formal structures).

§ 140f is considered to be the most important milestone of granting patients more influence in the political system. The committee has quite a number of sub-groups on the national and regional levels (about 60?) in all of which patients will have a say in the future. However, this does not mean that they have formal voting rights.

1.2 Legislation on the level of the federal states (Länder)

The most important body for the integration of the 16 Länder of the Federal Republic of Germany is the „Conference of Secretaries for Health“ (Gesundheitsminister-Konferenz). This important body passed a strong commitment to „strict patient orientation“ at the 72nd meeting (1999). The plans were to establish, until 2003, a number of improvements concerning patients' rights, patient surveys in all health institutions, patient information and advice, patient participation in quality management, involvement of consumer advice centres, – to name just the most important points.

There is no research or report available about how and to what degree these plans have been implemented. It can be said, however, that some improvements relating to information, advice and special service points for patients' rights were started. But it would have been more important to integrate such innovations into the public health codes. There are public health codes for each of the Länder in Germany, because, apart from social security legislation, health affairs are assigned to this political level. Though verbal commitment to the new roles of the patient can be found in some public health codes for the Länder, there are neither provisions for the necessary resources nor formal obligations to act on consumer participation.

2. National and regional policies

Patients' rights are not regulated by one common law. There has been a discussion about the necessity of a patient protection act. However, up to now, these discussions only led to a patients' charter, which was very much influenced by the medical profession.

The development of quality improvement for all health institutions has started about 1994: Hospitals had to have a system of internal quality management. Since then, the requirements have continuously been raised by legal provisions. The quality structures and quality cultures in hospitals and other institutions were developed very slowly. Nevertheless, participation in quality improvement measures has become one of the mechanisms to involve patients in shaping the health care system on the meso-level of institutions and organizations. Possibilities for patients to give feedback on shortcomings and deficiencies on this level are: patient surveys for monitoring quality, participation of patients in quality circles of physicians in ambulatory care and first steps in involving patients in disease management programmes (especially breast cancer).

Another aspect of quality improvement are patient complaint systems in hospitals. In some hospitals these complaint systems were established within the framework of general quality management systems for example the certificate „co-operation, transparency, quality“ (KTQ). Patient ombuds-persons in hospitals and other institutions are one of the oldest mechanisms to give the patients a voice.

There might be an increase in ombuds-persons (mainly voluntary work), but precise numbers are not known.

The Federal Government has launched a research programme for developing models of good practice in shared decision making. This is accompanied by a more general discussion among experts on increasing patient autonomy and patient „sovereignty“.

What are the topics in public debates? – The notion of „public“ can be defined in various ways. As far as we can see, most of the debates are not really public in the sense of discussions between normal citizens or health care consumers. However, there are some topics that find their way into daily newspapers or weekly journals for the general public. The most relevant public debates relate to ethical or financial issues:

- advanced health care directive, (legislation is being prepared which forces doctors to take an advanced health care directive seriously),
- rising contributions to sickness funds (national reforms for cost containment in the health care sector),
- out-of-pocket payments, i.e. in addition to what is covered by the sickness funds (a recent survey has shown that per insured person these co-payments have risen from 550€ in 2003 to 770 € in 2004!)

The general framework of all these discussions are reforms of the health care system. The general goal is cost-containment while maintaining the quality of health care. The most important decisions to be made in the long run are decisions on which services will be covered by the sickness fund and which ones have to be insured privately. Surveys of the general population have shown that people want the organisations of the insured or patients' organizations to have the most important say in such decisions. All surveys of the past few years have shown that consumers want more possibilities for participation and rights.

3. Development of a consumer movement?

3.1 Association and Alliances

One of the most difficult questions is who is to represent „the consumer“? With the newly introduced paragraph 140f in the Social Security Code, it became necessary to have regulations for who is allowed to take a seat in the Gemeinsamer Bundesausschuss (common federal committee) and its roughly 25 sub-groups. The decision was as follows:

Four umbrella organizations for patients and users of the health care system were considered to be legitimate representatives of consumers. They are entitled to nominate members for the Gemeinsamer Bundesausschuss. At least half of the persons they nominate have to be patients (usually taken from self-help groups or -organizations); the rest can be taken from the staff of the so-called „consumer

advisory organizations“ („Berater-Verbände“). At present, about two thirds of the persons nominated are real patients and only one third professional staff coming from the patients' (advisory) organizations.

The first organization is an umbrella for real patient organizations. The other 3 consumer representatives organizations are both associations and alliances speaking for the interest of patients.

1. **German Council for Handicapped Persons:** This national umbrella organization unites about forty member-organizations and claims to represent all chronically ill and handicapped persons. As far as we can see at the moment the most important member of this council is the **Federal Working Group (BAG=Bundearbeitsgemeinschaft) Self-help:** This „working group“ has started with only a few self-help organizations of handicapped persons but has grown continuously. In our days more than one hundred member-organizations of all kinds of diseases belong to this organization. They seem to have some impact on the rehabilitation system, which is (in Germany) another part of the Social Security Code (code-book IX).
2. **German Association Self-Help Groups:** This group was formerly named „association of self-help groups“, but very soon it became clear that it was not the self-help groups which joined the association but the staff of the self-help clearing houses. Today it is an organization mainly of the staff of self-help clearing houses and indirectly an alliance of the about 250 small institutions of this kind.
3. **Federal Working Group (BAG) of Patient-Information Centres (Patientenstellen):** There are only about 10 of these independent service points for patient support. Nearly all of them have developed from the former so-called health movement, which joined critical health professionals and patients.
4. **Federal Confederation for Consumer Advice Centres:** 17 centres with about 200 service points. They could become part of a nation-wide system of advice for patients. They provide general advice in all areas of goods and services; advice to consumers of health care services is only one special task of their general advice giving.

All the mentioned consumer advisory organizations get public support. Additionally, they have to raise money from other sources for their work. Research studies or reports on what their financial resources (and political dependencies) are, in which ways and on what issues they exert influence on the health and social care system are not available up to now.

3.2 Engagement in health policy process

The most recent mechanism of influencing health policy is the formerly mentioned paragraph 140f. The two most important issues where the consumers had an impact in the Gemeinsamer Bundesausschuss were:

- Definition of chronic disease: Basically a narrow definition was to be launched by the sickness funds. This is important, because only patients with chronic diseases had an annual maximum of out of pocket payments of 1 per cent of the persons' income. The wider definition, which was agreed upon between all players in the Gemeinsamer Bundesausschuss means that the limitation of private financial expenses for health care costs refers to a much bigger number of chronically ill patients.
- Reimbursement of transport costs by sickness funds: The sickness funds had intended not to pay any longer the transport costs for chronically ill persons. This regulation was withdrawn due to the protest of consumer representatives.

As might be expected, there is also a discussion going on on how to increase the impact of consumers in policy making. Important questions are: Who should represent the consumers? In which structures could they influence which decisions? Do we need voting rights in the Gemeinsamer Bundesausschuss?

Other questions could be characterized as questions on a meta-level: Are the neediest patients able to participate and who can represent them if not? Do patients have the capability to organize their interests and are they strong enough to face conflicts? Are the methods of convincing and negotiating effective enough in policy making or is the power to exert pressure in other ways indispensable?

Sometimes the various aspects of patient orientation and patient participation in the German Health Care System are considered to be quite impressive. Nevertheless, one would have to answer in the negative the question whether there is a health consumer movement in Germany. The reason is that the interests of patients put forward by the various umbrella organizations are mostly quite particular. A strong umbrella organization or a grass-roots movement, which could be perceived as the (one and only) voice of patients, does not exist in Germany. The cooperation with the umbrella organisations, however, has improved during the last few years considerably. The impact of the new regulations and the increased importance of consumer organisations is still an underresearched area. Hopefully we will get possibilities in the near future to fill this gap.

HEALTH PROMOTION IN THE RURAL AREAS OF HUNGARY

Edit Paulik, Sándor Balogh, László Nagymajtényi

Introduction

Health promotion is the process of enabling people to increase control over the determinants of health and thereby improve their health. Within the context of health promotion, health has been considered less as an abstract state and more as a means to an end which can be expressed in functional terms as a resource which permits people to lead an individually, socially and economically productive life. Health is a resource for everyday life, not the object of living. It is a positive concept emphasizing social and personal resources as well as physical capabilities (Ewles and Simnett, 1993; Benkő, 2005).

Health promotion strategies can develop and change lifestyles, and have an impact on the social, economic and environmental conditions that determine health. Health promotion is a practical approach to achieving greater equity in health. For health promotion in the 21st century the Jakarta Declaration identifies five priorities: promote social responsibility for health, increase investments for health development, expand partnerships for health promotion, increase community capacity and empower the individual, and secure an infrastructure for health promotion. Community action for health refers to collective efforts by communities which are directed towards increasing community control over the determinants of health, and thereby improving health (Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century).

The determinants of health have a profound effect on the health of individuals, and communities. Developing and implementing policies and preventive interventions that effectively address these determinants of health can reduce the burden of illness, enhance quality of life, and increase longevity. Individual biology and behaviours influence health through their interaction with each other and with the individual's social and physical environments. In addition, policies and interventions can improve health by targeting factors related to individuals and their environments, including access to quality health care (Healthy People 2010).

Nowadays no less than 86% of deaths and 77% of the disease burden in the WHO European Region are caused by chronic diseases. Chronic diseases are linked by common risk factors, underlying socioeconomic, cultural, political and environmental determinants and opportunities for intervention. These determinants influence health opportunities, health-seeking and lifestyle behaviours as well as onset, expression and outcome of disease (WHO, 2006). Non-smoking behaviour, moderate alcohol consumption, regular physical activity, and daily consumption of fruits and vegetables are defined as the major healthy lifestyle

habits because of their roles in the primary prevention of cardiovascular diseases, stroke, diabetes, and cancers.

The purpose of this study was to examine the lifestyle behaviour of the population according to individual demographic and settlement related characteristics, and the utilization of screening examinations and its motivating factors using data from a representative population-based health survey from the rural part of Hungary.

Methods

A population-based, cross-sectional health survey was conducted in the rural area of Hungary in 2006. The sample ($n=3,380$) represented the population over 18 years living in settlements with less than 5,000 inhabitants in the seven geographical regions of Hungary (Central Hungary, Central Transdanubia, Western Transdanubia, Southern Transdanubia, Northern Hungary, Northern Great Plain, Southern Great Plain). Altogether 91 settlements with various sizes of population (under 500, between 500 and 999, between 1,000 and 1,999, and 2,000 inhabitants and above) took part in the survey.

The survey was based on interviewer-administered questionnaires. The socio-demographic data consisted of age, gender and educational level. Educational level was categorized into three groups on the basis of the total number of years spent at school: low level (8 years of schooling or less), medium level (9-12 years) and high level (more than 12 years). The lifestyle factors consisted questions on smoking, alcohol consumption and nutritional habits (the frequency of fruit, and vegetable consumption). The participation in screening programmes was analysed in connection with blood pressure (BP) check, chest X-rays examination, and dental screening in both sexes, breast and cervical cancer screening in females, and prostate cancer in males.

Statistical analysis was carried out using SPSS 13.0 for Windows. Frequencies were calculated in case of categorical data, and chi-square test was used to compare different groups. $P < 0.05$ was regarded as statistically significant.

The study protocol was approved by the Regional and Institutional Human Medical Biological Research Ethics Committee of the University of Szeged. Informed written consent was obtained from the study population.

Results

28.0% of all subjects lived in settlements with a population size under 500, 26.4% of subjects lived in a settlement with a population size between 500 and 999, 24.3% of them lived in a settlement with a population size between 1,000 and 1,999, and 21.3% of them lived in a village with a population over 2,000.

The number of subjects was altogether 3,380 (46.5% males and 53.5% females). The age distribution of the population was the following: 19.4% between

ages 18 and 29 years, 35.0% between ages 30 and 49, 30.7% between ages 50 and 69, and 14.9% aged 70 years or over. The average age was 47.99 ± 18.11 years with the youngest subject aged 18 and the oldest one aged 97 years. 50.1% of all participants in the survey did not finish their primary school studies or primary school was the highest form of education (low level), for 43.5% of them the highest form of education was secondary school (medium level), and 6.4% of them had a university/college degree (high level).

The population was divided into three groups according to the smoking status: 50.7% of the participants were never-smokers, 19.2% were ex-smokers, 31.1% were regular smokers currently. The number of smokers was significantly higher among males, younger age-groups and among individuals with medium educational level (Table 1).

Table 1. Frequency of regular smoking and alcohol consumption according to demographic and settlement characteristics

| Characteristics | Regular smoking | | Regular alcohol consumption | |
|-------------------------------|-----------------|----------|-----------------------------|----------|
| | n (%) | P-value* | n (%) | P-value* |
| Gender | | <0.001 | | <0.001 |
| Male | 581 (37.1) | | 281 (17.9) | |
| Female | 432 (24.0) | | 34 (1.9) | |
| Age-groups | | <0.001 | | <0.001 |
| 18-29 | 272 (41.5) | | 12 (1.8) | |
| 30-49 | 466 (39.6) | | 120 (10.2) | |
| 50-69 | 241 (23.4) | | 126 (12.3) | |
| 70- | 34 (6.8) | | 57 (11.4) | |
| Education level | | <0.001 | | <0.001 |
| Low | 472 (28.2) | | 196 (11.8) | |
| Medium | 487 (33.5) | | 109 (7.5) | |
| High | 50 (23.4) | | 7 (3.3) | |
| Settlement size (inhabitants) | | 0.204 | | 0.014 |
| 499 and less | 271 (28.8) | | 111 (11.8) | |
| 500-999 | 254 (28.6) | | 89 (10.0) | |
| 1,000-1,999 | 249 (30.5) | | 68 (8.3) | |
| 2,000 and more | 239 (33.2) | | 47 (6.7) | |

*Chi-square test

Regarding alcohol consumption 38.9% of the individuals were abstinent (never drinks), 9.4% drank every day, considered as heavy regular drinkers, and

the others (51.7%) drank few times per week or occasionally. The frequency of regular alcohol consumption was significantly different by socio-demographic factors (Table 1). The highest level was in settlements with less than 500 inhabitants, among males, older, and lowly educated people.

Daily fruit consumption was significantly higher than vegetable consumption (63.0% vs. 45.2%). There were significant associations between socio-demographic characteristics and daily consumption of fruits and vegetables (Table 2). Daily consumption of fruits and vegetables was higher in females, among older, and highly educated people, as well as fruit consumption was also high among people living in villages with more than 1000 inhabitants.

Table 2. Frequency of regular consumption of fruits and vegetables according to demographic and settlement characteristics

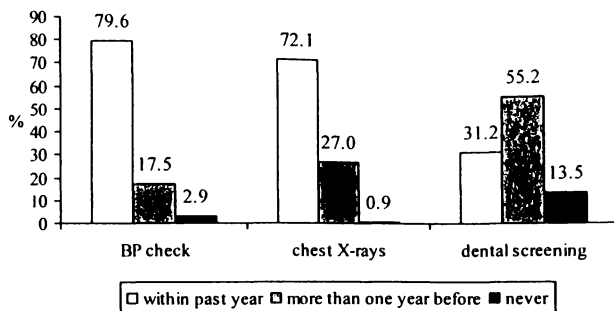
| Characteristics | Regular consumption of fruits | | Regular consumption of vegetables | |
|-------------------------------|-------------------------------|----------|-----------------------------------|----------|
| | n (%) | P-value* | n (%) | P-value* |
| Gender | | <0.001 | | <0.001 |
| Male | 861 (54.8) | | 630 (40.1) | |
| Female | 1266 (70.1) | | 890 (49.6) | |
| Age-groups | | <0.001 | | <0.001 |
| 18-29 | 379 (57.9) | | 256 (39.1) | |
| 30-49 | 691 (58.5) | | 520 (44.1) | |
| 50-69 | 691 (66.8) | | 516 (50.1) | |
| 70- | 366 (72.6) | | 228 (45.4) | |
| Education level | | <0.001 | | <0.001 |
| Low | 1041 (62.0) | | 705 (42.1) | |
| Medium | 905 (62.0) | | 684 (47.1) | |
| High | 167 (78.0) | | 121 (56.5) | |
| Settlement size (inhabitants) | | <0.001 | | 0.276 |
| 499 and less | 605 (64.0) | | 418 (44.4) | |
| 500-999 | 535 (60.0) | | 386 (43.5) | |
| 1,000-1,999 | 563 (68.4) | | 394 (48.0) | |
| 2,000 and more | 424 (59.1) | | 322 (45.0) | |

*Chi-square test

Regarding screening examinations, 97.1% of the subjects have already measured their blood pressure and 79.6% of them did it within the past 12 months (Figure 1). 99.1% of the subjects have participated in chest X-ray examinations

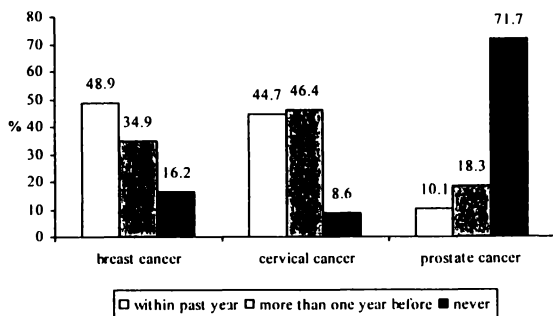
for the detection of tuberculosis, and 72.1% of them did it within the past 12 months. Only 31.2% of the adult population had visited a dentist in the 12 months prior to the survey.

Figure 1. Participation in blood pressure (BP) check, chest X-rays and dental screening



16.2% of the high-risk population of women aged 45–64 never had had mammography (Figure 2), 8.6% of women aged 25-64 years had never been screened for cervix cancer. More than 70% of the high-risk population (men aged 50 and over) never had been screened for prostate cancer.

Figure 2. Participation in breast, cervix and prostate cancer screening



The motivating factors for people presenting for screening examinations were their deliberate preventive attitude: to promote health (35.7%), importance of prevention (14.9%), compulsory (work-related) 10.6%, feeling of comfort (6.4%), earlier disease (5.8%). Those who did not take part in these screening examinations reasoned their decision by the fact that these screenings are not important (12.1%), they felt themselves healthy (30.1%), having no problem that would indicate a screening test (12.7%), having no time (13.4%), or because they are too old (8.5%).

Discussion

The factors which influence health are multiple and interactive. Understanding of health determinants and how they relate to one another, coupled with our understanding of how individual and community health affects the health of the nation.

Major behavioural factors affecting health include tobacco use, nutrition, physical activity and excessive alcohol consumption. In the present study tobacco use, nutrition and alcohol drinking were analysed.

Tobacco use is one of the biggest public health threats the world has ever faced. 100 million deaths were caused by tobacco in the 20th century. If current trends continue, there will be up to one billion deaths in the 21st century (*WHO*, 2008). Cigarette smoking is linked to increased morbidity and mortality from cardiovascular diseases, various forms of cancer, and chronic obstructive lung diseases. Cigarette smoking is one of the most preventable factors contributing to illness and disability in Hungary, causing in excess of 28,000 deaths per year (Central Statistical Office, 2007).

Alcohol consumption is also associated with many health problems. Scientific evidences suggest that moderate drinking decreases the risk of cardiovascular diseases (Rimm et al., 1996; Sacco et al., 1999), whereas excessive drinking seriously increases the risk of certain conditions (cirrhosis of the liver, stroke, cancers of the mouth, throat, breast, and birth anomalies) and is, to a significant degree, responsible for premature mortality (Méndez-Sánchez et al., 2007).

Consuming fruits and vegetables daily are defined as the major healthy lifestyle habits because of their roles in the primary prevention of cancer, cardiovascular disease, stroke, and diabetes (*WHO*, 2005).

In the present study, the relationship between lifestyle behaviours – smoking, alcohol consumption and nutrition – and some demographic factors were analysed. The results show that health behaviour is significantly associated with demographic characteristics of the individuals and their dwelling place. Regular smoking was higher among males, younger age-groups and in case of medium educational level. Heavy drinking was more frequent among males, older, and lowly educated people, and in settlements with less than 500 inhabitants. Healthy nutrition (daily consumption of fruits and vegetables) was higher in females,

among older, and highly educated people, and among those living in villages with more than 1000 inhabitants.

With a look on the high morbidity and mortality of chronic noncommunicable diseases in Hungary, the role of secondary prevention has to be also emphasized (Central Statistical Office, 2007). Regarding the high prevalence of cardiovascular diseases and their role in premature mortality, an annual checking of the blood pressure is medically recommended for adults.

Malignant tumours are the second most important causes of death in Hungary (Central Statistical Office, 2007). According to general medical recommendations women aged 45-65 should be screened for breast cancer at least once every two years. It is medically recommended for women who are sexually active, to take a screening for cervical cancer at least once every three years (Nemzeti Népegészségügyi Program, 2003; Boyle et al., 2003), and men aged 50 years and over should be screened for prostate cancer annually (www.daganatok.hu; Qi et al., 2006).

The dental health status of the Hungarian population is also very poor. The regular – at least once a year – visit of the dentists is also recommended.

In our study the participation rate in BP check and chest X-rays was high enough, while regular visit of dentists was very low. A relatively high percent of the risk population had never been screened for breast, cervical and prostate cancers.

The risk of noncommunicable diseases is formed by various factors: the living conditions, lifestyle and knowledge of the population can vary according to the size and geographical location of the settlement, socio-demographic factors and access to certain services and among them health care can be different.

Individual lifestyles, characterized by identifiable patterns of behaviour, can have a profound effect on an individual's health and on the health of others. If health is to be improved by enabling individuals to change their lifestyles, action must be directed not only at the individual but also at the social and living conditions which interact to produce and maintain these patterns of behaviour (Health Promotion Glossary, 1998).

Health promotion is fundamentally concerned with action and advocacy to address the full range of potentially modifiable determinants of health – not only those which are related to the actions of individuals, such as health behaviours and lifestyles, but also factors such as income and social status, education, employment and working conditions, access to appropriate health services, and the physical environment (Health Promotion Glossary, 1998; Benkő, 2000).

On the basis of our results we can conclude that special attention should be paid to the lowly educated, male population living in smaller settlements. A community based intervention strategy has to be used, which attempts to modify the general risk factor profile of the whole population. Smoking cessation programs or altering the habits of nutrition are integral parts of health intervention pro-

grams. Success rate may, however, be largely reduced by the social and economic background of the habits in question. Improving the health educational level of the population and proper financial means are both necessary for changing a highly fixed routine with negative health effect. From another aspect the active participation of the population in health development programs is essential for the success of public health goals. However, this assumes a general agreement on this issue: one can actively improve her/his health.

References

- Benkő Zsuzsanna (2000): A családok életmódját meghatározó társadalmi tényezők. *Szenvedélybetegségek*, 8(1):54-57.
- Benkő Zsuzsanna (2005): Bevezetés az egészségfejlesztésbe. In: Benkő Zsuzsanna és Tarkó Klára (2005, szerk.): *Iskolai egészségfejlesztés*. JGYF Kiadó, Szeged. Szeged. 13-27.
- Boyle P., Autier P., Bartelink H. et al. (2003): *European Code Against Cancer and scientific justification: third version (2003)*. *Annals of Oncology* 14:973-1005.
- Központi Statisztikai Hivatal (2007): *Demográfiai Évkönyv 2006*, Budapest.
- Ewles L., Simnett I. (1992): *Promoting Health: A practical guide*. 2nd Edition Scutari Press, London
- Health Promotion Glossary. WHO/HPR/HEP/98.1 World Health Organization 1998 (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf)
- Healthy People 2010. Understanding and Improving Health. U.S. Department of Health and Human Services November 2000
http://www.healthypeople.gov/document/html/uih/uih_2.htm
- Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf)
- Méndez-Sánchez N., Villa A.R., Zamora-Valdés D., Morales-Espinosa D., Uribe M. (2007): Worldwide mortality from cirrhosis. *Annals of Hepatology* 6(3):194-195.
- Nemzeti Népegészségügyi Program (2003) 46/2003. (IV.16.) OGY határozat a Nemzeti Népegészségügyi Programról.
- Qi V., Philips S.P., Hopman W M (2006). Determinants of a healthy lifestyle and use of preventive screening in Canada. *BMC Public Health* 6:275 (<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/275>)
- Rimm E.B., Klatsky A., Grobbee D., Stampfer M.J. (1996): Review of moderate alcohol consumption and reduced risk of coronary heart disease: is the effect due to beer, wine, or spirits? *BMJ* 312:731-736.

- Sacco R.L., Elkind M., Boden-Albala B., Lin I., Kargman D.E., Hauser W.A., Shea S., Paik M.C. (1999): The protective effect of moderate alcohol consumption on ischemic stroke. *JAMA* 281:53-60.
- World Health Organization (2005): Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva. (http://www.who.int/chp/chronic_diseasc_report/full_report.pdf)
- World Health Organization. Regional Committee for Europe (2006): Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. EUR/RC56/8 2006. június 30.
- World Health Organization (2008): Report on the Global Tobacco Epidemic. Fresh and alive. The MPOWER package. <http://www.daganatok.hu/osszeallitas-a-szurovizsgalatokról>: Összeállítás a szűrő-vizsgálatokról.

PREVENTIVE ACTIVITY OF THE HUNGARIAN PRIMARY HEALTHCARE

Ferenc Hajnal

Background

General practice and the general practitioner (G.P.) is in a specially advantageous position as to the activities in disease prevention and health promotion. He/she is in charge with the most different forms of screening for hidden and/or early stage diseases. In addition, most of the preventive activities are applicable to the families as integrated units. In these activities the G.P. is supposed to be a real medical specialist. As the G.P. also has the privilege to get aware of most information on the health status, genetic disorders, -burden, lifestyle, working conditions, social circumstances, etc. of the listed families, has the possibility for the early interventions according to the health problem (Rakel, 2004).

The preventive activities in healthcare, by current views, are classified according to the phases of the diseases, as follows: Prevention is qualified as *primary* if no known or diagnosable diseases are present in the individual/family/community. *Secondary* preventive activities are taken when symptom-free, hidden or preclinical stages of diseases are present, and *tertiary* prevention is taken in the cases of diagnosed diseases with symptoms and/or signs are present.

Levels of prevention

Primary prevention is capable of limiting or hampering the incidence of diseases by controlling the causes and risk factors. The strategies which are often complementary are referred to either the individuals or the population. Major methods of the primary prevention are:

- (active and passive) immunizations,
- individual and environmental hygiene,
- chemoprophylaxis,
- health education and counselling.

These activities are mostly within the duties of the modern society with codified rules and regulations, however, some of them are typically dedicated tasks for the so called primary health team led by the G.P.

The main objective of the secondary prevention is detection of early phase of symptomless (hidden) diseases as early as possible, as well as recognition of as many as possible of the pathogenic, preclinical dispositions inside the provided community. So, the dominating method of secondary prevention is screening, and once any of those pathogenic conditions are found out, the immediate and adequate treatment is supposed to launch mostly at primary care level.

As the main objective of tertiary prevention is to decrease the worsening of the disease, as called progression, and/or preventing the, untreatedly, potentially occurring complications. So, the main methodology involves prevention of the spreading of the pathogenic factors, fighting the avoidable relapses which supposes to improve the patient' well-being, strengthening the organism's natural resistance and last, but not least, appropriate medical treatment of the diseased patients or community. Upon these premises additional major parts of tertiary prevention are curative and rehabilitation medicine.

Preventive medicine in primary health care

The family physician has therefore special role and opportunity as to the disease prevention and health promotion. His/her position makes it possible:

- To know, screen and evaluate the totality of risk factors;
- To advice healthy lifestyle, in general and accordingly to the individual's conditions to his/her changing environment and, in the meanwhile, to counsil patients according to age, school, etc.

For the G.P. the conscious preventive work means also the duty to intervene in case and as soon as it is necessary. So, the GPs' role in prevention is unrivalled, at least among his/her specialist colleagues, because of the continuity and comprehensiveness of care that also enables GPs to take the responsibility for the whole process of secondary disease prevention. Upon their role within the usual establishment of (national) health care systems are supposed to identify risks to health. In normal circumstances their relationship with the listed (long term) patients makes capable of motivating those patients and families to comply with advises and measures in order to maintain health.

In Hungary, the GPs' duty exists by law (Order No. 2000/4) „any GP is supposed to offer personal and continuous care for patients: „to maintain the healthy status, and to prevent and treat diseases” (~1. §, 1.). Furthermore, „*the GP, in the frame of curative-preventive care, is supposed to offer counselling and screening among the whole population, control of health status, ... participate in counselling of the pregnant women, supposed to have unlimited activities in public health, as to health education, screening tests according to age, observation of newborns and children, especially at risk ones by home visits, public health measures in need, as to immunisation shots at patients with infective diseases or suspects of those, carriers of infective agents, ...*” (4-5. §).

GPs perform their preventive work in partnership with their closest co-workers, namely the members of their practice team. So, the text of the Order goes on:

... GP is supposed to work with practice nurse and, at maternity and childcare, with health visitor, and as in Hungary there is a parallel network of primary care practices for the care of children, there are different paragraphs for that type of

care, as follows: "... General (early district-) paediatrician is supposed to work with paediatric nurse and health visitor in which context ... GP-s are supposed to supervise activity of the paramedic partners, who, however, do their job independently in their competence" (6.§).

Furthermore, the service for the prevention and early detection of diseases should be done in the network of the social (public and obligatory) health insurance,... GP and co-workers are supposed to draw the patients' attention to the possibility and importance of age-related screening tests, which (otherwise) can not be denied upon patient's require when it is on time" (Order No. 1997/51).

So, GPs have absolute duty in preventive activities and this is detailed in the same Orders, as follows: (4. §. a.) *General practice, as service, is supposed to take care of every preventive activity, unless another service is legally assigned for that task.*" (Order No. 1997/51).

Therefore, the GPs have dedicated role in any screening programmes with public health goals, as the current one is described in the Action Plan of the National Public Health Programme (NPHP) of the Hungarian State and which was adopted by Parliament in 2004 (NPHP, 2004).

National Public Health Programme

The introduction of the NPHP sounds, as follows: *„The rationale for this programme is the recognition by the Government and Parliament a public demand for a radical change in the unfavourable public health processes of past decades, and the setting of the target of improving life expectancy at birth for Hungarians so as to mainstreaming it to the average for the EU.”*

This public health programme contains a somewhat detailed action plan with the following headings:

1. Healthy lifestyle and environment,
2. Preventing diseases and illness and reducing burdens of those ones,
3. Setting (special) subprojects,
4. Improving and depletion of human resources,
5. Monitoring and communication for the Programme.

Ad 1. Healthy lifestyle and environment

- Tobacco control is of primary importance and the duty of the medical services are worded as to *„we want to see the subject of cigarette smoking broached at every GP – patient encounter”.*
- Next, promoting and advising the healthy nutrition, as well as alcohol and drug prevention by consulting *„in ... primary care ... are a great help despite their funding shortages”.*
- As far as health programmes related environment are concerned, as it is written: *„... intensive communication to ... convince people not to purchase*

medicinal products not prescribed by their physician, and not more...” than they need.

Ad 2-3. Preventing illness and reducing burdens of diseases

- a) First it is prescribed „*screening and continuing care for hypertension and diabetes*” as will be seen later,
- b) Reducing morbidity due to locomotor diseases,
- c) Improving of seniors health,
- d) Preventing HIV/AIDS,
- e) Programmed cancer screening:
 - mammography,
 - cervical cancer,
 - colorectal cancer screening – unfortunately has not launched due to lack of some infrastructural conditions.

The access to screening for persons with disabilities is an outstanding intention of the programme.

Ad 4. Developing of human resources for NPHP

The „bullet” component to successful implementation of the programme is considered to be a postgraduate training upon international standards, as follows:

- High level of health care education among either health personnel or the wide lay public,
- Appropriate and continuing training of peer teachers which is of particular importance among primary care workers.

Ad 5. Monitoring and communication of the Programme

A continuous monitoring of the advancing of the projects is proposed, scheduling later health surveys, analysis and publication of the preliminary/interim results. The programme is aware of setting up and running an effective administration at different levels with the leadership of the central government.

As illustrated in the previous (nutshell) description of the programme and its legal regulation (also above) the framework for the preventive workload for the primary care is rather outlined either in general or in details.

Moreover, there are special paragraphs for the secondary screening of the adult generations (in childhood and adolescent age the primary and secondary preventive duties, included immunisations and periodic screenings, are regulated by parliament Acts as those are done everywhere in the civilized societies).

Therefore, the NPHP prescribes for the primary care workers highly recommended (practically obligatory) general preventive screening tests among inhabitants of 40-64 years of age with:

- regulatory revision in every 5th year at low risk persons,
- in 2nd years at persons with medium and high cardiovascular risk and checkups should include overall physical examination of the arteries what should be completed by „mini-Doppler” examination, as well as,

- measurement and calculation of the ankle-arm index is expected, too.
- Stomato-oncological checkups are also directed in every 2nd year.

Furthermore, those tests over the age of 65 years are to be reviewed in 2 years at any risk when the complementary Mini-Doppler test and the ankle-arm index is supposed to be completed by examination of the renal functions in every cases of hypertension and diabetes. The tests of the sensory organs' function is supposed to be repeated yearly in this population, accordingly.

Nevertheless, this version of the NPHP was not the first one, it was preceded by an earlier project in 2001, which is important why that was debated widely by the health workers and, as part of that, the primary providers' community could express its statement, as follows: the effective and successful participation of the primary health workers can be guaranteed only if the following conditions can be met:

- Continuity of data flow and access to the relevant data, i.e. severe IT development within the primary care network,
- Exact legal regulation of the whole process with unequivocal priorities,
- Precise description of the tasks and scenarios for the future,
- Permanent provision of the material and human resources,
- Transparent financing which is suitable for real planning in the teams,
- Motivation of the lay public.

Although the authors of the later public health projects have had the chance to take attention to these requests, unfortunately, it does not seem now that those would have been taken into consideration.

So, in summary, in Hungary, as elsewhere also, it is obvious that the major part of disease prevention is based, by law and in fact, on primary health workers. What is more, the long listed tasks in the referred directives declare that those are inside the basic, immanent duties of the Hungarian primary health workers. Therefore, the extra workload is not additionally financed either by materially and technically or upon human workforce needs. Therefore, even when these workers hardly get the necessary support, and although try to do their best, for more successful achievements in disease prevention some factors seems to be needed and some resources should be added, respectively, as follows:

- Unequivocal competencies and legal regulation in the field of disease prevention either at European Union or member country levels;
- Generally agreed independent (from curative care) funding of preventive work;
- Overall strengthening of the human resources of prevention at the level of the local communities, e.g. more community nurses, better social care, media support, etc.;
- Continuity of legislation and planning (instead of „campaign like NPHPs”) in all, primary and other, sectors of healthcare.

Finally, it is fact that since 1993 the Hungarian population's life expectancy has been improving and, coincidentally (?), that year was also the beginning of the transformation from the old „district doctor” type primary healthcare to the modern, of higher standard, family practice based primary health provision. And as the new system's objectives contain, among others, the requirements of the quality assurance, we hope that more and more output indicators will show positive trends in the health statistical rates of the Hungarian people.

References

- Rakel, W.B. (2004, ed.): *Essentials of Family Practice*. Second Edition, Saunders Company, London.
- Order No. 2000/4 of the Hungarian Ministry of Health.
- Order No. 1997/51, Hungarian Ministry of Welfare.
- National Public Health Programme of the Hungarian Parliament (2004)

HEALTH PROMOTIONAL CONSEQUENCIES OF CONSUMER'S INTERTEMPORAL DECISIONS

László L. Lippai

In our everyday life we make intertemporal decisions many times. For example, when a housewife calculates whether to spend her monthly saved money immediately or save it for worse times. It is also an intertemporal decision when a student decides to go out with his friends an evening before an important exam or not. Marital loyalty, quitting of smoking, slimming diet are just some other examples for cases when you must make intertemporal decisions. The same is the case when you sit in a conference and you calculate whether you should listen to the last presentation before noon or rather rush to have a delicious lunch instead...

With a minor exaggeration you might as well say, that the most important decisions of your life are intertemporal decisions. No wonder that many scientists are concerned with the ways of making these kinds of decisions.

In this presentation, I would like to show you some results of the recent discussion of economics and psychology in this field. I am convinced that one of the most important application fields of these results might be health promotion. With this presentation, I would like to call the attention of health promoting professionals to this idea.

The structure of my presentation is the following. First of all, I define the term of consumer's intertemporal decision, from the aspect of economics. We'll see that this term is closely related to the phenomenon of consumer's self-control. But self-control will be discussed not just on economic terms but from the aspect of psychology also. Finally, through an example from my research, I will illustrate the kind of health promoting importance the discussion of these two disciplines might have.

'Consumer's intertemporal decision' – What does it mean?

Economics, which studies consumption, has no special subject just a special perspective (e.g. Becker, 1992). It means that each consumer decision is analysed by using a special theoretical frame, the so called rational choice theory. Unfortunately there is no time to discuss this model in details. From the point of view of our presentation, the fact that economists consider every consumer decision rational is important. Some of them even suppose that an addictive consumer is also rational.

It means that the consumer creates a consistent preference-order using the possible alternatives (e.g. beer preferred to wine, but wine preferred to brandy), and the consumer will choose in every case according to his or her preference-order (he or she will never prefer brandy if beer is also available, *ceteris paribus*).

Accordingly, economists try to model consuming decisions using mathematical equations. In one part of the cases this method is successful but now I would rather discuss the more problematic issues of this approach.

One of the most serious problems with this rational choice model is discovered by the empirical research of intertemporal decisions.

Consumer's intertemporal decisions mean that the outputs of one decision are realised in different moments. During the research of this topic Thaler (1981) found the phenomenon of the so-called 'preference-reversal' which has generated many debates among economists. In essence, Thaler found that the preference-order of a given consumer could change if the realisation of one possible output of a given intertemporal decision coincides with the time of the decision-making.

So, if a consumer could choose between two alternatives, either getting 30\$ within two months or getting 20\$ within a month, then he or she prefers the 30\$, but the same consumer could prefer 20\$ to 30\$ also if he or she gets the 20\$ immediately. So, with the possibility of an immediate reward, people are subjects to temptation. (e.g. Thaler, 1981; Gul and Pesendorfer, 2004; Noor, 2007; Benhabib and Bisin, 2005).

In an economic sense, these subjects came off badly with the latter case. It happened that they preferred such an output which was not the outcome with the maximum utility. They knew about this fact but they still made this decision. This phenomenon is called 'consumer short-sight', which is still strongly debated by many economists.

Stutzer and Frey (2006) defines the consumer's short-sighted decision so, that in that case the decision-maker focuses only on the present consumption, while the possible future consequences are neglected during the decision-making process. One possible explanation for this phenomenon is the weakness of consumer's willpower, or as they say, self-control.

Economists' aim is clear: to measure the individual and social costs of e.g. smoking or obesity and to find economic methods to prevent it (for example taxation, prices, legal regulation etc.). They are not interested in the psychological background of this phenomenon. But we are.

What could be the possible psychological background of consumer's short-sighting?

People were concerned with the question of human willpower far before the appearance of modern psychology. Cultural history of our self-defeating behaviour has begun with the beginning of the Greek philosophy.

Based on these roots, there are scientist from many different schools within modern psychology who are concerned with the questions of will or self-regulation or self-control. One of the big schools handles self-control as a personality trait. Henceforth I will discuss this approach in details.

In this approach: Self-control operations can be understood as a large subset of controlled processes, insofar as the self exerts control over its own responses rather than allowing them to proceed in their normal or automatic fashion (Muraven and Baumeister, 2000. 248. o.).

According to Muraven and Baumeister (2000) the resource of self-control is limited and there are consequences of using it, as it decreases by time. Its functioning is similar to the muscles: our muscles are capable for limited force and their working capacity decreases temporarily while or after using them.

Baumeister considers that self-control is a personality trait which can be measured by psychological methods, that's why he has developed a self-control scale to study it.

Illustration from a research*

Research question:

- Does the self-control trait have a measurable role in intertemporal decisions?
- Measured variables:
 - Dependent variable (psychological framework): level of self-control measured by Baumeister's self-control scale.
 - Independent variables (economic framework):
 - a special intertemporal consumer decision related to health.
 - an intertemporal consuming decision related to consuming and/or saving.

Two situations were presented to the participants. The first was a health-related decision, as follows:

Suppose, that your doctor finds a smaller rheumatologic problem when examining you. There are two possible treatments:

- A) A pain killer, the monthly dose of which is 3000 HUF. The pill exercises an immediate effect, your pains will stop immediately, but it should be taken continuously. The rheumatic problem causing the pain however does not cease to exist.
- B) There is a possibility to participate in a remedial exercise session 3 times 1 hour a week, which also costs 3000 HUF per month. You can not take pain-killers in the meantime, because that could ruin the effectivity of the treatment. But this method could result in a permanent improvement within a year. However the exercises should be done continuously for improvement to remain permanent.

*This research is a part of the author's PhD thesis. The author would like to thank his tutor, Prof. Dr. Balázs Hámori, for his professional and personal support.

Mark on the scale below which possibility you would choose with greater chance.

1 2 3 4 5 6 7

I would surely
choose option A

I would surely choose option
B

Why?
.....

The second situation was a consuming – saving decision, as follows:

If you would win 500.000 HUF on the lottery now which alternative would you choose to use this amount, in case it would depend entirely on you?

- a) you would spend the above amount within 1-2 months
- b) you would save it, and would think about the form you can profit from investing this money, to be able to fulfil your long-term aims.

Mark on the scale below which possibility you would choose with greater chance.

1 2 3 4 5 6 7

I would surely choose
option A

I would surely choose option
B

Why?
.....

Parameters of the sample

- 311 part-time students from the University of Szeged. About 75% were women and about 25% were men.
- The age range went from 20-years to 58-years, the mean of their age was 32,8-years and the standard deviation of their age was 7,8 years
- 26,4% of the sample was health promotion teachers, 38,3% was engineer, mechanical engineer or manager, 33,8% was cultural manager

Results

Comparing participants' intertemporal preferences in each decision situations with their self-control level, we arrived at the following tendencies:

Table 1. Comparison of intertemporal preferences of two decision situations to the self-control level (row percentages)

| | | health decision | | | consumption decision | | |
|-----------------------------|-----------------|-------------------|--------|------------------|----------------------|--------|------------------|
| | | rather short-term | unsure | rather long-term | rather short-term | unsure | rather long-term |
| weak self-control | Count | 4 | 2 | 17 | 5 | 5 | 13 |
| | % within | 17,39 | 8,70 | 73,91 | 21,74 | 21,74 | 56,52 |
| average self-control | Count | 16 | 12 | 234 | 81 | 37 | 144 |
| | % within | 6,11 | 4,58 | 89,31 | 30,92 | 14,12 | 54,96 |
| strong self-control | Count | 1 | - | 17 | 4 | 2 | 12 |
| | % within | 5,56 | - | 94,44 | 22,22 | 11,11 | 66,67 |
| | | | - | | | | |
| Total | Count | 21 | 14 | 268 | 90 | 44 | 169 |
| | % within | 6,93 | 4,62 | 88,45 | 29,70 | 14,52 | 55,78 |

Grouping the studied population by the level of self-control, we can not say that weak self-control leads to the preference of short-sighted outcomes. On the contrary, we can show that the relative proportion of the 'rational' output is the highest among the participants with weak self-control also. This may be not too surprising, knowing that the sample is highly educated, which may be associated with a higher self-control level compared to the whole population.

But, there is a relatively strong tendency which could differentiate between the weak, average and strong self-control, and this is the proportion of uncertain people.

Conclusions

On the basis of the above train of thought, we can arrive at several consequences referring to health promotion (Benkő, 2004) also.

- someone with weak self-control might as well prefer a healthy alternative and someone with strong self-control might as well prefer an unhealthy alternative also → That means: decisions associated with self-control have no

value-content in themselves. And vice versa, unhealthy behaviour is not necessarily associated with weak self-control.

- The key was the uncertainty: a person with weak self-control was more likely to behave inconsistently: the role of external effects was stronger → this enforces the importance of social norms created by health promoting organisational development (Benkő, 1995), for example.
- In the case of individuals with strong self-control, the individual persuasion might be more important.

References

- Becker, G. S. (1992): *The economic way of looking at life*, Nobel Prize Lecture, Available at: http://nobelprize.org/nobel_prizes/economics/laureates/1992/becker-lecture.html.
- Benhabib, J. and Bisin, A. (2005): 'Modeling internal commitment mechanisms and self-control: A neuroeconomics approach to consumption-saving decisions', *Games and Economic Behavior*, Vol. 52, no. 2, pp. 460–492.
- Benkő Zsuzsanna (1995): Az egészségfejlesztő, egészségnevelő projekt készítéséről. In: Benkő Zsuzsanna (1995, szerk.): *"Ne üljön lelkünkön szenvedés"*. Egészségfejlesztés – Mentálhigiéné sorozat. JGYTF, Szeged. 73-86.
- Benkő Zsuzsanna (2004): Bevezetés az egészségfejlesztésbe. In: Dombi Alice-Oláh János-Varga István (2004, Eds.): *A nevelés-elmélet alapkérdései. Tanulmányok*. APC Stúdió. Gyula.
- Gul, F. and Pesendorfer, W. (2004): 'Self-control, revealed preference and consumption choice', *Review of Economic Dynamics*, Vol. 7, no. 2, pp. 243–264.
- Muraven, M. and Baumeister, R. F. (2000): 'Self-regulation and depletion of limited resources: does self-control resemble a muscle?' *Psychological Bulletin*, Vol. 126, no. 2, pp. 247-259.
- Noor, J. (2007): 'Commitment and self-control', *Journal of Economic Theory*, Vol. 135, no. 1, pp. 1-34.
- Stutzer, A. and Frey, B. S. (2006): 'What Happiness Research Can Tell Us About Self-Control Problems And Utility Misprediction', *Institute for Empirical Research in Economics Working Papers*, Available at: <http://www.iew.unizh.ch/wp/iewwp267.pdf>.
- Thaler, R. H. (1981): 'Some Empirical Evidence on Dynamic Consistency', *Economic Letters*, Vol. 8, no. 3, pp. 201-207.

2008. november 5.

„Divat és egészségfejlesztés”

Tudományos felolvasóülés

EGÉSZSÉG—BETEGSÉG MINT SZIMBOLIKUS TÁRSADALMI KONSTRUKCIÓ

Kapitány Ágnes és Kapitány Gábor

I. Bevezetés

Érdekes konferenciatémánk, az *egészség/betegség* és a *divat* összefüggését több szempontból is érdemes szemügyre venni. Lehetne arról is szólni, hogy a különböző *divatok milyen szerepet játszanak az egészség és betegség alakulásában*: a szűkebb értelemben vett, öltözködési divatok egészségkárosító hatásaitól (gondoljunk a kínai lábelkötés, a fűző vagy akár a túsarkú cipő okozta deformációkra és az ilyen korlátozó divatok ellenhatásaiként fellépő természetes, kényelmes viseletek okozta fizikai megkönnyebbülésekre) a tágabb értelemben vett olyan divatokig, mint a dohányzás vagy a kábítószerelés kártékony „divatja”, a néhány évtizede sérülések sokaságát okozott „tiki-taki”, vagy a középkor végén tömeghisztériaként fellépett „vitustánc” – illetve pozitív példaként az egészséges élet időnként szintén divattá váló eszményére. Az összefüggés azonban a másik irányból is megközelíthető: *hogyan válik divattá az egészség, vagy éppen a betegség?* Kutatási területünk, a kulturális antropológia minden jelenséget abból a szempontból vizsgál, hogy egy-egy kultúrában – egy-egy társadalom vagy éppen egy-egy korszak kultúrájában – milyen szerepe van az adott jelenségnek. S az egészséghez illetve betegséghez való viszony nagyon is kultúrafüggő; fontos jellemzője egy-egy kultúrának, hogy miként viszonyul az ember egészségéhez, mennyire tartja fontosnak azt, mit tekint betegségnek, mely betegségekre figyel elsősorban, és milyen módszerekkel próbálja azokat gyógyítani.

Közismert, hogy a világ kultúráiban igen különböző betegségfelfogások léteznek, s korszakonként is eltérő, hogy mit tekintenek a betegség elsődleges forrásának, a gyógyítás legfőbb terepének. Ha nem szólnunk arról az ősi felfogásról, amely a betegség forrásának a barátságtalan szellemek hatását, a test gonosz erők általi megszállását tekinti, s csak az utóbbi évszázadok tudományosságának betegségfelfogását vesszük figyelembe, akkor is többféle megközelítéssel találkozunk. A különböző betegségeket kezelhetjük *szervek* defektusaiként, *sejtek* romlásaként, tulajdoníthatjuk *baktériumok*, *vírusok* hatásának, vizsgálhatjuk *kémiai* összefüggéseikben, kiindulhatunk a test *energia-ellátottságának* adott állapotából, s a gyógyítás során hol ezt, hol azt a szemléletet preferálva járunk el (s persze eljuthatunk e szemléletek kombinációjára épülő gyógyítási technikákig is). A huszadik században (újra) felerősödött az a szemlélet is, amely az emberi *pszichének* is szerepet tulajdonít egészség és betegség küzdelmében, hiszen a kor uralkodó materialista felfogásában a psziché sem egyéb, mint a test működése, márpedig akkor nem választható attól külön, s ha mind több pszichikai zavar alapjaként ismerhetők fel biológiai vagy éppen vegyi folyamatok, az összefüggésnek a másik

irányban is fenn kell állnia: a psziché állapota nagymértékben hat a fiziológiára, s ma már eléggé általános az a felfogás, hogy a psziché tudatos és tudattalan működéseinek igen jelentős a szerepe egyes betegségek kialakulásában vagy éppen a gyógyulásban. Az egyre nagyobb teret nyerő holisztikus felfogás e tekintetben egyébként a materializmus és idealizmus közös nevezőjét is felkinálja.

Hegel például azt az igen érdekes gondolatot vetette fel (a tizennyolcadik és tizenkilencedik század fordulóján!), hogy a test megbetegedésének oka a *szellem* és a *lélek* konfliktusa. Ez a gondolat a dogmatikus materializmus számára nagyon absztraktnak és légből kapottnak tűnhet, ám ha figyelembe vesszük, hogy a „szellem” ebben az összefüggésben a psziché célirányos törekvésrendszerét jelenti, a „lélek” pedig a test egészének önfenntartó mechanizmusát, és belegondolunk abba, hogy milyen egyensúlybomlást jelent akár az, ha az ember célirányos törekvései ellentétbe kerülnek az önfenntartó mechanizmusokkal, s maguk alá gyúrik azokat (ezt szokták metaforikusan „önégetésnek” nevezni), akár pedig az, ha éppen ellenkezőleg, a célirányos törekvések sorvadnak el, akkor egyáltalán nem képtelenség az ilyen egyensúlybomlásokat megbetegítő tényezőknek tekinteni. (Még társadalmakra is érvényesnek tekinthető, hogy a két említett tényező egyensúlybomlásának mindkét fajtája válságot okoz).

A társadalom állapota pedig elválaszthatatlan egyéneinek állapotától. Már Durkheim (1982) kimutatta és megragadta ezt az összefüggést az „*anómia*” fogalmában, s bár természetesen az összefüggés nem determináló, a társadalmi állapotok zavarai nagyon sok esetben okoznak az egyénekben pszichés, s szélső esetben fiziológiás zavarokat. A társadalom veszélyeztettségének szélső állapota, a háború (amely persze nagyon is összefügg egyes betegségek terjedésével: az ilyenkor fellépő éhezésből adódó kóros állapotok, a higiéniés feltételek megromlásából adódó fertőződések, járványok, a borzalmakból adódó lelki összeomlás, téboly stb.) bizonyos betegségek visszaszorulását is hozhatja (például egyes kutatások szerint a daganatos megbetegedések, egyes pszichés betegségek ilyenkor ritkábban fordulnak elő), mondhatni a súlyosan megtámadott egyéni szervezet „nem ér rá” ezekre a betegségekre. „Normál” időkben azonban az *egészség/betegség alakulása általában egyenes összefüggést mutat az egyént érő frusztrációval*, s ha a társadalom állapota általánosan rossz, frusztráló, akkor megnőhet a betegség aránya, vagy legalábbis fokozódhat a betegségtudat jelenléte az adott társadalomban. (Ilyenkor szoktak – megint csak metaforikusan – „beteg társadalmakról” beszélni.) Ennek is több összetevőjét érdemes figyelembe venni.

A betegségtudat, a betegségekre fordított figyelem növekedhet, mert az általános (társadalmi) egyensúlybomlás állapotában a figyelem előterébe kerül a *megtámadottság* érzése. Ráadásul a társadalmi célok elhalványodása, a társadalom összetartó, mozgósító erők zavara következtében az egyéni *türelés öncéllá* válik. Ez gyakran görcsös egészségvédelembé, betegség-szorongásokba, fóbias viselkedésekbe torkollik. (Az utóbbi évtizedek Magyarországon az ilyen reakciók jelentős megnövekedését lehetett tapasztalni.)

A betegségekre fordított figyelem növekedését hozza magával a *test* szerepének felértékelődése is. Ezt az utóbbi évtizedekben világszerte több, egymást erősítő tendencia is elősegítette.

Az *individualizáció*, az individuuum-központú gondolkodás néhány évszázada folyamatosan erősödő tendenciája a huszadik század végére már eléggé szélsőséges szintet ért el. Az individualisztikus értékrendszerben pedig kiemelt szerepe van az egyéniség testi hordozójának, a testnek; a test óvása ebben az értékrendszerben kiemelt jelentőségű.

A *fogyasztói társadalom* különösen előtérbe emeli a testet, hiszen egész gyakorlati és ideológiája a test élvezeteinek kielégítésén alapszik.

Minden *hanyagló társadalomban* megnő a test, a testiség jelentősége, mert a társadalmat mozgató közösségi-lelki-szellemi célok kimerülve marad az üres matéria; ez az összefüggés a hellenisztikus görögségtől a késő római birodalmon, és a tizenharmadik századi udvari kultúrán át máig megfigyelhető, az pedig nehezen tagadható, hogy a „nyugatinak” mondott civilizáció már jó ideje a hanyatló társadalmak tüneteit mutatja.

A test felértékelődése az egészségre/betegségekre fordított figyelmen kívül sok más területen is megfigyelhető. Erre (is) utal a szexualitás kultusza, a párkapcsolat testi elemének eluralkodása a lelki-érzelmi és egyéb mozzanatok felett; erre utal a test tárgygyá válása (amit az olyan, a testet közvetlenül „megmunkáló” díszítési divatok jeleznek, mint a tetoválás vagy a piercing térnyerése az euro-amerikai kultúrában) és a test teljes átszabásának lehetősége (a szemszín-változtató kontaktlencsétől a kozmetikai műtéteken, a zsírleszíváson, a különböző implantátumokon át a nem-váltó műtétekig).

A megtámadottság-ézés okozta szorongásokon és a test felértékelődésén kívül szerepet játszik az egészség/betegség dimenzióra fordított figyelem megnövekedésében az általános *érték-elbizonytalanodás* is. Ez abból a szempontból is korjelenségnek tekinthető, hogy a korábban a stabil értékrendszerekben egyértelmű éles határvonalak fellazultak, bizonytalanává váltak. (Ez megfigyelhető a férfi/nő, gyerek/felnőtt, ember/állat, élőlény/gép dimenziókban, vagy akár az élet/halál dimenzióban is.) A határelmosódás, elbizonytalanodás az egészség és betegség határvonalán is kimutatható. Ez pedig fokozott figyelmet terel többek között efelé a terület felé is.

2. Kor(szak) és betegség

Fentebb már utaltunk arra a közismert tényre, hogy az, hogy mit tekintünk egészségnek vagy betegségnek, erősen kultúrafüggő. Ez a kultúrafüggőség egyrészt érvényes egy-egy kultúra történetének egészére: ezen az alapon válik el egymástól például az európai vagy a távol-keleti civilizáció (vagy éppen az őstársadalmak) egészség/betegség-felfogása. Másrészt az egyes kultúrák történetén belül korszakonként is változik, hogy

1. Mit tekintenek betegségnek;
2. Mely betegségek kerülnek a figyelem középpontjába;
3. Milyen gyógy módokat preferálnak, alkalmaznak.

2.1. Az egészség/betegség-határok folyamatosan módosulnak.

Egyrészt egyes, *korábban betegségnek tartott jelenségcsoportokat nem tekintenek többé betegségnek*. Tipikusan ilyen például a homoszexualitás. De említhetünk olyan jelenségeket is, amelyek korábban leküzdendő fogyatékoságnak számitottak, s a megváltozott egészség-felfogásban nem számitanak többé annak, mint a balkezesség.

Más esetekben *korábban betegségnek nem tekintett* (vagy nem betegségnek tekintett) *jelenségeket ma betegségként* ismernek fel. Számos, az utóbbi évtizedekben-évszázadokban felfedezett fiziológiai betegség mellett idetartozik számos pszichés megbetegedés (például a különböző fóbiák, amelyeket azelőtt egyszerűen gyávaságnak fogtak fel, a depresszió, amit rosszkedvnek, vagy a melankolikus, illetve a flegmatikus alkat természetéhez tartozónak vélték, kényszercselekvések, amelyek elfogadott vagy legalábbis elfogadható ritusoknak számitottak). De itt említhetünk olyan viselkedéseket, amelyeket a korábbi évszázadok például a szentség (vagy például sámánképességek) velejáróinak tekintettek, s a modern pszichológia hisztériás vagy skizoid tünetekként írja le őket.

Egyes esetekben *korábban egyáltalán nem ismert*, kevéssé ismert, vagy más kategóriákkal diagnosztizált betegségek kapnak határozottabb körvonalakat, illetve válnak szélesebb körben (betegségként) ismertté. Ilyen például az *autizmus*, amelynek mibenlétével még nem olyan régen is (az Esőember című film bemutatása előtt) jószerint csak szakmai körökben voltak tisztában, s számos, ebben a betegségben szenvedő gyermek nem jutott el ahhoz, hogy állapotát helyesen diagnosztizálják; mára közismertté, (s így laikusok által is alkalmazottá) váltak az autizmus kezelésében eredményekkel biztató olyan módszerek, mint például a lovasterápia.

Ugyanakkor más esetekben az egészség és betegség közti *éles határvonalak oldódása* is megfigyelhető. Ez különösen a *fogyatékosok* esetében jellemző. A közgondolkodásban mindinkább tért hódít az a szemlélet, hogy egészséges és fogyatékos között nincs olyan éles határvonal; a fogyatékosoknak joguk van arra, hogy ugyanolyan teljes (egész, vagyis egészséges) életet éljenek mint más; illet-

ve, ami e szemlélet másik oldala: hogy bizonyos szempontból valamennyien fogyatékosok vagyunk.

E szemléletváltozás megfigyelhető már az *elnevezés* változásaiban is a megbélyegző, és a megfosztottságot hangsúlyozó „nyomorék”-tól, „torz”-tól, „csonká”-tól az e megfosztottságot a minőségi különbségből mennyiségi különbséggé enyhítő „fogyatékos”-on át a még enyhébb „fogyatékkal élő”-ig, a „megváltozott munkaképességű”-ig, vagy a fokozati különbséget is végképp eltüntető „másság”-ig.

A szemléletváltásra utal, hogy a korábbi, a „fogyatékos” egyértelműen leminősítő értékkel szemben mindinkább azt kezdik hangsúlyozni, hogy más nézőpontból a „fogyatékosok” éppen hogy *előnyökkel rendelkeznek*, s így az előnyök és hátrányok mintegy kiegyenlítik egymást. Így hangsúlyozzák a Down-kórosok esetében (akiknek természetesen megnevezése is változott, a korábbi „mongol idióta” terminust az elfogadhatatlan, durva, etnocentrikus kifejezések körébe számúzve), hogy esetükben a csökkent szellemi teljesítőképesség tiszta, meleg érzelmekkel társulhat, amelyben többet is adhatnak, mint „egészséges” társaik. Hasonlóképpen beszélnek sokszor a vakok kifinomult hallásáról, tapintásáról és egyéb képességeiről.

A szemléletváltozást alátámasztandó mind több olyan akció megszervezésére kerül sor, amelyek alkalmából az „egészségeseket” mintegy *beavatják a „fogyatékoság” körülményeibe* (vakszobák, sötétkamra-labirintusok; csendszobák stb.), amelynek során átélhetővé válik, hogy az „egészséges” e számára szokatlan körülmények között mennyivel gyámoltalanabbnak bizonyul, mint az, akit ő fogyatékosnak tart.

A szemléletváltozás magával hozza az *elkülönítés csökkentését* is. A „fogyatékosok” egyenlő jogokat, esélyeket kapnak, s minthogy az előfeltételek egyenlőtlenek, ez olykor pozitív diszkrimináció formáját is ölti. Ma már mind természetesebb, hogy az emberek közlekedési igényei szerint alakított közterületek kialakítása során az ilyen természetes igények közé sorolják a „fogyatékosok” igényeit is (rámpák, lépcsőknél emelő szerkezetek, „beszélő”, hangjelzést adó közlekedési lámpák stb.), az információ-közvetítő csatornákon is megjelennek a „fogyatékosok”-hoz igazított formák (siketnéma jelnyelv-tolmacsolás a televízióban, „hangos könyvek”, Braille-írással jelzések stb.) (Tímár Péter úgy készítette el *Vakvagányok* című filmjét, hogy annak dramaturgiáját és hangzásvilágát ahhoz igazította, ahogy a vakok és csökkentlátók a moziban a filmeket érzékelik.)

A diszkrimináció megszüntetése érdekében mind több helyen támogatják a „fogyatékosok” *munkában való alkalmazását*; ez először csak olyan munkahelyeken vált megszokottá, ami a fogyatékoságból mintegy „adódot” (vakok és gyengénlátók, mint telefonközpontosok; kosárfonás stb.), ma már azonban olyan rendelkezések is születnek, amelyek előnyöket biztosítanak a fogyatékosokat alkalmazó munkahelyek számára, és ez a legkülönfélébb területeken integrálja be a többi munkavégző közé a „fogyatékosokat” (persze egyes munkaköröket kizárva, de minden munka az „épek” számára sem elérhető).

Az elkülönítés szemléletének csökkenésével *mind több szórakozási formába is bevonják* a fogyatékosokat; a színház-, és koncertlátogatás mellett például elfogadottá vált a vakok említett mozilátogatása, a mozgássérültek mind gyakrabban jelennek meg tengerpartok strandjain (ahol korábban a látványuk okozta viselkedésre hivatkozva mintegy nemkívánatosnak tekintették őket). Hogy a fogyatékkal élők ne szoruljanak ki semmilyen lehetőségből, amely a többieknek adott, egyik leglátványosabb formája a sportban való megjelenésük (ami a különböző mozgássérültek számára korábban az egyik legelérhetetlenebb vágyalom lehetett), s emancipációjuk egyik legfőbb szimbóluma a paralimpia, amelynek ma már külsőségei is mindinkább az „igazi” olimpiához igazodnak, az azzal való (kvázi)jegyértékűséget hangsúlyozzák.

Igen népszerűvé váltak a különböző, fogyatékosokat segítő *karitatív* szervezetek, jótékonyági koncertek és egyéb akciók.

De fontossá vált annak jelzése is, hogy a „fogyatékosok” nem pusztán a karitatívitás tárgyai, gyámoltandó hendiképesek, hanem a *társadalom aktív tagjai*, akik maguk is képesek adni a többiek számára: ennek szimbóluma is például a Baltházár Színház, de utalhatnánk más, a „fogyatékosok” művészi tevékenységére alapozó kezdeményezésekre is.

A társadalomnak a „fogyatékosok” felé fordulását jól jelzi a *művészetek* ábrázoltjai között való megjelenésük, pontosabban az ilyen ábrázolások látványos felszaporodása. Az utóbbi évtizedekben filmek sokaságának volt központi alakja valamely fogyatékos (az említett Esőembertől, a Vakgányoktól kezdve számos példát említhetnénk, csak néhány ezek közül: Dodeskaden, Rubljov, Várj míg sötét lesz, Elefántember, A zongoralecke, Egy kisebb isten gyermekei, Eszkimó asszony fázik, Gilbert Grape, Rosszcsont Bubby, Egerek és emberek, A mi kis városunk, Sztálin menyasszonya, Kelj fel Jancsi, Vaklárma, Charley <Virágot Algernonnak>, A fűnyíró ember, Mégis kinek az élete, Hullámtörés, Táncos a sötétben stb.). (E filmek némelyike a fogyatékoság tragikus következményeit mutatja be, mások a komikum által teszik szerethetővé a fogyatékos, vagy éppen másoknál előnyösebb képességeit hangsúlyozzák). Jelképes az is, ahogy a Trafalgar téren, a National Gallery, a művészi szépség temploma előtt felállították a „fogyatékos Vénusz” szobrát. A művészetek ezen tematizációja egyrészt azt jelzi, hogy a társadalom érdeklődése e kérdések felé fordul, de ugyanakkor tereli is a figyelmet ebbe az irányba. Természetesen a bemutatott tendenciák nem jelentik még azt, hogy a fogyatékosok megítélése mindenki szemléletében megváltozott volna, de egyáltalán nem mindegy, hogy egy korszak hivatalsága és véleményformálói milyen irányban mozdulnak el a korábbiaktól.

2.2. Egyes betegségek bizonyos korszakokban a figyelem középpontjába kerülnek.

Ez azzal is jár, hogy az így megnövekedett jelentőségű betegségekhez szimbolikus tartalmak társulnak, az őket körülvevő, hozzájuk társuló asszociációk különböző, a korszakra jellemző jelentéstartalmakat szívnak magukba, s a betegség az így felduzzadt jelentéshalmazt is „jelenti” a kor embere számára.

Vannak betegségek, amelyeknek az asszociációköre változik. Ilyen például a TBC, amely a tizenkilencedik században vált a kor egyik szimbolikus betegségévé. Ekkor a betegséghez, annak egyes tünetei következtében (ingadozó láz, testi gyengeség és szellemi izgalom, feldobott és lehangolt kedélyállapotok változása stb.) a *kifinomultság, művészi tehetség* képzetei is hozzátársultak. Számos tüdőbeteg művész közismertté vált élete és korai halála is táplálta ezt a képzetkört, amelynek következtében a TBC-t Susan Sontag egyenesen „romantikus” betegségként jellemzi. (Hozzátevé, hogy „A tbc mítosza azonban nem csupán a kreativitást igazolta. A bohémélet modelljévé vált még akkor is, ha ezt valaki nem a művész elhivatottságával élte” (Sontag, 1983. 40. o.) – itt Susan Sontag nyilván a Bohémélet Mimi-jére gondol, de említhetnénk A kaméliás hölgyet, és a kor műalkotásainak sok más főhősét és hősnőjét is). A képzetkör a tizenkilencedik és huszadik század fordulóján a Fin de Siècle egész világával együtt a *dekadencia* szimbolikájához kapcsolódott: amikor Thomas Mann megírja A varázshegyet, a tüdőszanatórium már az egész, a világháború katalizmájába hanyatló polgári világ jelképeként vonul be az irodalomtörténet nagyhatású szimbólumai közé. De lényegében ez az utolsó pillanat, amikor a TBC még a régi jelentéskörét hordozza. Minthogy e betegség gyógyítási lehetőségeinek felfedezésével a jómódú rétegek lehetőséget kaptak arra, hogy megszabaduljanak a kór halálos fenyegetésétől, a tuberkulózis mindinkább „szegénybetegséggé” vált, s terjedését is elsősorban a szegénység körülményeihez, a higiéné, a tisztaság hiányához köthették. Amikor a második világháború után általános támadást indítottak e népbetegség felszámolására, ezt a szocialista ideológiának a szegénység felszámolását célul tűző emancipatorikus törekvései közé sorolták, s amikor bejelentették Magyarország TBC-mentességét, ezt a (szegénységet felszámoló) szocializmus győzelmeként ünnepelték. Ugyanez a szimbolika élt tovább a rendszerváltás után, amikor a mélyszegénység újra megjelenésével, illetve felszínre kerülésével párhuzamosan jelent meg újra az országban a tüdőbaj is, a hajléktalanság és általában a nyomor fenyegetésének egyik legerősebb jelképeként. A TBC e változó szerepe a kultúrában jól mutatja, hogy miként is lehet egy betegség a társadalmi szimbolika része.

Az utóbbi években a figyelem előterébe került (és szimbolikus asszociációkörrel is bíró) betegségek néhány jellegzetes csoportba rendezhetők.

Az egyik betegség-csoport közös nevezője az, hogy *a civilizáció és a természet közti harmónia meghomlására* figyelmeztet. Ennek egyik formája, hogy a korábban természetesnek tartott környezet betegítő tényezőként lép fel. Itt említhető az

allergiák (különösen a pollenallergiák) szaporodása, ami egyes növények (mint a parlagfű) közellenséggé minősítését vonja maga után.

Hasonló fenyegető tényezővé válhat az *állatvilág*. (Az allergiák között is említhetjük például a szintén gyakoribbá vált macskaszőr-, kutyaszőr-allergiákat). Számos olyan betegség került előtérbe az utóbbi időben, amely állatokról származik az emberre (gyakran nevében is emlékeztetve erre: kergemarhakór, madárinfluenza), de idesorolható az AIDS is, amely a közkeletű hipotézis szerint afrikai majompopulációból indult el „az emberi társadalom ellen”. (Állatokat betegség-hordozóként korábban is számon tartottak: lásd a pestis és a patkányok, a kiütéses tifusz és a tetvek kapcsolatát, vagy a cecelégly, a maláriaszúnyog, a kullancs szerepét; az új elem az, hogy most olyan állatok is a veszélyforrások közé kerülnek, amelyeket korábban az emberi világ barátságos tényezőiként, s egyáltalán nem veszélyforrásként tartottak számon; a kullancs veszélyessége pedig nagyságrendekkel megemelkedett).

Kapcsolódnak az állatvilágból érkező betegség-fenyegetésekhez a szegény „*harmadik vagy negyedik világból*” érkező *betegségek*. (Részben az említett állatkórok is abból az irányból érkeznek, de más betegségek is említhetők itt, mint az Ebola-vírus, és időről-időre felmerül annak feltételezése is, hogy a világ szegény országaiból olyan, Európában már elfeledett betegségek is reaktívalódhatnak és újra támadhatnak, mint a lepra, a kolera, a pestis.) Mindez az ostromlott erőd képzetét erősíti a gazdagabb centrum-országokban (amelyek közé e tekintetben Magyarország is odasorolható), s kedvez egy olyan attitűdnek, amely karanténnal igyekszik védeni magát e hatások elől, s lezárni (a valóságban egyébként lezárhatatlan) határait a „harmadik vagy negyedik világ” migránsai és emigránsai előtt. Ez a szemlélet úgy kapcsolódik a természettel való harmónia megbomlásához, hogy sokan magát a természetet is ilyen „szegény és piszkos, fertőzés-veszélyes” rokonnak tekintik, s hipertisztasággal, állandó oltásokkal, sterilizálással igyekeznek védelmezni civilizáció-erődjüket ellene. Mások, ugyancsak a megbomlott egyensúly tényéből ellenkező következtetésre jutnak, és a természettel való harmónia helyreállítását sürgetik, ettől várják az egészségbiztonság megerősödését. (Mint hogy az egészség mindig egész-ségre utal, nyilvánvalóan ez utóbbi álláspont jár közelebb az igazsághoz, hiszen az ember is a természet része, s amikor egy rész más részekkel kerül szembe, tartós megoldás – miként a szervezet esetében is – csak a magasabb rendszerszinten, a részek egységének megerősítésével képzelhető el).

A korábban már leközöltnek vélt betegségek feléledésének lehetősége egy másik szimbolikus összefüggést is tartalmaz. Mint hogy az újkor tudományossága által visszaszorított járványok a „*középkor*” világához asszociálódnak, ezek feléledésének lehetősége nem véletlenül fogalmazódik meg egy olyan korban, amelynek évszázadokon át sikeres paradigmája válságba került. A civilizációs válság - ez is sokszor ismétlődő történelmi tapasztalat - a figyelmet az előző korszakhoz vezeti vissza (részben szorong annak visszatértétől, a visszacsúszástól, -

ezt jelképezi például a „középkori” betegségek felújulásától való félelem is – részben éppen hogy megújulást vár tőle, ezért újraértékeli, előveszi, és a használhatóság szempontjából megvizsgálja annak „kidobott” eszközeit; így – mint még szó lesz erről – egyes, közben babonásnak, tudománytalanak, „középkorinak” minősített gyógy módokat is).

A figyelem előterébe került betegségek egy további csoportja szintén a civilizációs válság megnyilvánulása. Sok szó esik a fejlett centrum-országok *előregedéséről*. Ez a demográfiai arculat rendszerint megint csak olyan társadalmak sajátja, amelyek túljutottak lehetőségeik csúcspontján, elveszítették dinamizáló céljait; ilyen értelemben is „előregedtek”; az ilyen társadalmakban a társadalom állapota gyakran úgy hat vissza az egyének életére, hogy csökken a gyermekvállalási kedv, s az előregedés a szó szoros értelmében is bekövetkezik. Ez viszont együtt jár azzal, hogy az öregkori, a szervezet elaggását szimbolikusan is érzékeltető betegségek is korjellemzőkké válnak (Alzheimer-kór, Parkinson-kór, a különböző szklerózisok, leépüléssel járó betegségek). Az öregségtől és leépüléstől való rettegés (amikor ily módon korjellemzővé válik) más területekre is kiterjed, s valóban megfigyelhető a fejlett országok társadalmában, hogy egyre görcsösebbek a törekvések a fiatalság (vagy legalábbis annak látszatának) mindenáron való megőrzésére.

A *szorongás* általában is jellemzi a dinamizmusukat veszített társadalmakat, de azokat is, amelyeknek ugyan lenne fejlődni valójuk, de lehetőségeik korlátai, a világtársadalom egyenlőtlenségei felemelkedési törekvéseiket rendre kudarcba fullasztják. A szorongásos betegségek különösen erősek az olyan társadalmakban, amelyekre – különböző okokból: individualizáció, közösségek szétverése stb. – az egyének elmagányosodása jellemző. A célvesztettség, a motivációs problémák, az elmagányosodás fejeződik ki a különböző kedélybetegségek, a depresszió, a pánikbetegség, vagy a különböző fóbiák (például agorafóbia stb.) terjedésében is.

A már említett *autizmus* igen speciális betegség. Abban, hogy előfordulási arányához képest jelentősen tematizálódott (és a korábnál jóval több esetét ismerték fel) nyilván szerepe van a híres sikerfilmnek, a film sikere viszont elválaszthatatlan attól, hogy a bemutatott figura számos tulajdonságában a kor embere „magára ismerhetett”. A minden nap meghatározott időben tévé elé ülő, a tévé-műsorok tudni-nem-érdemes címeit soroló, magányába bezárkózott ember, aki nem nagyon viseli mások érintését, s akiben a fogyatékoságok mögött mások által észre sem nagyon vett zseniális képességek rejlenek – ez a képlet nem csak sokban hasonlít a kor tévéfüggő, elidegenedett, magányos emberére, hanem – ami a zseniális képességeket illeti – még hízog is a számára; így az autizmus ezzel az egyszerre le-, és felértékelő jelleggel kerülhetett be a köztudatba.

Igen jellemzőek a korra a különböző *addiktológiai* betegségek is. Megint nem csak abban az értelemben, hogy ezek gyakorisága nagyon megnövekedett. S még csak nem is arról van csupán szó, hogy a régi függések (a játékszenvedély, az alkoholizmus, a nikotinfüggőség, a gyógyszerfüggőség vagy az utóbbi évtizedek-

ben rendkívüli méreteket öltött kábítószerfüggés) mellett új jelenségek által kiváltott új dependenciák jelentek meg (tévfüggőség, számítógépes függőség, mobilfüggés, netfüggőség stb.). Mindennek azért is nöhetett meg a befolyása a társadalomban (a drogfüggőség például korábban csak szűk rétegek, vagy körülhatárolt, gyakran a kábítószer termeléséhez is kötődő kultúrák körében volt ennyire erős), mert a huszadik század társadalmában nagyon erős lett az egyén kiszolgáltatottsága (a diktatúráknak, a piacnak, a médiának stb.) méghozzá úgy, hogy a közvetítő közösségeket a kiszolgáltatottságért felelős erők felszámolták, s az egyént közvetlen, egyoldalú függésbe hozták (a politikai hatalommal, a piac hatalmaival, a média hatalmával). Ez az állapot azt is jelenti, hogy csökken az egyéni döntés (azaz az erkölcsi magatartás) súlya a társadalomban, az egyén sorsa mindinkább általa befolyásolhatatlan erőktől függ, s noha nincs egyenes kapcsolat az illetén társadalmi függőség és a szenvedélybetegségek között, hiszen a maga sorsát illetően az egyén továbbra is választhat (döntéseiért a felelősséget nem háríthatja át teljesen a társadalomra), mégis, e társadalmi szerkezet sokakat abba az irányba tolt, hogy mintegy leképezzék, saját döntési körükben újra létrehozzák azt a függőséget, amit társadalmi élményeik sugallnak nekik.

A függőségekkel is összefüggésbe hozhatók, de a társadalom más defektusaira is utalnak a *táplálkozási* betegségek. A test előtérbe kerülésének okairól már beszéltünk. A testkép zavara következik a test jelentőségének megnövekedéséből is, de egyéb okai is vannak. Egyrészt a fogyasztói társadalom áthidalhatatlan szakadékot képez az eszményi és a valóságos között (miközben állandóan azt sugallja, hogy az eszményi elérhető). Ily módon teremti meg az eszményi légiés alak képét is, amely ugyanolyan messze van a valóságostól (s épp ez is a funkciója), mint a kínai „lótuszlab” a valóságos testmérettől. Másrészt a testkép zavara önértékelési zavarokkal is összefüggésben van, amelyek felszaporodnak egy olyan társadalomban, amely azt sugallja az egyénnek, hogy minél hamarabb váljék önállóvá, miközben ehhez nem ad neki semmilyen háttérrel (a családot, és az egyéb lehetséges háttérközösségeket lerombolja, önmagára pedig csak akkor tudna támaszkodni az egyén, ha nem kellene átélnie azt a dependenciát, amiről az előző pontban esett szó). Az, hogy táplálkozási betegségekről van szó, összefüggésben van azzal is, hogy a fogyasztói társadalom állandó fogyasztásra ösztönöz, aminek a kevésbé önálló egyén vagy nem tud ellenállni (a beteges, habzsoló táplálkozás már régóta a fogyasztói attitűd egyik legerősebb szimbóluma), vagy csak nagyon merev letiltó magatartást tud vele szembehelezni.

Nem szólunk külön a huszadik század egyik legnagyobb „népbetegségéről” (s egyben „jóléti” betegségéről), a *rákról* amelynek ugyan nagyon sok típusa, s kezelésének igen sok oka lehet, de amelynek sokan egyrészt szintén a civilizáció válságából, egyes mechanizmusainak túlbujánzásából vezetnek le, azok jelképének, tükröződésének és eredményének tekintenek, másrészt az egyén túlzott individualizálódásából, befelé fordulásából, önzéséből, és elfojtásaiból származtatnak. (E tekintetben Susan Sontag említett könyvéhez utaljuk az olvasót, aki

részletesen elemzi ennek a betegségnek az aktualitását és szimbolikáját.) Sokan vallják, hogy a rákot pszichés okokból, a pszichés egyensúly megbomlásából lehet levezetni (egyések szerint végső soron minden betegséget; de a rák azért alkalmas különösen ennek az egyensúlybomlásnak kifejezésére, mert ebben az esetben a megbomlott egyensúlyú szervezet elveszti az önmaga feletti uralmat, s energiáit egy hozzá képest idegen, őt elpusztító erő „felépítésébe” csatornázza át). S a pszichés egyensúly belső megbomlása olyan korokban válik jellemzővé, amikor végül is a társadalom és az egyén között bomlik meg az egyensúly (a társadalom egymáshoz kapcsolódó egyénekből való harmonikus felépülésének és az egyéni élet a társadalom céljaiból való harmonikus felépülésének egyensúlyai). S ez a külső (a társadalom és az egyén közti) egyensúlybomlás válik belsővé, s bomlasztja fel az egyén belső egységét is.

Nem véletlen, hogy a *felsorolt kor-betegségek nagy része pszichés* (vagy legalábbis pszichés eredetű) betegség. A társadalom zavarai az egyéni pszichén keresztül betegítik meg az egyént; a kor sajátosságai rányomják bélyegüket a kor egyéneire, s azokat olyan magatartásformák felé mozgatják, amelyek szimbolikusan leképezik a kor folyamatait. Nincs ez másképpen az egészség/betegség dimenzióban sem: minden kor emberei a korra jellemző pszichés modellekhez igazodnak, s a kor zavarai is a pszichének a korra jellemző zavaraiiban – s végül a testnek a korra jellemző megbetegedésében – csapódnak le.

Természetesen a betegségek szimbolikája csak részben vezethető vissza a felsorolt társadalmi okokra. Minden betegség igen sok ok együttes hatásának köszönhető, mint ahogy a szimbólumnak is a lényegéhez tartozik a sokjelentésűség; ha egy-egy okot kiragadtunk is az egyes betegségtípusok korjellemezővé válásának lehetséges társadalmi okai közül, egyrészt sosem téveszthetjük szem elől azt, hogy egyrészt az egyes betegségeknek, másrészt az egyes betegségek előtérbe kerülésének is nagyon sok *más* oka is van a felsoroltakon kívül, s mint korszimbólumnak is nagyon sokféle egyéb olvasata is lehetséges. S természetesen korjellemezővé csak attól válik egy betegség, hogy nagyon sok ember betegszik meg *hasonlóképpen*, az egyes ember számára a betegsége sosem korjellemező, hanem az őt érő egyedi csapás.

2.3. Korjellemző a gyógyítás módja is.

Ennek az igazságnak az érvényesülése korszakváltásokkor válik igazán érzékelhetővé, amikor az új korszak új szemlélete szakít a régivel, s ennek jegyében a legkülönfélébb gyakorlatok – s ezek egyikeként a gyógyítás gyakorlata is – új formát ölt. Ez volt megfigyelhető az újkor tudományosságának kialakulásakor, amelynek következtében, lépésről-lépésre szakítottak a középkor felfogásával (s az ezekre épülő gyógymódokkal is, azokat a tudománytalanság, kuruzslás, babona világába szorítva vissza, s ekként stigmatizálva is). Jelenleg azonban éppen ez a

paradigma van válságban (ez a paradigma is válságban van), s ilyenkor megint a szemlélet és a gyakorlatok átrendeződése válik korjellemzővé.

Az e tekintetben válságba került paradigma, az úgynevezett nyugati civilizáció, és az alapját képező tudományosság. E válság nem jelenti a paradigma teljes lerombolódását, de egyes dogmáinak megkérdőjelezését, egyes pilléreinek lecserélését, mások átépítését mindenképpen. Az átrendeződés, megújulás egyik lehetséges iránya a nyugati orvoslásnak a más utakon járt *keleti orvoslás* módszereivel való megtermékenyítése. (Ennek túl sok jele van ahhoz, hogy esetlegesnek lehessen tekinteni, gondoljunk csak arra, hogy nagyon rövid idő, egy-két évtized alatt miként vívta ki jogait a hagyományos nyugati orvostudomány módszerei mellett, vagy azokkal összeépülve az akupunktúra, akupresszúra, iriszdiagnosztika, hogy jelent meg a csikung, a tajcsi, a reiki, a moxa, hogy vált tömegessé a jóga és egyéb meditációs technikák.) Az analitikus nyugati gondolkodást e módszerek a holisztikus keletivel termékenyítették meg, s korántsem csupán az egészségvédelemben. (A távol-keleti hatás a művészetektől, a távol-keleti sportok, játékok terjedésén, a keleti ételek, a keleti öltözetek vagy a keleti lakáskultúra elemeinek és gondolkodásmódjának átvételén át a szemlélet alapjait változtató keleti vallások, filozófiák benyomulásáig az élet nagyon sok területén jellemző.)

Mint korábban néhány szó erejéig kitértünk erre, az újkori nyugati civilizáció tudományossága nagymértékben *a középkori szemlélettel* szemben határozta meg magát. Ennek óhatatlanul következménye az, hogy a válságperiódusban többen a tudomány által leminősített szemléleti formák és gyakorlatok rehabilitációját tekintik céljuknak. Ez teljes mértékben semmiképpen sem kárhozható. A nyugati tudományosság szemszögéből sem árt, ha egyes elvetett gyakorlatokat elfogulatlanul újra megvizsgálunk, nem tartalmaznak-e olyan elemeket, amelyek mégis csak igazolódnak, például gyógyítási eredmények által; nem arról van-e egyes esetekben szó, hogy azért nem mentek át a tudomány rostáján, mert még nem voltak meg a tudományos eszközök e módszerek valóságos hatékonyságának igazolására. Mindesetre az ilyen korszakokban előkerül mindenféle elfeledett, kiátkozott módszer, a sámánygyógyításoktól és boszorkánypraktikáktól a „kézrátételes” gyógyításon, az energiaátadáson át a homeopátiáig, s míg ezek nagy része újra haszontalannak fog bizonyulni, más részéről kiderülhet, hogy a „népi” tapasztalatra, megfigyelésre az analitikus tudomány által még nem igazolt, de egy később felfedezendő módon tudományosan is igazolható, hatékony eljárás épült rá. Ez vonatkozik szemléleti formákra is. Miként a Kelet divatjának egyik népszerű eleme, a Feng Shui térszemlélete misztikusnak, tudományosan megalapozatlannak tűnik a nyugati analitikus gondolkodás számára, ám egyáltalán nem éreztük hamisnak, ha például az általunk is használt esztétikai megismerés szemszögéből közelítünk hozzá, hasonlóképp misztikus a középkornak a makrokozmosz és mikrokozmosz egységét hirdető (s a gyógyításban is erre építő) szemlélete; ezzel kapcsolatban sem lehet azonban kizárni, hogy e szemlélet is olyan igazságot

tartalmaz, amelyek pontos „tudományos” tartalmát csak később fogjuk tudni meghatározni.

Természetesen az évezredek népi megfigyelésekben sok a félreértelmezés, téves következtetés (s a modern tudományosság megalkotói éppen azért dolgozták ki a tudományosság kritériumait, a verifikálás-falszifikálás módszereit, hogy csökkentsék a félreértelmezések, téves következtetések lehetőségét), ugyanakkor az sem tagadható, hogy e népi megfigyelések között igen sok helyes (ezek közül sokat, például a gyógyfűvek hatásait a tudomány is igazolta, sőt, a kémia fejlődésével ezek közül mind többet - kémiai összefüggésként - meg is tudott magyarázni, s a még tudományosan nem igazoltak között is lehetnek olyan megfigyelések, amelyekre támaszkodhat a gyógyító). A természetgyógyászat térnyerésének fontos lépése, hogy a hivatalos gyógyszerek mellett polgárjogot nyertek, a gyógyítási folyamatába beépíthetők egyes „gyógyhatású készítmények” is.

A különböző, a hagyományos nyugati gyógyászat mellé lépő gyógyítási eljárások közös elnevezése: a „*természetgyógyászat*” nagyon lényeges szemléleti újításra utal. A korábban említett válság-tendenciával, a természettől való elidegenedéssel szemben itt éppen hogy a természethez való visszatérés a cél, s maga a természet, az „anyatermészet” a gyógyító erő. Ebben a szemléletben a civilizáció a (természetet, s ezzel az emberben rejlő természeti elemet, az „emberi természet” is) szennyező, pusztító erő; s a gyógyítás alapja e szennyező hatások eltávolítása. A természetgyógyászat egyik kulcs-fogalma a *méregtelenítés, a tisztítás*, amelyen itt elsősorban a civilizáció mesterséges termékeinek (vegyi anyagoknak, műanyagoknak, mesterségesen létrehozott sugárzásoknak) az eltávolítása értendő. A természet csak áltálal betegít, vallja e szemlélet, ha az ember már előzőleg megbetegítette: a levegő, a vizek, az élőlények (mesterséges anyagoktól való) megtisztítása után a természet erői (a tiszta víz, a tiszta levegő) éppen hogy erősítik az emberi szervezetet is. A természet erőinek ilyenét felhasználására törekszenek azok is, akik a különböző (jótékonynak tekintett) sugárzásokat igyekeznek gyógyító erőként alkalmazni, s a természet segítő erőinek mozgósítását jelenti az is, amikor például állatokat vonnak be a gyógyítás folyamatába (ami szintén terjedő gyakorlat, mind egyes pszichés betegségek esetén, mind pedig a lábadozás elősegítőjeként, a szervezet öngyógyító mechanizmusainak támogatójaként).

A különböző, korunkra jellemző „alternatív” gyógymódok egy másik közös nevezője a *holisztikus* szemlélet, a szervezet egészének gyógyítására való törekvés, s ezen belül a pszichikus gyógyításra helyezett hangsúly. Az a(z új-ra)felismerés, hogy a gyógyulás folyamatának fő tényezője maga a beteg; *az egyén öngyógyító képessége*. E szemlélet tudományos elfogadtatásának folyamatában fontos lépcsőfok volt az immunrendszer felfedezése, majd annak elismerése, hogy a gyógyulás akarása, a beteg öngyógyító energiáinak mozgósítása még reménytelen esetekben is „csodás gyógyulásokhoz” vezethet. Mindez felértékelte azokat a próbálkozásokat, amelyek (hol megalapozottan, hol megalapozatlanul) a pszichés energiák mozgósítására alapozták gyógyítási eljárásukat. (A legkülönbé-

lébb módszerek jelentek meg e szemlélet jegyében az „agykontrolltól” a gyógyításban használt NLP-n át az állatok gyógyításban való említett felhasználásáig, vagy a szinterápiáig, zeneterápiáig.) A holisztikus módszerek nagy része tulajdonképpen már arra reagál, amit a korábbiakban a kor egyik legfőbb betegítő tényezőjeként próbáltunk azonosítani: a társadalom és egyén közti harmóniabomlásra, az anómia társadalmi-kulturális alapjaira. S az egyén belső harmóniájának visszaállításán keresztül éppen az egyén-társadalom, ember-természet harmonia helyreállítására is törekszik, hiszen az egyén gyógyítását éppen harmoniák átélésére igyekszik alapozni, az egyén számára (a belső harmonia alapvető feltételként) külső harmóniákat akar biztosítani.

3. Konklúzió

Természetesen minden ember előbb-utóbb meghal, s így azt is mondhatjuk, hogy minden ember előbb-utóbb valamely betegség áldozatává válik. Nem lehet cél *minden* betegség teljes felszámolása (a felszámoltak helyett újabbak érkeznek). Még azt sem állíthatjuk, hogy olyan egyensúlyvesztett korokban, amiként saját korunkat is jellemeztük, az emberek betegebbek lennének, mint más korokban. (A várható élettartam némi vargabetűkkel kiköcskentett, de egészében mégiscsak nagyjából töretlen növekedése éppen ennek az ellenkezőjére utal. Ám még ha eltekintünk is az élettartam növekedéstől, akkor sem találhatunk mindig-egyértelmű összefüggést a betegek aránya és a társadalom állapota között.) Amit állítottunk, az csupán az, hogy a társadalmi egyensúly megingása az egészségtudat megingását is magával hozza, és sajátos betegségformákat indukál, amelyek a társadalom állapotára is reagálnak (különböző, a kor egyéb sajátosságaival többé-kevésbé párhuzamos, s így a kor jellemzőit is szimbolizáló módokon).

A jelen folyamatok egyrészt arra utalnak, hogy egy *túlfutott civilizációs paradigma* rákényszerül arra, hogy a túlfutás káros következményeit korrigálja, s ennek érdekében ki kell lépnie saját dogmáinak béklyói közül, s meg kell nyitnia magát töle különböző kulturális minták termékenyítő hatásai előtt.

A fordulat *az ember és a természet viszonyának átértékelését* is igéri; a természet leigázásának eszményét alávetve a természettel való harmonia, a természetbe illeszkedés eszmény kritikájának.

Ez egyszerűs mind *az ember önmaga felé fordulását* is jelenti. Az egyes emberben rejlő erők mozgósítása az egyes ember felszabadítását igényli a társadalom elidegenítő hatásai alól, ez pedig a társadalom radikális átalakítását is feltételezi. Ugyanakkor úgy tűnik, a huszonegyedik század a genetika és a pszichológia olyan fejlődését fogja hozni, amely e tudományokat a század olyan húzóerejévé teszi, mint amilyen szerepet a huszadik században a fizika (és a kémia) töltött be; s e tudományok fejlődése ma még elképzelhetetlenül hatalmas eszközöket adhat az egyes embernek a benne rejlő erők mozgósítására, tudatos felhasználására.

A hagyományos nyugati orvostudomány számos képviselője tudománya képviselőt ma már nem a rajta kívül eső módszerek elleni engesztelhetetlen harcban látja, hanem azt keresi, hogy miként lehet e módszerek eredményességét a tudomány módszereivel igazolni vagy cáfolni, miként lehet a tudomány terét esetleg épp e módszerek egyikének vagy másikának igazolásával tágítani, s legfőképpen miként lehet minél több módszer alkalmazásával előnyomulni a betegségek elleni hol sziszifuszi, hol mégis csak eredményeket, győzelmeket hozó küzdelemben. És ez a szintézis-törekvés is a kor jellemzői közé tartozik.

Felhasznált irodalom

- Durkheim, É. (1982): *Az öngyilkosság*. Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest.
Sontag, S. (1983): *A betegség mint metafora*. Európa, (Mérleg könyvek), Budapest.

Ajánló bibliográfia:

- Douglas, M. (1970): *Purity and Danger. An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*. Penguin Books, Harmondsworth.
Douglas, M. (2003): *Rejtett jelentések*. Osiris, Budapest.
Durkheim, É. (1978): *A társadalmi tények magyarázatához (Válogatott tanulmányok)*. Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest.
Elias, N. (1987): *A civilizáció folyamata*. Gondolat, Budapest.
Falus Róbert (1999): *Adj király katonát (Az immunrendszer mesés világa)*. Vince, Budapest.
Featherstone, M. (1977): *A test*. Jászöveg, Budapest.
Forrai György (1986): *Miért lesték meg Zsuzsannát a vénék? Kultikus gyógy módok, legendák mai szemmel*, Medicina, Budapest.
Foucault, M. (2000): *Elmebetegség és pszichológia. A klinikai orvoslás születése*. Corvina, Budapest.
Hegel, G. W. F. (1973): *A szellem fenomenológiája*. Akadémiai, Budapest.
Kapitány Ágnes és Kapitány Gábor (2000): *Látható és láthatatlan világok az ezredfordulón*. Új Mandátum, Budapest.
Kapitány Ágnes és Kapitány Gábor (2007): *Túlélési stratégiák (Társadalmi adaptációs módok)*. Kossuth, Budapest.
Losonczi Ágnes (1989): *Artó-védő társadalom*. Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest.
Mauss, M. (2000): *Szociológia és antropológia*. Osiris, Budapest.
Turner, B. S. (ed.) (1987): *Medical Power and Social Knowledge*, Sage, London.
Turner, V. (2002): *A rituális folyamat*. Osiris, Budapest.

TÁPLÁLKOZÁSI ZAVAROK A MODERN – POSZTMODERN TÁRSADALOMBAN

Szabó Gyula

A fiatal leányok és nők karcsúság keresési és megtartási vágya vagy az elhízástól való félelmük esetenként néhányukban a testi, lelki egészségüket fenyegető kóros étkezési és diétázási szokások kialakulásához vezet. A táplálkozási zavarokkal kapcsolatos események, egy híres személyiség diétázási vagy táplálkozási szokásairól napvilágra kerülő információk igen gyakran a különféle médiumokban a szenzáció erejével ható hírek formájában jelennek meg. Mindezen nagy figyelem ellenére a táplálkozási zavarok az orvostudomány szempontjából még mindig nehezen megérthető és főként kezelhető betegséget jelentenek. Az alábbi rövid tanulmány a legfontosabb táplálkozási/táplálék felvételi zavarokat mutatja be a legújabb irodalmi eredmények összefoglalásán keresztül.

Az Amerikai Pszichiátriai Társaság legutóbb 2000-ben jelentette meg a betegségek felismerésére kezelésére vonatkozó irányelveit, de számos más társaság az elmúlt időszakban hasonló irányelveket tett közzé. Mindazok, akik ezeket a betegeket kezelik – beleértve az pszichiátereiket, az egyéb orvosokat, pszichológusokat, szociális munkásokat, életmód és táplálkozás tanácsadókat –, a páciensek állapotát nagyon gyakran egészen eltérő, különféle szempontból próbálják megközelíteni. Bizonyos fokig magyarázza a sokszínűséget, hogy a több éve tartó erőfeszítések ellenére sem alakult ki olyan egyetértés a kórállapotok kezelésében, felismerésében, amelyek polgárjogot nyertek volna a mindennapi ellátásban. A sok irányelv között azonban abban egyetértés van, hogy a táplálkozási magatartás zavarban szenvedőket multidiszciplinárisan kell megközelíteni. Figyelembe kell venni a biológiai, pszichológiai, szociális tényezőket és az ilyen zavarban szenvedő beteget leginkább egy a multidiszciplináris tényezőket hangsúlyozó team tud a legeredményesebben kezelni.

A táplálkozási betegségek fokozatosan alakulnak ki. A kóros táplálkozási magatartás egy folyamatként fogható fel. Az állapotok közös jellemzője az abnormális táplálkozási magatartás és testtömeg szabályozás, valamint a kóros testséma megléte vagy a testséma kóros megítélése.

Anorexia Nervosa (AN)

Az anorexia nervosa-ban (AN) megmagyarázhatatlan félelem alakul ki az elhízással és kövérséggel szemben, annak ellenére, hogy a páciensen egyre nyilvánvalóbbá válnak a testi leromlás (cahexia) látható jelei. A betegség gyakran lassan, észrevétlenül kezdődik, fokozatosan – gyakran rituálékkal tarkított módon – csökkenti a páciens a napi kalória felvételét a napi 300-500 kcal-ra. Gyakran panaszkodnak arról, hogy azért nem esznek, mert nem éhesek, de igazán az étvágy

elvesztése eléggé ritkán fordul elő. A legfontosabb táplálkozási zavarokat a csatolt táblázatok foglalják össze részletesen (American Psychiatric Association; Diagnostic and Statistical Manual, Version IV -Revised [DSM-IV-R]). Az AN betegek kb. 50-50%-a tartozik a két altípusba (1. táblázat). Pszichológiailag jellemzi a pácienseket a tökéletességre való törekvés, szociális introvertáltság, limitált szociális spontaneitás, az emocionális spontaneitás nagyfokú gátoltsága és veszélykerülés. A kényszeres magatartás, a nagyfokú ön- és impulzuskontroll sok esetben a gyógyulás után is megmarad.

1. táblázat Az anorexia nervosa fontosabb diagnosztikai kritériumai (az alcsoportokat is beleértve).

DSM-IV-R 56.1 táblázat

A betegek nem tudják megtartani a kornak és nemnek megfelelő egészséges testtömeg 85%-át (a testtömeg index kórosan alacsony ($\leq 17,5$))

Nagyfokú félelem a testtömeg növekedéstől, a zsírfelzaporodástól annak ellenére, hogy a beteg alultáplált.

Testkép zavarok, amelyek magukban foglalják annak elismerését, hogy valaki alultáplált, és a látszat ellenére is kövérnek érzi magát.

Nőkben primer vagy szekunder amenorrhea is előfordulhat.

Az AN altípusai:

- Koplaló (sanyargató) típus, ahol diétával és koplalással próbálják az alacsony testtömeget fenntartani.
- Ennél sokkal ritkább a falánk, purgáló típus, ahol hánytatókkal, hashajtókkal, antidiabetikumokkal, beöntésekkel próbál megszabadulni a bejuttott kalória többlettől.

Bulimia Nervosa (BN)

Az AN-val ellentétében a bulimia nervosa (BN) általában eredményes vagy kevésbé hatásos diétázási periódusokat követően alakul ki. Közös jellemző lehet a rendszertelen táplálkozás és gyakran az ilyen páciensekben zavart szenvedhet a jóllakottság érzése is. A purgálás általában pár ezer kalóriától való megszabadulást jelent a legtöbb esetben, de előfordul akár 10000 kcal-át meghaladó felvétel és ürítés is. Az étvágy csökkentésére gyakran használnak amfetamin származékokat. Az alacsony BMI általában kizárja a BN jelenlétét, de az esetek több mint negyedében korábbi AN kimutatható. Az AN-hez hasonlóan a kompenzáló magatartás itt is előfordul (2. táblázat). Lelkileg vissza-visszatérő problémaként élük meg az alakjukkal kapcsolatos túlzó elképzeléseiket. Epizodikus érzelmi dysphoria kimutatható az abnormális táplálkozási szokások miatt.

2. táblázat A bulimia nervosa fontosabb diagnosztikai kritériumai (az alcsoportokat is beleértve).

DSM-IV-R 56.2 táblázat

Legalább heti 2 alkalommal visszatérő, legalább 3 hónapon keresztül fennálló nagyfokú táplálék felvétellel kísért (binge eating) epizódok.

További kritérium, hogy rövid időn (2 órán) belül hatalmas mennyiségű ételt képes elfogyasztani, anélkül, hogy ezt a magatartást kontrollálni tudná. A táplálkozást nagyon gyakran követi purgáló magatartás: indukált hányás, hashajtók, használat. A köztes időszakban táplálékrestrikció, koplalás vagy túlzásba vitt testmozgás előfordul.

Az alak és testtömeg megítélése megfelelő.

A bulimia nervosa nem kizárólag az AN manifesztációjaként jelenik meg.

Az BN altípusai:

- Nem purgáló típus: túlzott diétával és koplalással próbálják a testtömegüket fenntartani.
 - Purgáló típus, ahol hányatókkal, hashajtókkal, anti-diabetikumokkal történő manipulálás (diabetes mellitusban szenvedőknél), beöntésekkel próbál megszabadulni a bejuttott tápláléktól.
-

Binge Eating Disease (BED)

A harmadik betegcsoport az utóbbi két évtized megfigyelései alapján kezd körvonalazódni. A BED esetében a legfontosabb különbség az előzőekben leírtakkal szemben az, hogy a kalóriatöbbletet eliminálni hivatott kompenzáló magatartás nem mutatható ki. A betegség egyre nagyobb polgárjogot kap az orvosi irodalomban, így megtalálható DSM-IV legutóbbi kiadásában is (3. táblázat), azonban még nem nyert polgárjogot, mint önálló diagnózis. Általában a BED-ben szenvedő betegek túlnyomó többsége azért keresi meg az orvost, hogy szeretnék, ha normális lenne a testtömegük és ehhez kérik a segítséget. A diagnosztizálásában három tünet egyidejű jelenléte szükséges. Ezek közül sokat, gyorsan, titokban és olyankor eszik a beteg, amikor nem éhes. Ezen túlmenően nagyon sokszor kimutatható a betegnél önértékelési zavar, depresszió és az evési szokásai miatt kimutatható túlzott bűntudat is.

3. táblázat A binge eating disorder fontosabb diagnosztikai kritériumai (az alcsoportokat is beleértve).

DSM-IV-R 56.3 táblázat

Legalább heti 2 alkalommal visszatérő, legalább 6 hónapon keresztül fennálló nagyfokú táplálék felvétellel kísért (binge eating) epizódok.

További, legalább 3 kritérium jelenléte

- A szokásosnál sokkal több táplálék fogyasztása;
- Addig eszik, amíg degeszre nem tömi magát;
- Nagy mennyiségű táplálék fogyasztása úgy, hogy nem érez fizikai éhséget;
- Egyedül eszik, mert zavarja a nagy mennyiségben elfogyasztott táplálék;
- Szorongás, büntudat, depresszió a falánksági epizódok után;

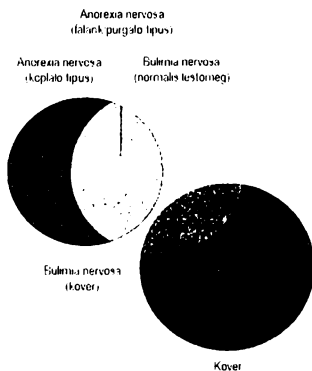
Jelentős distressz érzése a kóros táplálkozási magatartás miatt.

A kompenzáló magatartás hiánya: kényszeres hányás, hashajtók, diuretikumok, túlzott testedzés.

Nem az AN vagy BN részjelenségeként előforduló binge eating disease.

A következő ábrán (1. ábra) világosan látható, hogy az egyes táplálkozási zavarok között nagyfokú átfedés mutatható ki, alátámasztva azt az elképzelést, hogy a táplálkozási zavarok kontinuumaként egy betegségi állapot különféle állomásaként fogható fel. Ez úgy is értelmezhető, hogy egy bulimiás beteg esetleg élete során eljuthat egy AN stádiumba is.

1.ábra. Lehetséges átmenetek az egyes táplálkozási betegségek között



Egyéb táplálkozási zavarok

Új és egyre bővülő területnek látszik az egyéb eddig nem klasszifikált táplálkozási zavarok megismerése. Ezek közül említésre érdemes az ún. inverz anorexia nervosa. Az állapot majdnem minden esetben a fiatal férfiak (17-25 év között kialakuló) jellegzetes testkép zavarának tulajdonítható. Ebben az esetben az egyének túlságosan soványnak képzelik magukat és ennek kompenzálásra alakul ki a táplálkozási zavar. Gyakran fordul elő az extrém ételpárosítás és ennek eredményeként túlzott mennyiségű fehérjefogyasztás valamint táplálék kiegészítők – gyakran indokolatlan – használata. Az ételmiszer vásárláskor az összetevők gondos vizsgálata és a kalóriaszámításokkal eltöltött idő az ilyen emberek életében túlzott jelentőséget kap. A nagyon szigorú táplálék felvételi rituálék mellett, hasonlóan rigorózus edzési programot is tapasztalhatunk. A személyiség narcisztikus vonásai mellett, a pszichológiai megfigyelések azt bizonyítják, hogy az ilyen férfiaknál a szimbolikus gondolkodás helyett, az operatív gondolkodás dominál. Az ilyen egyéneket jellemzi, hogy nagyon kevés metakommunikációval, rövid tömondatokkal, a szemkontaktus teljes hiányával operálnak. Közkedvelt néven és kevésbé hízelgően ezt Clint Eastwood-szindrómaként is ismerik. Említést érdemel továbbá a kényszeres túlevés és az éjszakai evés is, amelyek ugyan nem elfogadott táplálkozási zavarok, bár kétségtelen maladaptív jelenségek kimutathatók. A kényszeres túlevést sokszori táplálkozás vagy ismételt kis mennyiségű étel elfogyasztása jellemzi és nem mutatható ki a purgáló magatartás. A fokozott táplálék felvétel következtében az ilyen egyének előbb-utóbb túlsúlyossá, majd kövérré válnak. Az éjszakai evés szindróma különösen kövér egyéneknél fordul elő gyakran. Jellemzi őket, hogy az első táplálkozás viszonylag későn következik be a nap folyamán, és általában sokkal több táplálékot fogyasztanak a vacsora után, mint előtte vagy pedig a táplálékfelvétel több mint a fele az esti órákra esik. Az ilyen magatartást gyakran negatív emóciók, stressz kíséri és legalább két hónapig fennáll. Az állapotot világosan elkülöníti mind a BN-től, mind a BED-től a kompenzáló magatartás hiánya. További különbség, hogy az ilyen páciens inkább csak csipeget, összehasonlítva a BED betegnél, aki valósággal megmerítkezik a „lucullusi örömeikben”. A táplálkozási zavar egyik speciális válfaja alvászavar formájában jelenik meg. Ilyenkor a páciens az álom-ébrenlét határán nem teljesen emlékszik a táplálkozási epizódokra. Ide tartoznak még azok az esetek is, amelyek a három nagy kategória egyikébe sem sorolhatók be, olyan állapotokat is beleértve, mint akik mindenben megfelelnek az AN minden feltételének, de a vérzésük normálisan megmarad.

A táplálkozási zavarok epidemiológiája

A táplálkozási zavarok elsősorban serdülő és fiatal felnőtt kaukázusi rasszhoz tartozó nőkben fordulnak elő, de ismertek a menarche előtti és érettebb korból származó esetek is. Férfiak és nem kaukázusi rassz képviselői között az előfordulás ritkább (IV. táblázat). A trendek azonban változóban vannak és valószínű, hogy a férfiak között a zavarok előfordulása kevésbé diagnosztizált, hiszen ezeket az eltéréseket alapvetően női betegségeknek tartják. Ugyanakkor túlzó egyszerűsítés az is, hogy a táplálkozási zavarban szenvedő férfiak melegek, bár az esetek közel 1/5-e homoszexuális, ami valamivel magasabb, mint az átlagos férfi populációban talált adat. A férfiak között nagyobb százalékban fordul elő túlsúlyosság a táplálkozási zavart megelőzően. A férfiak és nők által használt testtömeg csökkentő eljárások között azonban különbség nem mutatható ki. Hasonlóak a lelki meghatározók is a nemek között.

Megbízható adat hiányában kényszerülünk elhinni, hogy a táplálkozási zavarok előfordulása növekszik, bár itt nehezen lehet megítélni, hogy ebben mekkora szerepe van a bulvár kultúra által gerjesztett népszerűsítésnek. Kétségtelen túlzó az a jelenség, amikor kifejezetten anorexiás fiatal modellek részére rendeznek divatbemutatót, ezzel is erősítve a kóros magatartás megjelenésének külső megerősítését. A másik oldalon nehezíti az objektív megítélést, hogy még mindig nagyon sok eset nem kerül időben felismerésre és kezelésre. Az AN esetek a nagyfokú soványosság miatt hamarabb felkeltik a figyelmet, míg a BN esetek könnyen belevegyülnek az átlagos populációba a közel normális testtömegük miatt.

Az eddig ismertetett táplálkozási betegségek elsősorban megmutatkozhatnak a tánc, a testépítés, a fitness, a birkózás világában, de zsoké és a szórakoztató iparban dolgozók között is előfordulnak, valamint minden olyan helyzetben, amikor a páciens megjelenését nyilvános szereplései miatt fontosnak tartja és azt diétázással korrigálni akarja. Tornászok és jégtáncosok gyakran a tudatlan edzőjük „áldozataként” válnak táplálkozási beteggé. Ismeretesek olyan betegek is, akik a kezelés hatását kihasználva válnak kórosan sovánnyá. A fontosabb állapotokat az 5. táblázat foglalja össze.

4. táblázat. A legfontosabb táplálkozási betegségek epidemiológiai összehasonlítása

| | Anorexia Nervosa | Bulimia Nervosa | Binge Eating Disease |
|---------------------------------|---|---|---|
| Incidencia (100 ezer fő) | 0.1-0.6 | 5000* | 2-5 |
| Prevalencia (nők) (%) | 1.1 | 2.6-3.1 | 1-3 |
| Életkori megoszlás (év) | Bimodális (14 és 18) | 18 | 35 |
| Nemi megoszlás | 10-30 nő: 1 férfi | 20 nő:1 férfi | nincs kifejezet nemi különbség 3 nő:2 férfi |
| Átlagos lefolyás | ~ 6 év | ~ 6 év | |
| Remisszió | 2,5 év, gy 8-12 hetes intézeti kezelés után 36 % teljes, 55 % részleges | 2 év (55 %) 6 év (70 %) 10-20 % marad a bulimia 10-30 % egyéb Táplálkozási betegség alakul ki | |
| Mortalitás | 11 % (12 év után követés) 23 % (20 év után követés) | 0.5-3 5 (öngyilkosság) | |

* 17-30 éves nők

5. táblázat Betegség miatt kialakuló testtömeg vesztes

| Betegségek | Testtömeg csökkenés oka |
|---------------------------|---|
| Diabetes mellitus | Inzulin dózis csökkentése az I. típusú diabetes mellitus gyakrabban fordul elő BN nőkben |
| Hypothyreosis | Pajzsmirigyhormon készítmények túlzott használata |
| Hyperthyreosis | Pajzsmirigyműködést csökkentő készítmények elégtelen használata |
| Cystás fibrosis | A megfelelő diéta nem követése vagy a pankreasz enzimek elégtelen bevitel |
| Crohn betegség | Terápiás előírások nem tartása |
| Irritábilis bél szindróma | A betegség tüneteinek felhasználása a fogyáshoz (pl. hashajtók indokolatlan használata) |
| Terhesség | A terhesség mellékhatásainak (hányinger, hányás) kihasználása a testtömeg csökkentés előidézésére |

A táplálkozási zavarok etiológiája

Jelenleg nem ismert egy olyan átfogó elképzelés, amely a táplálkozási betegségek kialakulását pontosan leírná. Valószínű, hogy a kialakulásában számos, azonos irányba mutató tényező egyidejű jelenléte játszik szerepet. Biológiai, ge-

netikai, pszichológiai, kulturális (feminista, szociális) és családi tényezők egyúttal hatásában találhatjuk a lehetséges etiológiai magyarázatokat.

Hosszú idő óta keresik a táplálkozási zavarok biológiai eredetét. Ismereteink a táplálkozás neurobiológiai szabályozását illetően jelentősen átalakultak az elmúlt évtized kutatásai alapján, de ezen adatok birtokában sem állíthatjuk, hogy az idegi eltérések önmagukban lehetnének felelősek a zavar kialakulásáért. A téma komplexitása miatt akár külön összefoglalót lenne érdemes írni az új eredmények és elképzelések bemutatására. A táplálkozásszabályozásban kulcsszerepet betöltő idegi struktúrák (hypothalamus, limbikus rendszer, amygdala, orbitofrontális cortex stb.) vizsgálata alapján megállapítható, hogy számos neurohumorális és neuroendokrin változás kimutatható úgy, mint a luteinizáló hormon, növekedési hormon és cortisol szintjének változásában. A rendellenesség kialakulása során másodlagos regulációs zavarok állandósíthatják az eltérést. Feltételezik, hogy a központi idegrendszer jutalmazó-megerősítő rendszer szerepe is megváltozik táplálkozási zavarokban és éhezéskor vagy purgálás után endogén opiátok szabadulnak fel, amelyek az AN epizódusokat fogják megerősíteni. Ugyanakkor a táplálékfelvétel során megnövekszik a dopamin felszabadulás és ez, mint pozitív jutalmazó és megerősítő tényező előmozdítja a falánkság kialakulását. A ciklikusan jelentkező purgálás és koplalás hatására szinkron változó neurotranszmitterekről feltételezik, hogy megerősíti ezt az abnormális folyamatot. Kimutatott továbbá az is, hogy a szerotonin anyagcsere BN-ban súlyosan károsodik. Az ilyen páciensekben csökken a szerotonin metabolitok mennyisége, sokkal kevésbé reagálnak szerotonin agonistákra is. Éppen ez lehet a magyarázat arra, hogy a szerotonin anyagcsere ható szerek: elsősorban a szerotonin visszavételt gátlók általában hatásosnak mutatkoznak a táplálkozási zavarok kezelésében. A vizsgálatok másik aspektusát jelentette a táplálkozási magatartás rövid és hosszú távú szabályozásában szerepet játszó transzmitterek szerepének a megismerése (ghrelin, leptin, adiponectin, peptid YY). Az agouti fehérje mutációja gyakrabban fordul elő az AN-ben szenvedőkben. A BN-ban viszont csökken a gyomorürülés, és a CCK válasz is.

A genetikai megközelítés új adatok megismerését biztosította. Ismeretes, hogy a táplálkozási zavarokban szenvedő nők hozzátartozóiban kb. 5x gyakoribbak a táplálkozási zavarok. Iker vizsgálok is igazolták a gyakoribb előfordulást. Ezért elmondható, az is, hogy az AN vagy a BN családi előfordulási betegség.

Pszichológiai teóriák is napvilágot láttak az eltérések magyarázatára. Az egyes elváltozások eltérő hangsúllyal a kóros önértékelést, a szexuális érés során kialakuló konfliktusok kóros feldolgozását, a diszfunkcionális családot vagy a súlyos stresszt hangsúlyozzák kiváltó tényezőként. Mások abnormális tanulási válaszként értékelik a táplálkozási zavart.

Figyelembe véve a nagyfokú nemi diszparitást, számos feminista nézet is napvilágot látott. Itt főként a szociális és kulturális tényezők játszanak meghatározó szerepet. Ilyen hatások a divat, a hirdetések a szépségszalonok útján jut el köny-

nyen az érintett korosztályhoz. A szexuális érés mellett a nagyobb életesemény változások (házasság, szülés, válás, halál) is indukálhatnak táplálkozási zavarokat. Kulturálisan sokkal szigorúbban ítélik meg a nők kinézetét a férfiakhoz viszonyítva, ezért sokkal nagyobb nyomás nehezedik rájuk, hogy az általános elvárásoknak meg tudjanak felelni. Érdeemes megfigyelni a globalizáció hatását az ázsiai társadalmak ilyen jellegű változásaira.

Utolsó etiológiai tényezőként a család szerepét érdemes fókuszba állítani. A család szerepet játszhat a betegség kialakulásában és fennmaradásában is, de az ok okozati összefüggés nem bizonyított. Ellentétében a biológiai elképzelésekkel ez utóbbiban érhető leginkább nyomon, hogy az egyes csoportok véleménye között nagyfokú az eltérés.

A táplálkozási zavarok egészségügyi következményei

A táplálkozási zavarok egészségügyi következményei számosak. AN-ban leírják a szív működés lassúbbodását, alacsonyabb vérnyomást, fokozott hajlamot a collapsus kialakulására. Hosszabb fennállás esetén a betegekben gyakran jelentkezik szívelégtelenség. Az indokolatlan és túlzott táplálék restrikció miatt kimutatható az izomtömeg csökkenés és az ezt követő vagy az ezzel együtt jelentkező gyengeség. A restriktív magatartás nemcsak a táplálékra, hanem a folyadékfelvételre is kihat, ezért súlyos dehidráció és ennek következtében akár pre-renális veseelégtelenség is kialakulhat. Az ismételten alkalmazott hashajtók, csökkent táplálék és folyadékfelvétel krónikus székrekedést, vagy dehidráció kialakulását okozhatják. Ez utóbbit igen gyakran kíséri mélyreható elektrolit zavar, amelyek közül a Na és a K hiány emelendő ki. Ez utóbbi különösen az arhythmikiák kialakulásában fontos. A nagyfokú hypokalaemia miatt akár fatális kimenetelű szív működészavar is megfigyelhető. Az ismételt purgálások, vagy táplálék megvonások hypoglikémiás rosszulléteket vagy akár kómát is előidézhetnek a betegen. Ezen túlmenően a csökkent csontdenzitás miatt osteoporosis is kialakulhat és gyakori a csonttörés is. A kötőszöveti képletek közül száraz haj és bőr, fokozott hajhullás mutatható ki. A kóros testtömeg reguláció eredményeként a testet melegen tartó, az embrionális életben előforduló szőrzet (lanugo) is megjelenhet. Az elégtelen és hiányos táplálék felvétel következtében a fehérje anyagcsere mélyreható zavarra mutatható ki. A fehérjehiányos táplálkozás eredményeként test szerű kimutatható oedemat láthatunk. Súlyosan károsodik a neuroendokrin reguláció, aminek eredményeként nem csak a primer és szekunder vérzészavar, hanem a szexuális aktivitás és érdeklődés nagyfokú csökkenése vagy teljes hiánya mutatható ki, részeként a korábban említett biológiai zavaroknak. A BN-nál főleg a purgálási időszakban a gastrointestinális rendszer zavarai nagyon gyakran előfordulnak. A betegek által indukált hányás Russel-jel formájában gyakran látható. Az ismételt hányás következtében a középső vagy a mutató ujjon – a fogak okozta sérülés következtében – bőrkeményedés alakulhat ki. A hányásnak további követ-

kezményeként a nyelöcső gyulladása, a fokozott erőködés miatt a nyelöcső berepedése, és ebből adódó súlyos, akár életveszélyes vérzés (Mallory-Weiss szindróma) alakulhat ki. A purgálások során az indukált hánytatás eredményeként a távozó gyomortartalom a fogzománc belső felszínét lemarhatja. A jó álcázási technikák miatt egy BN beteg „vesztét” a fogászati vizsgálatnál kiderülő fogzománc rendellenesség okozhatja. Az ismételt hányás folyadékvesztést és metabolikus alkalózist idézhet elő, továbbá előfordulhat, hogy a gyomortartalom aspirációval a légzőrendszerbe kerülve heveny fulladási rohamot vagy fulladást vált ki. További gastrointestinális szövödmény a betegekben kialakuló peptikus fekély és a pancreas gyulladása.

A táplálkozási betegségek kezelése

Nincs általánosan elfogadott irányelv a táplálkozási zavarban szenvedők kezelését illetően, vagy olyan megközelítés, amelyik minden beteg számára optimális eredményt biztosítana. Az ezzel kapcsolatos konszenzusértékelések és vélemények még váratnak magukra. A hospitalizációt fenn kell tartani az életet veszélyeztető állapot (szomatikus vagy pszichés) megoldására. Legjobb, ha már ebben a stádiumban egy multidiszciplináris team kezeli a beteget. A kítűzött célok között kezdetben az egészséges testtömeg visszaállítása, táplálkozási rehabilitáció szerepel. Kiegészítő kezelésként jön szóba a farmakoterápia (6. táblázat) család, csoport terápiával párosítva. A farmakoterápiában a legígéretesebb eredményeket a szerotonin rendszerre ható szerek mutatták. A relapsusok előfordulása miatt a hosszú távú nyomon követés, a kezelés egyénre szabása fokozhatja az eredményességet. Gyógyult esetekben is megmarad a perfekcionalizmus, leggyakoribb kényszeres céltűnetként a szimmetria és a rendmánia mind AN és BN esetekben. A reziduális tünetek felvetik annak a lehetőségét is, hogy ezek a jegyek akár a pre-morbid tényezőként hajlamosítanak a betegség kialakulására.

6. táblázat. Farmakoterápiás lehetőségek táplálkozási zavarokban

| | Anorexia nervosa | Bulimia nervosa | Binge eating disease |
|--------------------------------------|--|---|--|
| Evidenciákon alapuló orvoslás | | | |
| Terápia függ | Comorbid tényezők kezelésétől | Comorbid tényezők kezelésétől | |
| Farmakoterápia | Neuroleptikumok Triciklusos antidepresszánsok SSRI | Triciklusos antidepresszánsok SSRI Antikonvulzánsok | SSRI Antikonvulzánsok Étvágycsökkentők |

Összefoglalás

A tanulmány összefoglalja a táplálkozási zavarok fontosabb formáit, epidemiológiáját, etiológiáját, egészségügyi következményeit és röviden vázolja a terápiai lehetőségeket.

Legfontosabb irodalmi összefoglalók

- Kaye, W. H., Klump K. L., Frank, G. K. W. and Strober, M. (2000): Anorexia and bulimia nervosa. *Annu Rev Med.* 2000. 51: 299-313
- Lemmon, C. R. (2008): Eating disorders (anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge-eating disorder). In: Berdanier, C. D, Dwyer, J. and Beldman, E. B., Eds. (2008): *Handbook of nutrition and food.* pp 955-974.

A DIVATRÓL, SIMMEL ÉRTELMEZÉSE ALAPJÁN. HAGYOMÁNY, MODERNITÁS, DIVAT A VISEGRÁDI ORSZÁGOK CSALÁDJAINAK ÉLETMÓDJÁBAN

Benkő Zsuzsanna

*„Ha féltem is, a helyemet megálltam –
születtem, elvegyültem és kiváltam.”
(József Attila: Kész a leltár)*

Simmel Divatról szóló elemzése 1911-ben jelent meg a Philosophischer Kultur című kötetben. „A 15-16. században egy önnön tudatára ébredt autonóm ember jelenik meg Nyugaton, aki kíváncsian szemléli a világot, bizik saját ítéletében, kételkedve tekint az ortodoxiára, lázad a tekintély ellen, véleményéért és tetteiért felelősnek érzi magát, csodálja a régi klasszikusokat, de még inkább foglalkoztatja a jövő, büszke ember mivoltára, bizik a természet megismerését és kordában tartását lehetővé tevő intellektuális képességeiben, és sokkalta kevésbé van kiszolgáltatva egy mindenható Istennek.” Így jellemzi a modern kor emberét Richard Tarnas (1995) a Nyugati gondolat stációi című bestsellerré vált könyvében. E modernitás emberének a divathoz való viszonyát elemzi Simmel (1973).

Létézéstünkben erők sokaságát érezzük – írja Simmel –, minden egyes cselekedetnél úgy érezzük, hogy valami nem fejeződik ki teljesen. Ha ez úgy történik, hogy az egymásra ható elemek kölcsönösen korlátozzák egymást, akkor ebben a *dualizmusban* az élet egysége nyilvánul meg. Ezt a dualizmust közvetlenül nem tudjuk leírni – vallja – csupán érezzük, mint a létünk egyes tipikus ellentéteit alakító végső formát. E dualizmus dichotómia számos területen nyilvánul meg.

A *mozgásra* éppúgy szükségük van, mint a *nyugalomra*. A *szellemi életünkben* egyfelől az *általánosra való törekvés* irányít bennünket, másfelől az *egyediség megragadásának igényei*. Az általánosság nyugalmat biztosít szellemünknek, a különösség megragadása mozgásba hozza.

A társadalom egész története felfogható két tényező harcának: a társadalmi csoportunkba való beolvadásnak, és az ebből történő egyéni kiemelkedésnek és a kettő közötti kompromisszumnak.

Ezek az ellentétek társadalmilag úgy testesülnek meg, hogy egyik oldalukat az utánzásra irányuló pszichológiai tendencia hordozza. „Az utánzást a gondolat és a gondolatlanság házasságából született gyermeknek nevezhetnénk” írja Simmel (1973).

E szakaszt az egyén akkor haladja meg, ha gondolkodását, cselekvését és érzéseit az adottságon, a múltan, az áthagyományozott tartalmakon kívül a jövő is meghatározza. A utánzó ember ellentéteként fogalmazza meg Simmel a célkitűző embert. Amely kibékíthetetlen ellentéte egy másik vágynak, amely új és sajátos

életformákra törekszik, és mivel önmagában mindkét elv kizárólagosságra tör, a társadalom olyan harctér képét ölti, amelyben a két elv ádáz harcot folytat, a társadalmi intézmények pedig a kibékítésnek sohasem tartós tendenciáit képviselik.

Ezek Simmel szerint a divatnak mint jelenségnek a létfeltételei. A divat egy *adott minta utánzása* és ily módon *kielégíti a társadalmi alkalmazkodás igényét*. Az egyént arra az útra vezeti, *amelyen mindenki jár*. De ugyanilyen mértékben *tesz eleget a különbség igényének, a változásnak és a kiemelkedésnek*.

A divat – mint az osztályok elkülönülésének terméke – hasonlóan működik, mint egy sor más képződmény, mint például a *becsület*, amelyeknek *kettős funkciója az, hogy bizonyos kört összetartsanak, és egyúttal másoktól elhatároljanak*. A divat egyfelől az azonos helyzetben lévőkhöz való csatlakozást, a divat által *jellemzett kör egységét* jelenti, és éppen egyúttal ezáltal azt is, hogy *e csoport elhatárolja magát* az alacsonyabb helyzetben lévőktől.

Mikor a divat állandóan átalakítja a társadalmi formákat, az öltözködést, az esztétikai ítéleteket, s az egész stílust, amelyen keresztül az emberek kifejezik magukat, akkor maga a divat, azaz a legújabb divat egészében csak a felső rétegek sajátja lesz. Amint az alsó rétegek is megkezdik e divat elsajátítását ... áttöri e rétegek a divat által összetartott egységét, a felső rétegek elfordulnak ettől a divattól és új felé fordulnak.

Ahol a két társadalmi tendencia, amelyeknek együttesen kell létrehozniuk a divatot – az *összetartás és az elkülönülés* – *bármelyike hiányzik, nem jön létre divat*. (például az alsó rétegeknek kevés és ritkán megjelenő sajátos divatja van, a természeti népeknél állandóbb a divat.) *Az egyformán öltöző emberek is viszonylag egyformán viselkednek*.

Még egy sajátos kapcsolatot emel ki Simmel, az az ember, aki tudja és *akarja követni a divatot, gyakran hord új ruhákat*. Az újrúha ezért hordozóinak a jelenség bizonyos egyénfeletti egyformaságát kölcsönzi, a szigorúan *a divat szerint öltöző embereket* viszonylag *uniformizálnak* láttatja. Az újkori élet individualisztikus szétaprózottsága mellett különösen jelentős a divatnak e homogenizáló mozzanata. A divat tisztán társadalmi indíttatását két példán világítja meg Simmel az összetartás és elhatárolódás céljának vonatkozásában:

- a kafferek társadalmi hierarchiája igen gazdag tagozódású, a divat gyorsan változik náluk.
- a busmanoknál nem jött létre osztálytagozódás, egyáltalán nincs divat.

Néha magas kulturális szinten éppen a negatív okok akadályozzák meg a divat kialakulását – itt már tudatos formában: Firenzében 1390 körül nem létezhetett férfi divat, mert mindenki arra törekedett, hogy sajátosan öltözzön. Itt tehát hiányzik az összetartás mozzanata, amely nélkül nem jöhet létre divat. A velencei nemeseknél sem létezett divat, mert valamennyiüket törvény kötelezte arra, hogy fekete öltönyöket viseljenek, nehogy kicsiny számuk feltűnővé váljék az alsóbb néptömegek előtt.

A divat lényege az, hogy mindig csupán a csoport egyik része hódol neki, az összesség csak útban van felé. Az elterjedés révén a divat saját megszűnése felé halad. A divat a jelenségek azon típusához tartozik, amelyek egyre korlátlanabb elterjedésre törnek, de ennek az abszolút célnak az elérésével önmagukkal kerülnek ellentmondásba és megsemmisülnek. A divat értékfogalomává válik. Csak akkor becsülünk le egy tárgyat azzal, hogy „divatosnak” tekintjük, ha egyéb, tárgyi okok miatt utasítjuk el és kívánjuk lealacsonyítani – ha mulékonynak, tünékenynek gondoljuk. Éppen ezért véli úgy Simmel, hogy a divat azért is uralkodik erőteljesen a tudat felett, mert a jelentős, tartós, kétségtelen meggyőződések egyre inkább veszítenek erejükből. A múlttal való szakítás – amelyre a kulturált emberiség több, mint 100 éve szakadatlanul törekszik, a tudatot egyre inkább a jelen felé fordítja. A jelen hangsúlyozása a változás hangsúlyozása. Amilyen mértékben valamely réteg az említett kulturtendencia hordozója, olyan mértékben fordul minden területen a divat felé. A divatos ember a helyeslés és az irigység jóleső keverékének érzületével kerül szembe. Mint egyént irigyeljük, mint nembeli lényt helyesléssel szemléljük. A divat tartalmaiból – sok más lelki tartalommal ellentétben senki sincs abszolút értelemben kizárva.

A divat tehát egyszerre fejezi ki az egyenlősítés és az individualizálódás – az utánzás és kitűnés – vágyát. Ezzel véli meglelni a magyarázatot arra, miért a nők hódolnak inkább a divatnak.

A történelmi tények alapján olyan szelepnek tartja a divatot, amelyen keresztül kitorhet a nők igénye valamifajta kitűnésre és egyéni kiemelkedésre, amennyiben ezeknek az igényeknek a kielégítése más területeken számukra nem volt lehetséges. Ezt az állítást két történelmi példával is alátámasztja: a 14-15. századi Németországban az individualizálódás erőteljes fejlődésnek indult, de ez a nőknek nem adatott meg, ezért aztán a legfeltűnőbb, legtűzözőbb ruhadarabok viselésében kerestek kárpótlást. Itáliában éppen fordítva volt: biztosították a nők egyéni kibontakozásához a játékeret. A reneszánsz nők a művelődés, a kifelé irányuló tevékenykedés oly sok lehetőségével rendelkeztek, mint aztán évszázadokon keresztül soha, különösen a társadalom felső rétegeiben mindkét nem hasonló nevelésben részesült, és egyforma mozgásszabadságuk volt. Itáliában nyoma sincs ebben az időben a női divat különleges túlzásainak. A nőknek nincsen szükségük arra, hogy egyénileg igazolják önmagukat e területen, és tegyenek szert egyfajta feltűnése.

A külsőségek változásának elutasítása, a külső megjelenés divatjaival szembeni közömbösség valóban sajátosan férfitulajdonság. A jelenkor emancipált asszonyai, akik arra törekszenek, hogy hasonuljanak a férfiak lényéhez, éppen ezért hangsúlyozzák közömbösségüket a divat iránt. A divat a nők számára is egy szakmai rétegen belüli pozíció pótlékát jelentette.

A divat tehát saját belső struktúrája következtében olyan kiemelkedés, amelyet mindenki odaillőnek érez. Bármilyen extravagánsak legyenek is megjelenési, megnyilvánulási módjai, mégis – amennyiben divatot jelentenek – mentesek

azoktól a kínos reflexektől, amelyeket az egyén akkor érez, amikor mások figyelmének tárgya.

Minden tömegcselekvést a szégyenérzet elvesztése jellemez. A szabadság és a kötöttség is azon ellentétpárok közé tartozik, amelyeknek folyton megújuló harca egyik vagy másik irányban való eltolódása jellemzi életünket. Minden osztálynál és egyénnél létezik a kötöttség és a szabadság valóban megmaradó tartós aránya. Általában elmondhatjuk – érvel Simmel – hogy az élet összértéke szempontjából akkor kapjuk a legkedvezőbb eredményt, ha az elkerülhetetlen kötöttség egyre inkább az élet perifériáira, külsőségeire korlátozódik. Goethe példáját hozza Simmel, amely a külsőségeknek tett engedmények, a forma szigorú betartása, a társadalmi hagyományok előtti szándékos főhajtás révén érte el a legnagyobb szabadságot, miközben a kötöttség elkerülhetetlen mennyisége teljesen érintetlenül hagyta az élet középpontját. Ennyiben a divat csodálatra méltóan célszerű társadalmi forma, mivel a joghoz hasonlóan éppen az élet külső oldalát ragadja meg, azt amely a társadalom felé fordul. Olyan sémát nyújt az embereknek, amelynek révén egyértelműen bizonyíthatja az általánoshoz való kötődését, a korszak, a réteg, a szűkebb kör meghatározta normáknak való engedelmességét, s ezáltal úgy váltja meg önmagát, hogy az életet egyáltalán biztosító szabadságnak egyre inkább belső és lényegi vonásaira összpontosíthatja a figyelmét. Az alsó tömegek nehezen mozdulnak és lassabban fejlődnek. Másfelől ismeretes, hogy éppen a legfelső rétegek konzervatívak, sőt elég gyakran archaikusak. Sokszor rettegnek mindenfajta mozgástól és változástól. Gyanúsnak, veszélyesnek tartanak mindenfajta módosítást az egészen. A történelmi élet tulajdonképpeni változékonyságának hordozója ezért a középosztály. Az állandó változásra törekvő osztályok és egyének – akik éppen a fejlődés gyors üteme következtében kerülnek előnybe másokkal szemben – a divatban rátalálnak saját lelki mozgásaik ütemére. A divat gyors változásaihoz elsősorban az alsó rétegek gazdasági felemelkedésének nagy városi tempója teremt kedvező feltételeket. Az alul lévők gyorsabban képesek a felettük lévők utánzására. A felső réteg felhagy a divattal, amint az alsó réteg hatalmába keríti. Ez jelentős befolyást gyakorol a divat tartalmára is. Ezért nem lehet olyan költséges, szélsőséges, mint korábbi időszakokban. Minél gyorsabban változik a divat, annál olcsóbbnak kell lenniük a dolgoknak.

A divatnak van egy figyelemre méltó tulajdonsága – minden új divat úgy lép fel, mintha örökké fent kívánna maradni. Mindig van valamilyen divat, és ezáltal az általános fogalom, a divat, mint olyan halhatatlan. Az a tény, hogy maga a változás nem változik, minden változásnak kitett tárgyat a tartósság pszichológiai csillogással ruház fel. Még a divat uralma alatt álló területeken sem egyformán alkalmas arra minden képződmény, hogy divattá váljék. A divat látszólag és elvontan tekintve, tetszés szerint mindent magába olvaszthat – az öltözködés, a művészet, a viselkedés, a vélemények tetszés szerint bármely formája divattá válhat. Mindaz például, amit klasszikusnak szokás nevezni, viszonylag távol és

idegenül áll szembe a divatformákkal, bár estenként természetesen nem vonhatja ki magát a divattá válás alól.

Összefoglalóan: a divat pikáns, izgató ingere abban az ellentétben rejlik, amely kiterjedt, mindent átfogó elterjedése, gyors, alapvető mulékonysága és ahhoz való jogunk között áll fenn, hogy hűtlenek legyünk hozzá. A divatot az is vonzóvá teszi, hogy valamely társadalmi kör hordozza, amely kölcsönös utánzásra készíti tagjait, s az egyént – etikai esztétikai – felelősség alól felmenti. A divat így – különleges jellegzettségével – csak egyike azon számos képződménynek, amelyekben a társadalmi és egyéni célszerűség az élet ellentétes áramlatait egyenlőként tárgyiasította.

„Az életmód bármely formája öltheti a divatot, bármilyen divattá válhat.”

Az Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet kutatócsoportjának négy országos, nagymintás életmódkutatása bázisán – melynek témája „Hagyomány és modernitás a Visegrádi négyek családjainak életmódjában” – vizsgáljuk a Simmel által megadott tézist, mely szerint a divat osztálydivat, a felső rétegek divatja különbözik az alsó rétegek divatjától. A divat „megújítása” mindig a felső társadalmi réteg kezében van, az alsóbb társadalmi csoportok igyekeznek hozzájuk felzárkózni. Átveszik a felsőbb réteg divatját, ezáltal átlépik, az általuk megszabott határt. Megtörik a felső rétegnek a divat által összetartott egységét. Ők ezért elfordulnak az aktuális tendenciától, újabb felé néznek, újból kialakítva az elkülönüléstük a széles tömegektől (fogyasztóktól). Ezt a folyamatot a pénzgazdálkodás jelentősen meggyorsítja, hiszen a divat tárgyaihoz a pénzpuszta birtoklása révén hozzáférhetnek.

Elemzésünkben a magyarországi Ferge Zsuzsanna (1969) társadalmi rétegződésmodelljét felhasználva, munkajellegcsoportok szerinti bontásban vizsgálunk néhány kiválasztott életmódelemet a szabadidős, családi és kulturális szokások területeiről. A felső és az alsó réteg szokásait vetjük össze és próbáljuk tetten érni az utánzás jelenségét. Az elemzés céljainak megfelelően, a fergei 10 kategóriát átkódoltuk az alábbi módon: felső rétegnek neveztük a vezető és szellemi; középrétegnek neveztük a középszintű szellemi, irodai és a szakmunkás; valamint alsó rétegnek neveztük a betanított munkás, segédmunkás, mezőgazdasági dolgozó, hivatalsegéd és a nyugdíjas kategóriák összevonását.

1. táblázat. A megkérdezett sportol-e – réteghelyzet szerinti %-os megoszlás

| sportol | Társadalmi réteg (%) | | | Össz. |
|----------|----------------------|----------------|--------------|-------|
| | felső (119) | közép (172) | alsó (88) | |
| igen | 64,7 | 52,3 | 42,0 | 53,8 |
| nem | 35,3 | 47,7 | 58,0 | 46,2 |
| összesen | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Az 1. táblázat szerint a felső rétegbe tartozó válaszadók esetében a legmagasabb a sportolás aránya, és a gyakoriság egyenletesen csökken az alsóbb rétegek felé haladva. Tehát a sportolás, mint egészségmegőrző és mozgásos rekreációs életmódelem, még nem szivárgott le teljesen az alsóbb rétegek körébe.

2. táblázat. Kedvelt szabadidős tevékenység – társadalmi réteghelyzet szerint (%)

| | Társadalmi réteg (%) | | | Össz. |
|--|----------------------|-------|------|-------|
| | felső | közép | alsó | |
| Szórakozóhely látogatás | 15,0 | 18,1 | 11,4 | 15,6 |
| Barkácsolás | 13,3 | 8,7 | 8,0 | 10,0 |
| Kertészkedés | 22,5 | 31,4 | 34,1 | 29,2 |
| kézimunkázás | 7,5 | 13,4 | 25,0 | 14,2 |
| Beszélgetés, vendégeskedés, szórakoztatás, udvarlás | 42,0 | 43,9 | 39,8 | 42,3 |
| Sakk, kártya, bridzs, társasjáték | 17,5 | 14,5 | 19,3 | 16,6 |
| Séta | 33,3 | 37,4 | 30,7 | 34,6 |
| Olvasás | 63,3 | 62,0 | 63,6 | 62,8 |
| Tv-nézés | 61,9 | 67,4 | 67,0 | 65,6 |
| Zenehallgatás (otthon) | 31,9 | 41,9 | 30,7 | 36,1 |
| Zenélés | 5,0 | 3,5 | 8,0 | 5,0 |
| Mozi | 31,7 | 22,2 | 18,2 | 24,3 |
| Színház, hangverseny | 15,0 | 11,6 | 11,4 | 12,6 |
| Biliárd, teke, bowling | 5,8 | 5,8 | 5,7 | 5,8 |
| Sport | 26,9 | 16,9 | 10,2 | 18,5 |
| Kirándulás | 32,8 | 31,6 | 29,5 | 31,5 |
| Fitness programok | 12,5 | 10,5 | 3,4 | 9,5 |
| Hobbi kör (kórus, zárt kör) | 7,5 | 2,9 | 0,0 | 3,7 |

Megkértük válaszadóinkat, hogy jelöljenek meg a megadott lehetőségek közül maximum öt, rájuk leginkább jellemző szabadidős tevékenységet. Az eredmények ismét csak alátámasztják a sportolás esetében kapottakat, miszerint a sport, valamint a fitness programok választása a felső rétegben a legmagasabb. A barkácsolás, színház, hangverseny, a kirándulás és a hobbikör választása ugyancsak a felső rétegben a legmagasabb és csökken az alsó réteg felé. Ez arra utalhat, ha e tevékenységeket divatjelenségként tekintjük, akkor ezek leszivárgása még folyamatban van. A kertészkedés, kézimunkázás, sakk, kártya, bridzs, társasjáték, és a zenélés egyértelműen az alsó réteg körében vezet, azt jelezve, hogy a vezető szerep átvétele a felső rétegek elfordulását eredményezi e tevékenységektől, az elkü-

lönülés újabb formáinak keresésére ösztönözve őket. Simmel (1973) szerint, „A középosztály az a réteg, akik a divat változékonyságát képviselik. Minél gyorsabban változik a divat arculata, annál olcsóbban lehet hozzáférni. Az olcsóbb árucikkek megjelenésével, gyors divatváltozásokra kényszerítik a termelőket és a fogyasztókat egyaránt.” A középosztály vezető szerepe a szórakozóhely-látogatás, a beszélgetés, vendégeskedés, szórakoztatás, udvarlás, a séta, a TV-nézés és az otthoni zenehallgatás esetében nyilvánul meg. Simmel (1973) megjegyzi, hogy „A divat lényege az, hogy csupán a csoport egyik rétege hódul neki, amennyiben kivétel nélkül mindenki azt teszi, amit eredetileg csak egyesek tettek, akkor már nem beszélhetünk divatról. Elterjedése révén, a divat saját megszűnése felé halad, logikailag ellentmondásba kerül saját lényegével, mivel divatként meg kell szűnie.” Közel azonos arányokat találunk a billiárd, teke, bowling, valamint az olvasás esetében.

3. táblázat. Strand, uszoda és pláza látogatás társadalmi réteghelyzet szerinti megoszlása (%)

| | Társadalmi réteg (%) | | | Össz. (370) |
|-----------------------|----------------------|----------------|--------------|----------------|
| | felső (116) | közép (170) | alsó (84) | |
| Strand, uszoda | 79,3 | 75,9 | 63,1 | 74,1 |
| Pláza | 25,9 | 31,8 | 26,2 | 28,6 |

Elemzésünkben kiválasztottunk egy a kutatócsoportunk által hagyományos (uszoda, strand) és egy modern (pláza) szabadidős tevékenységet. A strand és uszoda látogatás a felső réteg körében elterjedtebb, míg a pláza látogatás esetében a vezető szerep a középrétegeknél van.

4. táblázat. Üdülési szokások társadalmi réteghelyzet szerinti megoszlása

| Üdülés belföldön | Társadalmi réteg | | | Össz. (380) |
|----------------------------|------------------|----------------|--------------|----------------|
| | felső (119) | közép (173) | alsó (88) | |
| Egyszer sem | 25,0 | 38,7 | 42,0 | 35,2 |
| Egy alkalommal | 21,7 | 23,7 | 13,6 | 20,7 |
| Kettő alkalommal | 24,2 | 12,7 | 27,3 | 19,7 |
| Három vagy több alkalommal | 29,2 | 24,9 | 17,0 | 24,4 |
| Összesen | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Üdülés külföldön | | | | |
| Egyszer sem | 41,2 | 51,4 | 69,3 | 52,4 |
| Egy alkalommal | 18,5 | 17,9 | 13,6 | 17,1 |
| Kettő alkalommal | 17,6 | 14,5 | 6,8 | 13,7 |
| Három vagy több alkalommal | 22,7 | 16,2 | 10,2 | 16,8 |
| Összesen | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Az üdülési szokásoknál jól látszik, hogy gyakoriságát tekintve az alsó réteg szorosan követi a felső réteg belföldi üdülési gyakoriságát; míg a külföldi üdülés esetében a felső réteg egyértelműen őrzi vezető szerepét. A gazdasági megfontolások mellett itt az idegennyelvtudás hiányosságai is közrejátszhatnak az alsóbb rétegek lemaradásában.

5. táblázat. Eljáró kulturális aktivitás a társadalmi réteghelyzet szerinti megoszlásban (%)

| | Társadalmi réteg (%) | | | Össz. (381) |
|---------|----------------------|----------------|--------------|----------------|
| | felső (120) | közép (173) | alsó (88) | |
| színház | 87,5 | 74,0 | 67,0 | 76,6 |
| koncert | 72,5 | 59,3 | 43,2 | 59,7 |
| mozi | 90,0 | 80,3 | 69,3 | 80,8 |
| múzeum | 85,8 | 76,9 | 75,0 | 79,3 |

Az eljáró kulturális aktivitást tekintve mind a négy esetben szembevető a felső réteg vezető szerepe. A mintakövetés sikertelensége egyaránt lehet anyagi tényezőknek, valamint a kevesebb szabadidőnek is tulajdonítható.

6. táblázat. Családon belüli ajándékozási szokások társadalmi réteghelyzet szerinti bontásban (%)

| | Társadalmi réteg (%) | | | Össz. (379) |
|---|----------------------|----------------|--------------|----------------|
| | felső (119) | közép (172) | alsó (88) | |
| Kis értékben vásárolt ajándék | 68,9 | 62,2 | 65,5 | 65,1 |
| Nagy értékben vásárolt ajándék | 19,3 | 15,1 | 13,6 | 16,1 |
| Saját készítésű ajándék | 27,7 | 26,2 | 21,6 | 25,6 |
| Közösen elmenni étterembe | 31,1 | 27,3 | 17,0 | 26,1 |
| Színház-, mozi-, koncertjegy vagy bérlet | 10,1 | 9,9 | 6,8 | 9,2 |
| virág | 81,5 | 76,7 | 81,8 | 79,4 |
| ajándékutalvány | 4,2 | 4,7 | 5,7 | 4,7 |
| Utazás befizetés | 8,4 | 4,7 | 8,0 | 6,6 |
| Fitness bérlet | 2,5 | 1,2 | 0,0 | 1,3 |
| Szauna, masszázs befizetés | 3,4 | 1,7 | 0,0 | 1,8 |
| ital | 34,5 | 42,4 | 34,1 | 38,0 |
| édesség | 60,5 | 64,0 | 68,2 | 63,9 |
| Egyéb élelmiszer | 16,0 | 20,9 | 23,9 | 20,1 |
| kozmetikumok | 48,7 | 54,1 | 53,4 | 52,2 |
| könyv | 69,7 | 60,5 | 53,4 | 61,7 |
| ruha | 56,3 | 54,1 | 53,4 | 54,6 |

Kiváncsiak voltunk arra, hogy a megkérdezettek családjában milyen módon ajándékozzák meg egymást a családtagok a leggyakrabban. Mint az a 6. táblázatból is jól látszik, 9 esetben jár élen a felső réteg az adott típusú ajándék preferálásában. A kis értékben vásárolt ajándék, a virágvásárlás és az utazásbefizetés esetében pedig az alsó réteg szorosan felzárkózik. Egyértelmű az alsó réteg vezető szerepe az ajándékutalvány, az édesség és egyéb élelmiszer vásárlása terén. A középréteg pedig az ital és a kozmetikumok ajándékozásában vezet.

7. táblázat. Szokások szubjektív önhesorolása társadalmi rétegenként (%)

| | Társadalmi réteg | | | Össz. |
|--------------------|----------------------------|----------------|--------------|-------|
| | felső (120) | közép (173) | alsó (88) | (381) |
| | Szabadidő | | | |
| hagyományos | 70,0 | 72,3% | 80,7 | 73,5 |
| modern | 30,0 | 27,7% | 19,3 | 26,5 |
| | Családi szokások | | | |
| hagyományos | 68,9 | 65,3% | 75,0 | 68,7 |
| modern | 31,1 | 34,7% | 25,0 | 31,3 |
| | Kulturális szokások | | | |
| hagyományos | 62,5 | 64,2% | 68,2 | 64,6 |
| modern | 37,5 | 35,8% | 31,8 | 35,4 |

Simmel (1973) szerint „a modern élet türelmetlen tempója az élet minden területén gyors ütemű változásokat eredményezett. Felerősödött a határ a kezdet és a vég között. Simmel a divat meglétét, a játékhoz hasonlította. Egyre nagyobb játéktér jut az élet működény és változékony elemeinek. A múlttal való szakítás, a tudatot egyre inkább a jelen felé fordítja, a jelen hangsúlyozása viszont, szemmel láthatólag egyben a változás hangsúlyozása is. A divatban megjelenő újdonságok egyben a múlandóság érzületét is magában hordozza.”

Kutatócsoportunk arra kérte a válaszadókat, hogy kategorizálják saját szokásaikat a hagyomány és modernitás tengely mentén. A kapott eredményeket két kategóriába vontuk össze: hagyományos és modern. Szembeszökő, hogy a szabadidős-, a családi- és a kulturális szokások esetében is, az alsó réteg a hagyomány kategóriájában felülreprezentált. Egyértelmű vezető szerephez jut a felső réteg a modernitás tekintetében a szabadidős- és a kulturális szokások esetében, a családi szokásoknál azonban a középrétegek választási aránya magasabb, jelezve, hogy a családi szokások terén a felső réteg a változás szakaszában van, új divat megteremtése irányába tart. Eredményeink azt is jelzik, hogy a modernitás hordozói, a változás motorjai a felső réteg körében keresendők, valamint nem szabad figyelmen kívül hagynunk a hagyomány dominanciáját minden rétegben és minden életmódelem esetében.

Irodalom

- Ferge Zsuzsanna (1969): *Társadalmunk rétegződése*. KJK. 77-158.
 Richard Tarnas (1995): *A nyugati gondolat stációi*. AduPrint, Budapest.
 Simmel, G. (1973): A divat. In: Simmel, G. (1973): *Válogatott társadalomelméleti tanulmányok*. Budapest, Gondolat Kiadó. 473-507.

A kötet szerzői

DR. BALOGH SÁNDOR, PHD. főigazgató, Országos Alapellátási Intézet, Budapest.

DR. BARABÁS KATALIN, CSC, PHD, HABIL. intézetvezető egyetemi docens, az orvostudomány kandidátusa, orvosképzés tanulmányi felelőse, Magatartástudományi Intézet, Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar.

PROF. DR. BÁRÁNY FERENC, professor emeritus, Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszék, Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar.

DR. BENKŐ ZSUZSANNA, CSC PHD. HABIL. Szociológus, a Politikatudományok Kandidátusa, Intézetvezető főiskolai tanár, Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet, Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar.

PROF. DR. JOHN KENNETH DAVIES, docens, Brightoni Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar; IUPHE (International Union for Health Promotion and Education) alelnöke.

DR. DOMBI JÓZSEFNÉ DR. KEMÉNY ERZSÉBET, CSc, főiskolai tanár, Ének-zene Tanszék, Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Művészeti Intézet.

PROF. DR. FRENKL RÓBERT, orvos, az orvostudomány doktora, professor emeritus, Semmelweis Egyetem, Testnevelési és Sporttudományi Kar.

PROF. DR. HAJNAL FERENC, PHD., MED. HABIL, az orvostudomány kandidátusa, tanszékvezető egyetemi tanár, Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum, Általános Orvostudományi Kar, Családorvosi Intézet és Rendelő.

MRS. MARILYN HACKNEY, pszichológus, docens, Interdiszciplináris Tudományok Tanszék, Manchester Metropolitan University, MMU Cheshire, Anglia.

PROF. GAYE HEATHCOTE, professor emeritus, A Társadalmi Belfoglalás Intézet nyugalmazott Igazgatója, A Tanítás és Tanulás Kar nyugalmazott Igazgatója, Manchester Metropolitan Egyetem, MMU Cheshire.

DR. MARY ISSITT, docens, Interdiszciplináris Tudományok Tanszék. Manchester Metropolitan Egyetem, MMU Cheshire, Anglia.

PROF. DR. KAPITÁNY ÁGNES, DSC, Magyar Iparművészeti Egyetem oktatója, MTA Szociológiai Intézetének tudományos tanácsadója.

PROF. DR. KAPITÁNY GÁBOR, DSC, Eötvös Loránt Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar oktatója, MTA Szociológiai Intézetének tudományos tanácsadója.

DR. KAPOCSI ERZSÉBET, PH.D., egyetemi mestertanár, Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet.

KISS GÁBOR, mb. intézetvezető főiskolai docens, Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Testnevelési és Sporttudományi Intézet.

DR. LAMPEK KINGA, PH.D. szociológus, tanszékvezető főiskolai tanár, fejlesztési-dékánhelyettes, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Pécsi Képzési Központ, Népegészségügyi, Rekreációs és Egészségfejlesztési Intézet, Egészségfejlesztési és Egészségszociológiai Tanszék.

LIPPAI LÁSZLÓ, Adjunktus, Pszichológus, Egészségpszichológia Szakcsoport vezetője, Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet, Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar.

PROF. DR. NAGYMAJTÉNYI LÁSZLÓ, PH.D., DSC., MED, IIABIL, az orvostudomány kandidátusa, az MTA doktora, tanszékvezető egyetemi tanár, Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészségügyi Intézet.

DR. PAULIK EDIT, PH.D. egyetemi adjunktus, Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészségügyi Intézet.

DR. PITRIK JÓZSEF, PH.D. tanszékvezető főiskolai tanár, Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Természettudományi Intézet, Technika Tanszék.

PROF. DR. PUKÁNSZKY BÉLA, DSC, rektorhelyettes, Intézetvezető egyetemi tanár Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Gyógypedagógus-képző Intézet.

MRS. ANGELA SCHRIVEN, adjunktus, Brunel Tudományegyetem/Nyugat-London, Egészségtudományi és Szociális Gondozás Kar, Egészségfejlesztés és Egészségnevelés Nemzetközi Egyesületének tagja, a Királyi Egészség Társaság tagja. Anglia.

PROF. DR. SZABÓ GYULA, DSC, MED, IIABIL. orvos, igazgató, tanszékvezető egyetemi tanár, Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Kórélettani Intézet.

DR. TARKÓ KLÁRA, PHD. szociológus, főiskolai docens, az Egészségpszichológia Szakcsoport vezetője, Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet, Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar.

PROF. DR. TÖRŐCSIK MÁRIA, DSC. egyetemi tanár, Pécsi Tudományegyetem, Közgazdaságtudományi Kar, Gazdálkodástudományi Intézet.

PROF. DR. DR. ALF TROJAN, MSc., orvos, szociológus, egészségpszichológus, intézetigazgató, Orvosi Szociológiai Intézet, Hamburgi Tudományegyetem, Németország.