

## A népegészség állapota.

### Az átalakulásban összetorlódott idő, és a jelenbe érő folyamatos múlt - 1997\*

#### Az Elbától keletre

*A lakosság egészségi állapotának hanyatlása Kelet-Európában* címmel megjelent R. Feachem elemzése a *Nature* c. lapban (Feachem, R., 1994). Tanulmányában a kelet-európai régiók egészségi állapotát — a halandóság számai alapján — vizsgálva megállapították, hogy "Nyugat- és Kelet-Európa lakosságának egészségi állapota között tátongó szakadék van", s a kelet-európai régióknak e tekintetben abszolút és relatív hanyatlása, jelentősen rontja e régió új Európához való csatlakozásának esélyeit és versenyképességét.

A második világháború után még közel voltak egymáshoz a későbbi szocialista rendszerhez tartozó és a nyugat-európai országok egészségmutatói: Csehszlovákiában a születéskor várható élettartam magasabb volt, mint Ausztriában, Magyarország adatai 1965-ben még Ausztria és Finnország szintjén voltak. A változást legélesebben a munkaképes korban lévő, középkorú férfiak halálozási adatai mutatják. 1965 és 1998 között Bulgária, Csehszlovákia, Magyarország és Lengyelország férfilakosságának életkorra standardizált mortalitási rátája 2-13 százalékkal nőtt; Hollandia, Svédország, Svájc, és az Egyesült Királyság férfilakosságáé azonban 12-17 százalékkal csökkent. A csehszlovák 45-54 éves korú férfilakosság ischémiás szívbetegségből eredő halálása az osztrák férfiak mortalitásának kétszeresére nőtt, holott az ötvenes években ezek a statisztikák megegyeztek.

Magyarországon ma a férfilakosság kockázata magasabb, mint Zimbabwében, a Cseh Köztársaságban magasabb, mint Vietnamban. Ez a romlás igen jó, nyugat-európai országokat közelítő vagy azonos szinten lévő egészségügyi ellátási mutatók (10 ezer lakosra jutó orvosszám, kórházi ágy, betegforgalom) mellett történt. A volt szocialista kelet-európai országokkal hasonló nemzeti-jövedelem szintjén lévő dél-amerikai országokkal összevetve, Feachem tanulmánya a dél-amerikai országokat jobb egészségi állapotúnak találta, kedvezőbb halálozási mutatókkal jellemezte. A cikk szerzője biztatóul Chile példáját idézi, ahol évi 2 százalékkal javult az elmúlt években a mortalitás mutatója. Ha hasonló eredményt tudnak produkálni a volt kommunista országok, akkor a volt Kelet-Németország 12 év alatt hozhatja be Nyugat-Németországot,

---

\* Ez a dolgozat az „Utak és korlátok az egészségügyben” c. nagyobb tanulmány része.

Magyarország 23 év alatt érheti el Ausztria halandósági szintjét, jóllehet az osztrákok sem tartoznak a legjobb mutatókkal rendelkező országok közé.

A halálozás emelkedését és leszakadásunkat a világ ipari országaitól, a nyolcvanas évek közepétől publikálják magyar demográfusok (Józan, 1986; Klinger, 1987) és szociológusok (Andorka, 1987, Szalai, 1986), hatásos lépések azonban nem történtek a romlás megakadályozására, illetve ami történt az nem volt hatásos.

Józan Péter (1994) "epidemiológiai válságként" aposztrofálja ezt a folyamatot, s bár az Elbától keletre minden szocialista országban hasonló folyamatok következtek be, sehol nem volt olyan súlyos a halandóság romlása, mint Magyarországon, ahol az igen alacsony születésszám melletti magas halálozás demográfiai krízisbe torkollott. A szinte járványszerűen fellépő tartós és javulást egyáltalán nem mutató válság folyamatos népességfogyást jelez a természetes szaporodás alakulása szerint is.

A melléklet 1 - 4. számú Táblázatok a természetes népmozgalomról (Népjóléti Statisztika, 1997, KSH) mutatják, hogy a többi kelet-európai országban is hasonló népességfogyással számolhatnak, mint hazánkban — kivéve a Ceaucescu-éra teljes abortusztilalmának megfelelően Romániát. A legrosszabb viszonyszámok Magyarország mellett a Baltikum kis országaiban és Oroszországban vannak, s a fogyás folytatódik.

A szocialista rendszer mint rendszer nemcsak azért vált a társadalmi fejlődés zsákutcájává, mert sem hatékony gazdaságot, sem szabadságot nem biztosított népeinek, hanem mert olyan életfeltételeket teremtett, ahol a nyugati térfél országaihoz képest, sokkal hamarabb pusztultak el az emberek, rosszabb létfeltételek között, erősebb társadalmi nyomás alatt éltek, s sokféle zaklatottságot és több betegséget viseltek el lényegesen megrövidült életük ideje alatt.

Hogyan és miért jött létre ez az állapot a rendszer egészének működésén belül? Milyen összefüggések, milyen okok vezettek idáig? Sem a Nature kelet-európai elemzése, sem Józan Péter vagy Boján Ferenc kiváló tanulmánya nem kötelezi el magát egyetlen egy okra visszavezethető magyarázat mellett sem. Minden egyszerűsítő válasz — szerintük — torzít.

A bekövetkezett drasztikus romlásra nem ad elégséges magyarázatot a nemzeti jövedelem különbsége, hiszen azonos nemzeti jövedelmi sávban lévő országok között jelentősen eltérő egészségi és élettartam-mutatók vannak. Példa erre az USA, ahol a hetvenes években — a fejlett ipari országok között — a halálozás mutatói a legrosszabbak voltak, miközben a legmagasabb egy főre jutó nemzeti jövedelemmel rendelkeztek. Egyes feltevések azt igazolják, hogy szélsőséges gazdasági különbségek esetén, ugyanolyan egy főre eső nemzeti össztermék mellett rosszabbak az országos egészségi mutatók, mint kiegyenlítettebb elosztási viszonyok mellett. Anglia, Dánia és Japán példái igazolják ezt az állítást.

Milyen hatások eredményeként alakult ki Kelet-Európában ez az erősen romló helyzet? A magyarázathoz sok tényező multifaktoriális elemzése vezethet. Biológiai okok, genetikai változások nem adnak elégséges magyarázatot ilyen viszonylag rövid idő alatt bekövetkezett nagyméretű

romlásra. A társadalmi hatások megismerése közelebb vezethet a megértéséhez. A rendszer egészének összetett hatása — mondhatni -, felelőssége mellett differenciáltabb okot kell keresni.

### Elkésett felismerés, elmaradt beavatkozás

Ahogy egy betegség gyógyítása is akkor lehet kedvezőbb és eredményesebb, ha időben felismerik, talán ez a súlyos epidémia is megállítható lett volna ily módon. Az elhallgatott ismeretek, elkésett és késleltetett szembenézés is felelős abban, hogy sem a megfelelő időben, sem a megfelelő eszközökkel nem kezdték el a romló folyamat meggátolását. Azok a lépések, amelyeket a politika, a társadalompolitika, az egészségügy embereket együtt megmozgató cselekvési programja tehetett volna a hatékony beavatkozás érdekében, nem történtek meg a megfelelő időben.

Hoffer-Boján (1996) 1965-1989-ig bezárólag elemezték a népegészségügyi orvosi folyóiratokat, a népegészségtan tárgykörébe tartozó tankönyveket, a politikai, kormányzati, egészségpolitikai dokumentumokat, a politikai közéleti publicisztika lapjait, minden e tárgykörben érdekelt közérdekű és tudományos szaklapot. Azt vizsgálták, hogy a magyar lakosság romló halandóságának problémája hogyan jutott el a szakmához, az oktatáshoz, mikor került az orvosképzés hivatalos tankönyveibe, hogyan épült be a közéletbe és vált közismertté, mikor figyeltek fel erre a politikusok.

Az állapítható meg — írják tanulmányukban -, hogy:

"a szakirodalomban egy évtized késéssel, a politikai és közéleti kiadványokban 10-15 éves késéssel jelent meg a magyar népesség halandóságában bekövetkezett és azóta folyamatossá vált romlást részletesen elemző, illetve bemutató dokumentum. A népegészségügy tárgykörébe tartozó tankönyvekben pedig még később, több mint 20 év után jelent meg és kapott külön fejezetet ez a fontos téma. Politikai kormányzati-dokumentumokban mintegy 15 éves késéssel jelent meg először a lakosság romló mortalitása." (i.m. 48.o.)

Hol volt a legfeltűnőbb a hallgatás? A legszélesebb szakmához jutó szaklapnál: az Orvosi Hetilap esetében. 1988-ban jelent meg először közlemény a romló halandóságról. A másik véglet a legmagasabb politikai fórum, az MSZMP kongresszusa, ahol a vizsgált 25 év során egyetlen alkalommal sem foglalkoztak a lakosság romló egészségi állapotának tényeivel és a lehetséges teendőkkel.

Az elmúlt évtizedek társadalompolitikai cselekvésképtelensége és az elkésett beavatkozás mulasztásai mellett a tudás és ismerethiány is hozzájárult ahhoz, hogy ez az állapot, amelyet ma epidemiológiai válságnak mondanak, létrejöjjön és fennmaradjon. Ez a fájdalmas válság mélyre hatol, széles kiterjedésű és még javuló feltételek mellett is félő, hogy tartósan fogja éreztetni hatását.

A szocialista sikerpropaganda, a nyugati országok szintjén lévő egészségügyi ellátási mutatókkal dicsekedett — mint ahogy a termelési mutatók szüntelen növekedése is az "utolérni és túlszárnyalni" célját mutatta — s az árnyékos oldalt információs zárlatok is elfedték. Valamilyen szómágiában hittek: ha valamiről nem esik szó, akkor az nincs is.

"Bármely, széles rétegeket érintő népegészségügyi probléma megoldását szolgáló program kidolgozásának előfeltétele a probléma és annak súlyának felismerése, és a döntést hozók, valamint az érintettek körében ismertté, közismertté tétele." (i.m. 44.o.)

A társadalom összefogása érdekében szükséges a világos tájékoztatás, az alapos ismeret, valamint hogy kidolgozott és hatékony programok legyenek. Nemcsak azért kell felemlíteni ezt a mulasztást, hogy még egy kritika nyilat irányítsuk az elmúlt rendszerre, a "sikerorientált politika" szépítő hazugságaira, vagy elhallgatásaira, hanem azért, mert ma is keveredik a sikerpropaganda a válság leírásával. Ma sem történik meg a szükséges szembenézés a népegészségügyi helyzettel, erős az el- és áthárítás. A múlt feltárásában ugyan nagy már a szabadság, de a jelen mozgósításainak irányát és eredményességét illetően ismét komoly kételyeket kell megfogalmazni.

A halálózásról már nyíltan lehet beszélni. Differenciáltabban, mélyebb összefüggéseiben mutatják be a drámai statisztikai sorokat, azonban a magyarázó okok bonyolult hálózatának tekintetében mintha nem jutottunk volna túl az MSZMP KB 1979-es *"Az egészségügyi ellátásról és fejlesztésének fő feladatairól"* szóló határozatának szellemétől. Nevezetesen:

"az ok az egészségtelen életmód, a helytelen táplálkozási szokások, az elhízás, a dohányzás és túlzott gyógyszerfogyasztás... a fogszuvasodás egyre súlyosabb népegészségügyi problémát okoz. Az alkoholizmus terjedése társadalompolitikai gondná vált."

A közelmúlt irodalmát és a programjait olvasva, újra a fenti magyarázatok bukkannak fel (erre épülnek kutatások, megelőzési programok is). Az így prezentált "életmód-magyarázatok" igazak ugyan, de egyoldalúak, az egyénre építenek, egy irányba vádolnak, s az egyéni életvitel önpusztító következményeit taglalják. A vád csupán az egyik oldala a vitatható szemléletnek, a baj az, hogy ugyanebbe az irányba akarják elindítani a javulást és el is várnák, hogy megfelelő felvilágosítás után, ki-ki jó útra térjen, s a jó változások ennek nyomán bekövetkezzenek.

Az eredmény feltehetően ugyanolyan sikerre vezet majd, mint az 1979-ben párthatározat után elindult programok esetében. A szocializmusban egy központi akció sokkal több hatalmat és eszközt összpontosíthatott volna a célok elérésére, de a célok beszükülése, és a módszer — jóllehet voltak fontos elemei — egészében mégis iránytévész, látszat-, vagy ahogyan annak idején mondták, alibi-programmá vált. Tíz évvel ezelőtt írtam le azt a ma is fenntartható álláspontomat, miszerint:

"Kérdés, hogy vannak-e eszközei (az egészségmegőrző programnak), vagy éppen eszköz híján arrafelé mozgósít, amerre az egészségvédő programot viszonylag könnyű építeni. Ha az egyén felelősségére hárul a betegség, akkor fel lehet menteni a társadalmat és vétlen az egészségügyi rendszer is; ha az egészségügyi rendszert terheli a felelősség, fel lehet menteni a társadalmat és az egyedi embert; ha pedig a társadalmat hibáztatják, akkor megkönnyebbülhet az egészségügyi rendszer és nem koncentrálnak önvédelemre sem az önpusztító ember. Minden egyoldalúság leszereli a valóságos és szükséges változtatásokra mozgósító erőket." (Losonczi, 1989, 39.o.)

Beszéljünk most a szakma és az intézményrendszer másik mulasztásáról: a halálózás a végzetes betegségek pusztítását mutatja, ugyanakkor nagyon sokféle betegségtől szenvednek az

emberek tömegei; ezek ugyan szerencsére nem vezetnek halálhoz, viszont korlátozzák az emberek életképességét, rontják életkedvét, fájdalommal járnak és nehezítik, hogy mindennapi feladatainknak eleget tudjanak tenni.

Sajnálatos, hogy 1986 óta nem volt országos morbiditási, megbetegedési felvétel. Így nincsenek friss országos adataink [Kivétel a SOTE Magatartástudományi Intézetének a depressziós tünetegyüttesekre vonatkozó országos vizsgálata. (Kopp-Skrabszky, 1997).] Azt lehet tudni, hogy a megbetegedések meglehetősen kiterjedt embercsoportokat érintenek, s ha a halálozás trendjében nem történt javulás, ha a születések aránya romlik, akkor nem valószínű, hogy éppen a megbetegedésekben történt volna valamilyen lényeges jó irányú változás.

A Népjóléti Statisztikák betegségre vonatkozó adataira csak egy bizonyos határig lehet hagyatkozni, mivel csak az egészségügyi ellátásba kerülő betegekre épül. Nem mindenki beteg, aki bekerül az egészségügyi intézményrendszerbe, s nem mindenki egészséges, aki nem jelentkezik betegként. A panaszoktól a felismerésig és az orvoshoz fordulásig hosszú az út és ezt nem mindenki teszi meg. A latens morbiditás — különböző korábbi adatok szerint — a népesség 24-26 százalékát érinti. Az ő betegségük a felismerés árnyékában marad, róluk csak később lehet megtudni, hogy már régóta vannak panaszaik, akkor ha súlyosabbá válik a betegség. Ilyenkor az esetleg súlyosabb állapotban magasabb ellátási szintre kell kerülniük; vagy amikor már nem gyógyíthatóak és meghaltak, derül ki, hogy milyen betegek voltak.

Az adatok közül a legbiztonságosabbak a forgalmi adatok: hogy tehát 1995-ben 43,8 millió beteg fordult meg a családorvosoknál, 5 millió 614 ezer esetben lakáson keresték fel az orvosok betegeiket, 2,4 millió beteget kezeltek az elmúlt évben a kórházakban. A betegségeket a statisztika számára megadott konkrét diagnózist, tehát a nyilvántartott betegségeket csak bizonyos óvatossággal lehet elemezni. Először is, mert mindig vannak diagnosztikus divatok, másrészt mert a táppénzbe vett betegek esetében a kiírás nem mindig fedi a betegséget. Sok beteg nem megy orvoshoz, ha beteg, mások nem íratják ki magukat. (A társadalmi fordulatot jelzi, hogy 1996-ban a háziornosnál bejelentkezett influenzás betegek egyharmada nem íratta ki magát.) Hasonló kétségekkel lehet fogadni a kórházi statisztikai adatokat: ma a konkrét betegséget a pontszámok kódolása módosítja és a kórház finanszírozási érdeke befolyásolja.

A társadalmi összefüggésekre vonatkozó ismeretek tekintetében elképesztő a hiány: már a hagyományosan beszűkült biomedicinális szemlélet évtizedek óta ignorálta a betegekre vonatkozó társadalmi adatok felvételét. Kimaradtak a legfontosabb társadalmi paraméterek. Jelenleg pedig a személyiségi jogok adatvédelme miatt, még a lehetősége is megszűnt annak, hogy az egészségügyi ellátásban kezelt betegségek társadalmi összefüggéseiről megbízható ismereteink legyenek.

Bármilyen egészségügyi rendszerre vonatkozó döntésnél — különösen, amikor radikális átalakításról van szó -, az elfogadható döntések alapja, az eligazodás feltétele a betegségek lehetőség szerint pontos társadalmi és földrajzi térképének leírása lehet. Betegségre vonatkozó

megbízható ismeretek nélkül nem lehetséges megalapozott, társadalmi bizalomra okot adó egészségpolitika<sup>1</sup>.

### **Mit jelent az epidemiológiai válság, a demográfiai krízis?**

Józan Péter a nyolcvanas években adta közre először differenciált elemzésekkel alátámasztva a halálozás növekedése és különösen a korai halálozás elmúlt évtizedekben bekövetkezett súlyos romlásának cáfolhatatlan bizonyítékait. Az *Epidemiológiai válság a kilencvenes években Magyarországon* című tanulmányában (1994) megállapítja, hogy a magyarországi halálozási mutatók a XX. század folyamán mindig is rosszak voltak. A második világháború után, a hatvanas évek közepéig azonban a többi országhoz hasonlóan javultak.

Először 1985 ben emelkedett nálunk a mortalitás 14 ezrelékre, akkor amikor Európában 10,8 ezrelék volt a halandósági arány; míg országunk az utolsó két évtizedben ebbe a válságos állapotba került, addig a világ népességét tekintve negyven év alatt a felére csökkent a halandóság.

A várható élettartam 1992-ben nálunk — teljes népességre nézve — 69 év volt, ami az iparilag fejlett országokban átlagosan 74, Ausztriában 76, Japánban pedig 79,3 év volt. Tíz év élettartam különbség van Japán és Magyarország lakóinak életésélye között. Hét év a szomszédos Ausztria és országunk között.

Ezen belül különösen kedvezőtlen a halálozás a középkorú férfiak esetében, ez a korosztály a férfi-nem legsérülékenyebb csoportja. ( Józan, 1994, 16.o.) A 40-44 éves férfiak mortalitása 1992-ben rosszabb, mint amilyen 1938-ban volt. A 40-44, illetve a 45-49 éves korcsoportokban a legkedvezőbb halandóságú 1959-1960-as évekhez képest 1992-re több, mint kétszeresére nőtt. A kritikus korszakos mortalitási rátáknak a húszas-harmincas évek halálozási viszonyait értékelő nemzetközi összehasonlítása azt jelenti, hogy a 35-64 év közötti halálozási arányok Magyarországon a legmagasabbak, a megbízható adatokat szolgáltató országok körében, ide értve a harmadik világ országait is.

A 40-44 és a 45-49 éves férfiak halálozásának gyakorisága a hatvanas évek közepe és a kilencvenes évek eleje között 3,4-3,5 ezrelékről 7 ezrelékre, tehát a kétszeresére nőtt. Ez azt jelenti, hogy kétszer olyan gyakori ebben a korcsoportban a halálozás, mint 25 évvel ezelőtt.

Józan szerint, a várható élettartam ilyen méretű csökkenése is kórjelző, a XX. század második felében ilyen jelenség csak ott fordul elő, ahol éhség, háború pusztítja a népességet, s fejlett egészségügyi kultúrájú ipari országban — a volt Szovjetuniót és utódállamainak nagy részét nem számítva ide — egyébként erre nincsen példa. (i.m.)

A különböző korcsoportok jelenlegi arányairól, a kevés születésről és a korai halálról a korfa tépettsége tanúskodik.

---

<sup>1</sup> Évek óta hiányzik, például egy "ráktérkép", ahol meg lehetne tudni, hogy egyes területeken vagy akár lakótelepeken, sőt egyes háztömbökben nem sűrűsödnek e bizonyos daganatos betegségek. Vannak e különösen sújtott vidékek? Ez az alap kellene ahhoz, hogy meg lehessen keresni az esetleges közvetlen kapcsolatot a környezet és a betegség között. Ilyen és sok hasonló ismeret alapvető megelőzést és védekezést tehetnének lehetővé.

### *A korfa betegségei*

A korfa a rossz egészségi állapotnak, a széles értelemben vett rossz társadalmi létállapotnak egyik látványos mutatója: a korfa torzulásait egyik oldalon a halálozás magas aránya, különösen a középkorú férfiak korai halálozása, a másik oldalon a csökevényes fiatal ágak, az alacsony születési arány okozza. Ezekből következik az évről-évre csökkenő népességszám, az évek óta negatív eredményt mutató természetes szaporulat, pontosabban természetes fogyás (lásd az 1. sz. Ábrát).

Ha pedig többen halnak meg, mint amennyien születnek, ha sokan halnak meg, akik még élhettek volna, ha a szülési kedv apad, ugyanakkor a világrajött gyerekek egy jelentékeny része veszélyeztetett helyzetben van, akkor itt a társadalom egésze került a fenyegetettség állapotába, mivel olyan feltételek keletkeztek, amelyek egyszerre kezdték ki a gyökereket és a legerősebb életfenntartó ágakat. Ez a folyamat nemcsak a jelen gondjait súlyosbítja, hanem a jövőt is kockáztatja.

Az élveszületések aránya mára — 1970 óta — huszonöt év alatt, huszonöt százalékkal csökkent. 1996-ban elérte a nálunk eddig létező legalacsonyabb gyerekszületési számot. Az 1. számú táblázat az élveszületések és a halálozások számait, arányát és mérlegét mutatja: 1970-ben 151819 gyermek született, 1995-ben 112054, azaz harminckilencezerrel kevesebb, miközben 25 ezerrel növekedett a halálozás. Az évi egyenleget, az 1985-t el kezdődő 17 ezer, majd kétszeres csökkenése, 33377-tel viszi 1995-ben még alacsonyabbra. A természetes szaporodás illetve fogyás mutatója, eléri a -3,3-at. Mint az európai összehasonlítást mutató táblázatokon és grafikonokon látjuk, Nyugat-Európában sehol nem fordul elő hasonlóan romló arány, jóllehet a svédek vagy az olaszok természetes szaporodási számai nem sokkal múlják felül a magyarországi arányokat. (lásd az 1 - 3 számú táblázatot).

A halandósági romlás egyetlen ágon mutat ellenkező tendenciát és biztató változást, s ez a csecsemőhalandóság javulása, bár itt sem érjük el a nyugat-európai szinteket. Sikerült viszont egy korábbi állapotnál kedvezőbb szintet elérni, és megtartani az eredményeket. Ehhez az kellett, hogy összpontosítsanak a terhesvédelemre társadalmi intézkedéseket, intézményes figyelmet és állandó kontrollt. Ennek érdekében működik a védőnői hálózat, a veszélyeztetett terheseket kiszűrjük, gondozzák, s a nőgyógyászok kompetenciája és érdeke is a tényleges megelőzés. Így a megszületett és vállalt csecsemők társadalmi, orvosi, védőnői figyelem körülményei között jönnek a világra az esetek túlnyomó többségében. Ugyanakkor a kutatások kimutatják, hogy a csecsemők súlya szinte lépcsőzetesen követi az anya iskolai végzettségét: minél alacsonyabb végzettségű az anya, annál kisebb súlyú csecsemőt hoz a világra, minél magasabb végzettségű — ami foglalkozást, jobb anyagi helyzetet, magasabb státuszt is jelent -, annál magasabb az újszülött súlya, kisebb a koraszülés veszélye.

A társadalom egészséges életöszönének, jövőtudatának egyik legfontosabb mutatója a viszony a gyerekekhez. Ott kezdődik, hogy szabadon dönthet, milyen arányban vállal gyereket. Ebben jut kifejezésre, hogy a gyerekszeretet — ami élet- és emberszeretet — mennyire él egy társadalomban. Benne van-e a közgondolkodásban és a közgondoskodásban, és elég biztonságos-e a

felnőtt világ hozzá? Meg tudja-e teremteni a társadalom a megfelelő biztonságot, anyagi és nem-anyagi értelemben, kiépíti-e a sokrétű gondoskodás hálózatait, és megteremti-e a megfelelő környezeti feltételeket ahhoz, hogy pároknak és családoknak jó legyen gyereket vállalni és mód legyen a felnevelésre is. Hogy a családok helyzetében megnyilvánul-e a társadalom tartalmas gondoskodása, védik-e társadalompolitikai intézmények; hogy a gyerekek felnevelésének magánöröme, egyéni gondja egyben tud-e társadalmi, közösséggel megosztott felelősségre találni, hogy a gyerekek megfelelő testi-lelki-szellemi-kulturális neveléséhez mozgósíthatók-e a személyes és társadalmi segítő erőforrások.

Az élet tagadása, az élet értékvesztése, a teljes feladás vezet az öngyilkosság végzetes útjához. Magyarország Európában második helyen áll a öngyilkosságok számát illetően. Ez a tartósan, csaknem rendszertől függetlenül fennmaradó magas szám csak az átalakulás első éveiben, 1990-1991-ben csökkent (a falusi idősebb férfiak között), majd az utóbbi három évben visszaállt a korábbi szintre.

A korfa csúcán, ahol az idősebb korosztály számait láthatjuk, az ágak nálunk is kiterjedtebbé és arányaiban erősebbé változtak. Amint az az ipari társadalmakban ismert, nálunk is — ahol a korai halál növekedett — a romlás ellenére, sőt azzal egyidőben van egy sokáig életben maradó, növekvő demográfiai csoport, a hatvan éven felüli korosztály: az öregek. Egyes elemzők szerint (Daróczy, 1993), aki átélte mindazt a történelmi hányattatást, ami a háborúval, rendszerek változásával, az élet sokféle nehézségével együtt járt, az olyan edzettséget szerzett, amely — az orvostudomány erős segítségével — életét jelentősen meghosszabbította, a hosszú élet minden egyéni és társadalmi nyűgével együtt. Nálunk a lakosság 18 százaléka tartozik az idős korosztályhoz, míg a nyugati ipari országokban ez a 22 százalékot is eléri. A társadalom termelési és elosztási viszonyai mellett a nyugdíjrendszertől és az egészségügyi rendszertől is függ, hogy milyen, ennek a népesség közel egyötödét kitevő, idős korcsoportnak az életminősége, hogy az "életet az éveknek" költői óhajából mi valósítható meg, hogy adott társadalmi és egészségügyi feltételek között egyáltalán beteljesülhet-e ilyen kívánság. A korfa az átlagokat mutatja az egész ország népességére vonatkozóan; a kérdés, hogy mi van az átlagok mögött.

### **Ami az átlagok mögött van**

Az országunkra jellemző átlagok szélső értékekből jöttek létre, amelyek erős polarizáltságot, szélsőséges társadalmi különbségeket mutatnak. Az egészségi állapotban megjelenő különbségek a valóságos társadalmi különbségeket felnagyítják a társadalmi feltételkülönbségekből adódóan az egészség és az élettartam tekintetében, nemcsak Kelet- és Nyugat-Európa között, hanem Kelet és Nyugat-Magyarország, Észak és Dél-Magyarország között is, a felső tanult rétegek és a tanulatlanok között is, így az egészséget és az életésélyeket illetően igazi szakadékok nyílnak.

14,28 ezrelékes a halálozás átlagos aránya, de ebben a középkorú férfiakra vonatkozó romlás nem egyformán fenyeget mindenkit életésélyeiben. A középkori haláltánc vigaszt nyújthatott a szegényeknek, hogy "egyformán visz el pórt és fejedelmet", itt nálunk a halál társadalmi alapon válogat: akinek jobb az élete azt tovább hagyja élni, akinek rosszabb, azt hamarabb elviszi.



Már 1987-ben a társadalmi mutatókkal együtt vizsgált haláloki magyaráztatnál kiderült, hogy két és félszeres a különbség a társadalmi hierarchia csúcsán lévő vezető és szellemi foglalkozásúak javára és a legnehezebb, legrosszabb, fizikai munkát végzők kárára.

"A szakképzetlen, nehéz fizikai munkát végző, rosszul ellátott településeken lakó embercsoportok halandósága lényegesen rosszabb, mint a jól ellátott településeken élő, magasabb iskolai végzettséggel rendelkező, jó munkafeltételek között dolgozó embercsoportok halandósága." (Andorka, 1988)

Jól látható a régiók és a megyék közötti különbség (Daróczy, 1994). Közelről vizsgálta e szempontból Kelet- és Nyugat-Magyarország két megyéje között Vargáné-Boján (1996) a halálozás különbségeit. Borsod-Abaúj-Zemplén megyében észlelték a legmagasabb halandóságot, ahol közel 20 százalékkal volt magasabb a halálozás — az adott korú magyar férfiak és nők között — a közismerten tragikus magyar halálozási szintnél. Az országon belül viszont a két szélső érték, Győr-Sopron megye és Borsod-Abaúj-Zemplén megye között azt jelenti, hogy BAZ megye férfi korosztályának halálozása közel másfélszer akkora, a nőké pedig több mint másfélszer akkora volt, mint Győr-Sopron megyében. BAZ megye mellett Szatmár-Bereg, Bács Kiskun és Pest megye esetében rosszabb a helyzet az országos aránynál, s csupán Budapesten és Vas megyében alacsonyabb szignifikánsan.

Hogy kitekintsünk Nyugatra, látható, hogy az ország keleti területeinél ennyivel jobb helyzetben lévő Győr-Sopron megye férfi halandósága (15-64 éves férfiak halálozása) így is 1990-ben több mint másfélszerese volt, mint a hasonló korú osztrák férfiak halandósága. A női halandóság is meghaladta, az azonos korú osztrák nők halandóságának másfélszeresét. Az osztrák és a Győr megyei halálozási különbségek jóval nagyobbak, mint amelyet hazánkban belül Győr-Sopron és Borsod-Abaúj-Zemplén megye között észleltek (Vargáné — Boján, 1996, 3-29 o.).

A tárgyi infrastruktúrát (csatorna, hálózati víz) és a szellemi infrastruktúrát (iskolázottság) az adott mutatók lehetőségei alapján vetették össze. Az alföldi és északi területek óriási leszakadása az észak-dunántúli térségtől egyértelmű. A szellemi infrastruktúrában észlelhető lemaradások elsősorban az Alföld térségében, valamint Somogy és Tolna megyében jelentősek, az északi térségben elsősorban Nógrád megyében.

A népegészségügyi következmények halmozottan jelentkeznek azokban a megyékben, ahol szellemi erőforrások hiányaiban is megmutatkoznak a térség hátrányai: a legnagyobb az alulképzettek aránya az aktív keresők körében és különösen alacsony a magasan iskolázottak csoportja. Ezek az elmaradottság felszámolását, új munkahelyek telepítésének esélyét erősen gátolják. Az odavándorlók, betelepülők zömében alacsony képzettségűek vagy képzetlenek, így még tovább romlik a térség iskolázottsági szintje. Ez a munkanélküliség kialakulása idején különösen súlyossá válik.

A halmozódó egyenlőtlenségek négy részre tagolják az országot: a fővárosi lehetőségektől általában elmaradó dunántúli megyékre, a dunántúlitól leszakadt alföldi megyékre és az északi térség népességére.

A regionális hátrányoknál a hálózati víz és a csatornázás mutatóit az életmódbeli különbségek feltételeiként lehet kezelni: számos megbetegedés vagy gyenge egészségi állapot háttérének magyarázatában szerepet játszanak. A halálozást és a megbetegedéseket illetően a regionális különbségekben szerepük van az egészségügyi ellátottság egyenlőtlenségeinek is, hiszen sok esetben az idejében történő orvosi beavatkozás, vagy felismerés elkerülhetővé tehetné, vagy tehetné volna a korai halálozást (Boján, 1991).

Az egészségi állapot földrajzi egyenlőtlenségeiben is számottevően a társadalmi gazdasági helyzet területi egyenlőtlenségei tükröződnek. Ha a települési lépcső szerint haladunk, akkor látható, hogy falun a halálozási viszonyok még a nemzetközileg mélypontot jelentő országos átlagnál is kedvezőtlenebbül alakultak. A községek 50-54 éves férfinepeségének mortalitása 16 százalékkal haladja meg az országos átlagot.

"Az ötvenes éveinek elején járó magyar férfi ha falun él, 24 százalékkal magasabb halandóságra számíthat, mintha városban élne; az azonos korú budapestinél már 49 százalékkal rosszabb a mortalitása, 2,4-szerese az egyetemi, főiskolai végzettségűeknek."

"A népegészségügynek számolnia kell azzal, hogy az egyének, a családok, akár egész települések szabad választása a saját életmódjuk alakítására területi környezetük adottságain keresztül erősen befolyásolt. A hátrányos helyzet és azon belül az egészségi állapot populációs méretű javításához az egyének szándéka általában nem elegendő, ahhoz a környezet — település, megye, régió — kötöttségeinek felszámolása, vagy legalábbis csökkentése is elkerülhetetlenül szükséges..."

"Az egészséges életmód vonatkozásában az egyéni felelősség — bármennyire fontos momentum is — egyoldalú megragadása és hangsúlyozása nem vezet el a kívánt célhoz, a lakosság egészségi állapotának érdemi javulásához." (Vargáné - Boján, 1996, 3-27 o.)

Az ország egészéhez vagy különösen a rossz helyzetű régiókhoz képest Budapest kiemelkedően jó mutatói megtörnek, amint társadalmi különbségek alapján bontják a budapesti halandóság átlagát. Ugyan minden anyagi és szellemi infrastruktúra adott, az országos átlaghoz, még a dunántúli átlaghoz képest is kiemelkedően jók a mutatók, de a társadalmi paraméterekkel kapcsolva, kerületekre, foglalkozásra, iskolázottságra bontva kiderül (Józan P, 1986), hogy a budai kerületekben (XII. XI. kerületben) élő férfiak életveszélye a legfejlettebb országokéhoz hasonló, míg a VII. VIII. IX kerületi férfiak halálozási szintje Szíria és a harmadik világ mezejében helyezkedik el. A társadalmi (gazdasági, iskolázottsági, foglalkozási) különbséget kifejező kerületek között tehát az azonos férfi korcsoportban az életveszély-különbség két és félszeres lehet.

Akiknek több jut a társadalmi javakból, akiknek magasabb az iskolázottsága, akik civilizált környezetben élnek és jobbak a lakáskörülményeik, azok hosszabb életre számíthatnak. Akiknek mindebből a rosszabb és a kevesebb jut, azoknak az életből is a rosszabb és a kevesebb jut. Ezt a "halál előtti egyenlőtlenségnek" mondja Józan Péter (1994).

Az átlagok mögött — a hozzáférhető társadalmi mutatókkal együtt vizsgálva az életesélyeket — a rossz társadalmi körülmények között élő embercsoportok drasztikus sérülékenysége tárul fel.

### **A romlás okai — társadalmi értelmezési kísérlet**

Semmilyen egészségpolitika nem lehet eredményes, ha figyelmen kívül hagyja a társadalmi, területi, kulturális különbségeket. Sok mindent tudni lehet, de vannak valóban felderítetlen fehér foltok is. A halálózásról már nem lehet **nem** beszélni, a megbetegedésekről pedig nem lehet teljes bizonyossággal beszélni, mert hiányoznak azok az átfogó kutatások, amelyek orvosilag is megalapozottak és társadalmi paraméterekben is alátámasztottak.

A magyarázathoz építünk a halálózás arányainak, megoszlásának országos adataira, a társadalmi és földrajzi helyzetet jellemző különbségekre, a különféle társadalmi és betegcsoportokra vonatkozó kis körben végzett kutatásokra, egészségszociológiai műhelyünk korábbi kutatásaira, valamint a nemzetközi tapasztalatok hazaival egybehangzó eredményeire. Ezek alapján kíséreljük meg a nálunk bekövetkezett egészségromlás legfontosabb társadalmi okainak magyarázatát.

Meglehetősen erős diszciplínává fejlődött ki az elmúlt évtizedekben az egészség- vagy orvosszociológia. Voltaképpen a múlt század szociálmedicinája fordította először az orvostudomány figyelmét a társadalmi feltételekre (Virchow, 1848), de a modern szociológia fogalmaival és eszköztárával e század közepe óta folynak széles körű és longitudinális kutatások betegcsoportokra, speciális népességcsoportokra, régiókra vagy a társadalompolitika szempontjából jellemző csoportokra (munkanélküliek, etnikai kisebbségek, migráció stb.) vonatkozóan. Tapasztalataik tankönyvvé és közismertté váltak, az orvosképzésbe éppúgy beépültek, mint az egészség- és szociálpolitikai ismeretek alapjaiba. Nálunk ezek az ismeretek még meglehetősen szűk hatást gyakorolnak, akár a politikusokat, akár az egészségügyi szakmát tekintjük.

### **Néhány alapvető összefüggés**

A legegyszerűbb élőlény funkcionálása is csak a környezetével együtt érthető. Az ember egyszerre társadalmi és biológiai lény, létezése kettős függésben, de egyazon létben egyesül. A társadalmi és biológiai feltételek egymást építik; erős a befolyása van az időnek és a történelemnek: a biológiai idő (a kor) is a történelmi időnek (korszak) van alávetve. A társadalmi idő (az adott társadalmi rendszerre jellemző előnyök és hátrányok halmozódása) formálja a fizikumot és a lelki képességeket, s mindezekben a társadalmi rendszerek alakító befolyásai figyelhetőek meg. Ezen túl pedig a földrajzi tér történelmi és társadalmi szerkezetéből eredő különbségei hozzájárulnak a strukturális megoszlások különbségeinek növeléséhez.

Az ember igénybevételét, az elhasználódás mértékét a sérülések, kopások erősségét és veszélyeztetettségét az idő és a társadalmi hely együttesen magyarázza. Az egészségi állapot

minőségét csak ebben az összefüggésben lehet megérteni. A romló egészségi állapot — átvéve a pszichoszomatikus kifejezést — társadalmi méretű "szervbeszéd". A nehéz körülmények rosszabbodását és megmaradását egyre kevésbé képesek az emberek ép testtel és ép lélekkel elviselni. Az élet csak több sérüléssel és nagyobb veszteséggel vihető tovább.

A társadalmi környezet feszültségei és terhei gyakran szervülhetnek betegséggé, ezek visszahatnak a társadalom működésére és újabb társadalmi bajok forrásai lesznek. Ahogyan a halálozási adatok sűrűsödéséből láthattuk, ilyen mindenekelőtt a szegénység-betegség egymást erősítő ördögi körei, ezzel együtt járnak olykor-olykor olyan bajok, melyek elháríthatóak lennének, de amelyek megoldására hiányzik a kellő figyelem, a forrás, a pénz, az erő, a szervezet, következésképpen megoldatlanságuk máshonnan, másképpen, más időben sokkal több pénzt, erőt pusztít majd el.

A betegség, az egészségromlás vagy a korai halál akkor következhet be, ha nagyobb a terhelés, mint a teherbírás, ha a társadalmi terhekkal szemben nincs vagy kialakulatlan a társadalmi védelmi mechanizmus. A megoldhatatlan feladatok és a gyengén megépített fizikum, pszichikum és társadalmi támasz hiánya miatt kialakul egyfajta sérülékenység és a felborult egyensúly helyreállításához nem mindig elegendő az emberi individuumbio-pszichológiai ereje. Különösen az viseli meg az egészséget, ha a belső egyensúlykereső megoldások olyan kompenzációkhoz vezetnek, amelyek az egyszerűnek látszó örömszerzés útjain az ártalmakat fokozzák, ahelyett hogy elhárítanák azokat.

Az egészség kockázati tényezői között ma már nem csupán a vírusokat, baktériumokat, genetikai okokat, környezeti ártalmakat tartja számon a megbetegedések genezisének kutató orvos és egészségügytudomány, hanem a társadalmi-gazdasági-kulturális feltételek állandósult terheit és e terhek különbségeit is.

Különösen válságok idején — legyen az gazdasági, társadalmi vagy erkölcsi válság — növekednek az élet és az egészség kockázatai. Az egészségpszichológiában és a társadalom-orvostanban beigazolt tény, hogy az egyéni és társadalmi megrázkódtatásokat tömeges egészségromlás követi hol közvetlenül tapasztalható módon, hol évek múltán, amikor már halmozódva jelentkeznek a válságos társadalmi helyzetből következő testi-lelki károsodások. A válságok különösen erősen érintik a társadalmi értelemben sérülékeny csoportokat. (Erről is szól Makara Péter elemzése, az egészségi állapotra ható tényezőkről, a WHO sorozat Magyar Eset Tanulmányában. 1994/ b, )

### **Szegénység, tudatlanság, eligazodásképtelenség, önértékvesztés**

Minden egészségpszichológiai kutatás azt mutatja ki, hogy akik kevésbé részesülnek a társadalmi javakból, azok általában kevésbé részesedhetnek az élet biológiai minőségi előnyeiből is: egészségi állapotuk rosszabb, ellenálló képességük gyengébb, több közöttük a beteg, betegségeik súlyosabbak, gyógyulásuk lassúbb.

A szegénység árt az egészségnek. A szegénység, a szűkösség ártalmait éppúgy halmozódnak, mint a létrejöttükben összefüggő okok: nehéz gyerekkor, rossz táplálkozás, rosszul megépített

fizikum, egészségtelen környezet, fizikai és idegi túlterheltség, mindezekhez pedig a társadalmi kirekesztettség és/vagy annak érzése. A materiális hiányokhoz tudáshiány is társul az elesettekkel szemben kialakult társadalmi ellenérzéssel megterhelve, s ha ezt elfogadják és önértékeléssé válik, akkor az ember önbecsülésének elvesztése akár a küzdőképtelenségig béníthat.

Az egészség-szociológiai irodalom betegséggenerálás szempontjából kétféle szegényállapotot különböztet meg. A 19. századi szegénység jellemzői zömében anyagi jellegűek: szegény környezet, zsúfolt lakásviszonyok, alacsony vagy hiányzó higiénia, különösen pedig a szegényes és elégtelen táplálkozás, amely nem ad védettséget. A 19. századi betegségek okainak ilyen leírása ma több magyarországi településre, társadalmi csoportra is érvényes; a fenti leírással jellemezhető helyzetből következő betegállapot, nem ritkaság nálunk. A cigány lakosság, akik szegénységük és etnikai helyzetük miatt kettős teher alatt élnek, inkább a 19. századi szegényhelyzetet viszik tovább, betegségeik is ebből a helyzetből magyarázhatóak (Fuchs, V.R., 1974; Townsend P. et al., 1988; Wilkinson R.G., 1989; Boján et al., 1995).

A 20. század újfajta szegénységét a deprivációi körébe sorolják, rájuk azok a feszültségek jellemzőek, amelyek a gyors technikai fejlődésből és a lassabban alakuló emberi képességek konfliktusából adódnak. A változó életkörülményekhez való gyors alkalmazkodás kényszere, az információrobbanás és felfogásának nehézségei, stresszhelyzetek sűrűsödése, a csaknem állandó frusztrációs hatás, a fogyasztói társadalom színes kínálata és a hozzáférhetőség realitásának nagy feszültségei minden társadalmi szinten probléma, de különösen nehezen viselhetővé válik a szegények, a versenyből kiszorultak, a marginalizálódottak, vagy lecsúszottak helyzetében.

A szegénység nem csupán anyagi hiány jelent, a materiális nélkülözés személyes és társadalmi lelki teher is: állandósul a hiányérzet. A testi hiány, — legyen az rossz táplálkozás, éhezés, rossz lakásviszonyok — nem építi a testet, a hiányérzet felkelti az elementáris félelemérzést, az ősi éhségneurózist. A testi hiány lelki kínná válik. Különösen, ha valaki a családjáért érzett felelősséget nem tudja teljesíteni, és a gyerekeit nem tudja ellátni, iskoláztatni, öltöztetni. Úgy érzi nem tud megfelelni az életnek.

Ahol nincs kiút és megoldás, a menekülés különféle formái közül az alkoholizmus válik gyakorivá, ami sokszor tragédiákhoz vezet. Az élettárs korai halála, a gyerekek betegsége, elmenekülése otthonról, deviáns formák sokasodása, az idősek, betegek cserbenhagyása, a társadalmi alulmaradás kikezdi a morált is. A közismert, szinte közhelyszerű tényekről azért kell szólni, mert mintha kiesne a közemlékezetből, amikor az egészségi állapotról szó van, hogy a pusztító életmegoldások, a menekülés mégis minek a következményeként jöttek létre.

A hiány és szegénység materiális és lelki terhei mellé járul még a társadalmi kirekesztettség érzése is. Nemcsak azért, mert nem részesülhetnek mindabból, amihez mások, másutt, más helyzetben gond nélkül hozzájuthatnak, hanem mert erősödő társadalmi elítélés veszi körül a lemaradottakat. Már a szocializmus szegényes gyarapodásának idején kezdett kialakulni a szegények hibáztatása saját helyzetükért. A felső osztályok biztonságának és lelkiismeret-megnyugtatasának eszközeként jól használható a büntudatkeltés.

Az alacsony kulturális szint, alacsony iskolázottság, a tudatlanság, nemcsak a mindennapi ismeretek hiányát jelenti, hanem azt is, hogy nem ismeri fel a saját testjelzéseit: mivel az ösztönös tudás, ami a testi betegség veszélyeit időben jelezte, már elveszett, a jelzések megfelelő felismerése pedig még nem épült be a mindennapi tudások közé. A megfelelő jelzéseket is az önmagára vigyázni tudó, magasabb tudásszinten élő réteg szerezte meg.

Nem működnek a veszéllyel arányos módon az ember természetes ösztönei. Az ösztönös önvédelem érzése elsorvadt. Újnan kell megtanulni, hogy mire kell figyelni. A természetes ösztön már nem, a kultúra és tudás még nem működik. Alacsony szintűek az ismeretek testről és lélekről, késik a baj felismerése, — még sokszor a viszonylag magas kulturális szinteken is. Emellett hiányzik a tudás és az eligazodási képesség a bonyolult egészségügy intézményrendszerben és a szükséges orvosi ismeretekben.

Valóban nehéz eligazodni az egészségügyi rendszerben, a betegség gyógyításához ismeret és fellépni tudás szükséges, tudni kell, hogy kihez, hogyan, milyen ellátási szinten kell fordulni; megtalálni a megfelelő helyet, a megfelelő embert, a megfelelő időben — ez sem kedvez az iskolázatlan embereknek. Nehezen tudják panaszukat előadni, megfogalmazni, s az orvosoknak — akik iskolázottságok alapján magasabb társadalmi osztályban, ráadásul zárt tudásrendszerben élnek — sokszor türelmük sincs, s nem is annyira érdekeltek — tisztelet a kivételnek — , hogy szót értsenek ezekkel a betegekkel, hiszen kevés anyagi juttatást várhatnak tőlük. A társadalmi és tudáskülönbség és a nyelvi megértés nehézségei is nehezíti a kommunikációt.

Annak, hogy az ember eleget tudjon tenni az önfegyelem követelésének ("vigyázzunk magunkra!"), az a feltétele, hogy a saját életének legyen értéke, önmagának saját szemében legyen becsülete, ennek megfelelően alakuljon ki az önféltés és legyen értelme és érdeme az öröm- és élvezetmegtagadás fegyelmezettségének, ami társadalmi igazolást, visszaigazolást kíván. Ahol elvész az ember értéke, ott az ember nem tanulhatja meg becsülni az életét. Ha minden fontosabb az életnél, ha az ember csak ürügy, csak bizonyíték, csak tárgy és mint cél is másnak van alávetve, akkor nem jöhet létre az élet tudatos értékén való önvédelme. Illetve akkor a leértékelt élet szintjén féltik az emberek a saját életüket is. Ha a világ és a sors kíméletlenül bánt vele, akkor az önkímélet sem alakulhat ki. Az én értéke nem jöhet létre a közértéktelenségben, különösen nem jöhet létre alábecsültségben. Alábecsült ember önbecsülése ritkán valódi, önérték nélkül az ember nem képes az önvédelemre.

Magyarországon az önféltésnek, önkíméletnek még leginkább a magasabb és a középosztályokban található meg típusai, valójában azonban alig van értéke és kialakult kultúrája. Mintha szemben állna a megbecsült magatartással, talán még az uralkodó morál értékeivel is. Felelősséget ott lehet csak kívánni, ahol az emberek felelőssége az átélt önállóságon alapul. Önerőt ott lehet várni, ahol a belső autonómiához kívülről is biztosított a szuverenitás. Morális erőt ott, ahol belső szabályozás kívülről is táplálkozik pro vagy kontra igazolással. Belső támaszték ott fejlődik ki, ahol külső társadalmi erőter segítette kifejleszteni és épségben tartani.

Ahogy a halálozás mutatóiban a legjobb helyzetben lévő társadalmi rétegek is elmaradtak a nyugati országok életesélyeihez képest, úgy igaz az, hogy a szegénység és elmaradottság érzetét itt Kelet-Európában csaknem mindenki átélhette, aki Nyugat-Európát járta és a saját életfeltételeit az ott élő emberekkel összehasonlította (legyen szakmunkás, tanár, orvos, farmer). Egy szegény ország polgáraitól van szó, akik a kelet-európai régióban élnek, hagyományosan hátrányokkal küzdenek, minden évszázadban többször is megszállt, változó elnyomások tapasztalataival rendelkeznek. Ez a tapasztalat is bennünk él a kedvezőbb történelmű és helyzetű országokkal szemben, a sokféle hátrányt átélt nemzet tagjaiban. S ez igaz a szegény élethelyzet materiális javaira is, igaz a tudatlanságra, amelyet az elzárkózás is erősített, igaz a hátrányok éreztetésére és átérésére, igaz a kiszorultság érzetére és a behozás kényszerének érzésére is. És igaz az önbecsülés hiányára, ami mindenfajta kompenzációs kísérletekre — góg, nacionalizmus, felsőbbrendűség — valamint különféle menekülési formákra vezetett. (Ebből csak egy mondás, a hetvenes években kiuttalanságából: "Az értelmiségnek két útja van: az egyik az alkoholizmus — a másik: nem járható." Ez akkor is jellemző, ha jártak sokan más utat is.)

### **Az adaptáció**

Minden élőlénynek alkalmazkodnia kell a környezetéhez. Az adaptáció szélesebb értelmű és állandó, sokszor megterhelő feladat. A betegség rossz adaptáció. Dubos (1980) szerint — gondolatai a Sellyei adaptációs szindrómához vezetnek vissza — az állandó változás, a környezethez való alkalmazkodás kényszere egyensúlyhiányt hoz létre, és a környezethez való rossz alkalmazkodás vezet a betegségek kialakulásához. Ha egy társadalomban meghatározott időben tömegesen betegednek meg, az olyan társadalmi feltételekre utal, amelyet a többség nem tud elviselni, saját szervének, testének és/vagy lelkének megbetegedése nélkül.

Ha viszont kedvezőtlen az emberre nézve a társadalmi feltételrendszer, azt ismét meg kell változtatni, s ez kettős képességet kíván: megváltoztatni azt, amit változtatni kell, és alkalmazkodni az új változatokhoz. A rossz társadalmi feltételekhez való alkalmazkodás ára lehet a betegség. Aki viszont nem képes alkalmazkodni, azt vagy kiveti a társadalom, ez társadalmi halál, vagy nem tudja elviselni az életet és bekövetkezik a biológiai halál.

Még a jó irányú változtatás is megterhelő, mert új képességek, új életvezetési módok kialakítását kívánja a megszokotthoz képest, s a megoldások megtalálásához új energiákat kell mozgósítani. A korábbi rossz feltételekhez idomuló alkalmazkodásban megszokott biztonságérzet elvesztése is létrehozhat hiányérzetet. A biztonság és a stabilitás igénye a rossz helyzethez is kötődhet, még az esetleg jobbat ígérő változtatással szemben is. Ezért az adaptáció érdekében kettős mozgást kell interiorizálni: változtatni, a változást követni, a változtatáshoz alkalmazkodni, s eközben fenntartani a belső és külső stabilitást, tehát fennmaradni. A külső változásoknak megfelelően változtatni a feltételeken, de az élet folytatásához szükséges stabilitást megőrizni.

Az adaptáció a húszadik században állandó feladat, változó világban pedig különösen az. Kelet-Közép-Európában, mindig meg kell találni a továbbélés érdekében a megoldásokat, a célokat

át kell formálni, a törekvéseket át kell hangolni, a képességeket újra kell szervezni, az erőket mindig meg kell újítani, hogy a külső és belső kettős alkalmazkodás feladatát teljesíteni lehessen.

### **A kohéziós erő, a társas támasz hiánya**

A szocializmusban, a mindenkire ható, totalitárius módszerek, a társadalmi elnyomás és a kényszerek sajátos szövevényének betegítő hatásában, különösen a segítség nélkülség, a reménytelenség, az elfojtások, a kifejezhetetlen düh, játszott szerepet. Olyan érzelmek ezek, amelyeket ha volt, segítette, ha nem volt, nehezítette, a kohéziós erő, a társas támasz hiánya. Az anómiás társadalmi viszonyok között, a függések rendszerében, ha nincs mód önvédő kapcsolatok kialakítására, szimmetrikus viszonyok kiépítésére, a kapcsolatok formálisak és felülről diktáltak, az egyedi küzdők nem építhetnek szolidáris kapcsolatokra, izolálódnak és magányossá válnak. Minden megfosztottság közül a legtöbb félelmet, bizonytalanságot az okozza, ha az ember meg van fosztva másoktól, a többiektől, a közösségtől és magányossá válik. A társas támogatás, az embernek elemi szükségletei között számon tartott, elsőrendű védelmi rendszere (social support), s hiánya különféle megbetegedésekhez vezet. A többiek léte és az együttélés társadalmi támasza jelentheti azt a védelmet, ami az ember egészségének és biztonságra törekvésének az alapja lehet.

### **A szocialista rendszer legfontosabb betegítő társadalmi tényezői**

Látható volt, hogy a társadalmi hierarchia alján élő emberek, embercsoportok között gyarapodnak a betegségek, növekszik a halálozási trend. Ennek a kelet-európai szegénységnek a különlegessége a zártság, a korlátozott mozgásszabadság, a fentről meghatározott lépéskényszerek, és a társadalom ideológiájának hazugsága. Ahelyett, hogy mozgósítottak volna és megoldást találtak volna a szegénység leküzdésére, az egyenlőségről, az azonos esélyekről, szegénység eltűnéséről; a depriváltság, periférikus helyzetek, regionális, kulturális hátrányok megszűnéséről beszéltek.

Az adaptálódás nehézségei, — amelyek a szocialista rendszer erőszakolt társadalmi átrétegződése következtében jöttek létre — és következményként a rossz adaptálódás, illetve adaptálódási képtelenség hatása ismerhető fel a betegségeknél és a halálokoknál.

Az emberek történelmi traumák sorozatát élték át, amelyet a változó világhatalmi erők következtében, a változó rendszerek uralma miatt, az e korban élőknek el kellett viselniük.

A vizsgált életutak, életesemények feltárásából kiderül, hogy ez a korszak több életfordulatot kényszerített az emberekre és társadalmi csoportokra. A társadalmi fordulatok, történelmi események megkívánta megfelelés mellett még sokszor súlyos inzultusokat is el kellett szenvedniük.

A fentről diktált — a termeléstől az ideológiáig terjedő — kényszerek hatására zárt függőségi viszonyok alakultak ki, ami az egyéni és közösségi kezdeményezőerőt elfojtotta.

Az embert támogató közösségek hiánya miatt a kényszerközösségekben izolálódott az ember, s a magány külön harcokra kényszerítette. A hatalmon lévők és a hatalmon kívüliek közötti erős megosztottság hoz létre egy "mi és ők" közötti éles megkülönböztetést.



Az emberi élet értékének elvesztése, — amely még élesebbé vált az ellenkezőjének hangoztatásával szemben a mindennapi gyakorlat tapasztalata alapján — az ember elértéktelenedésével, önértékvesztéssel járt, a hirdetett és gyakorlott értékek permanens kettőssége (double bound), és az eligazodás zűrzavara anomikus társadalom kialakulásához vezetett.

Morális bizonytalanság, újra és újrakeletkező elbizonytalanodás volt a jellemző, mivel a társadalmi rendszerek változásával a vezérlő értékek gyökeresen megváltoztak, ezért egy következő rendszer büntette azt, amiért a korábbi rendszer jutalmat adott és jutalmazta azt, amit az előző büntetett. A rendszerektől való függetlenség megadta ugyan a morális jutalmat, a kockázatos kívül- vagy szembenállás alapját.

Ezek a tényezők többé vagy kevésbé valamennyi kelet-európai szocialista országra nézve igazak voltak. Mi a magyarázata annak, hogy — miközben a magyar rendszer volt a legmozgékonyabb, viszonylag a legtöbb kísérletezést megengedő ország a szocialista országok között — Magyarország halálozási mutatói még a kelet-európai országok közül is a legrosszabbak?

Inkább hipotézis — lehet majd igazolni, vagy elvetni, mert nem egzakt összehasonlításra épül — , hogy éppen a viszonylag jobb helyzet, a nagyobb nyitottság — egy zárt és merev rendszeren belül — erősebben igénybe veszi az embereket. Több feszültséggel járt, hogy van mód valamilyen kitörésre vagy kimozdulásra, ugyanakkor mégsem lehetséges kitörni.

Egyik magyarázat az önkizsákmányolás, a kettős leterheltség — állami munkahely és második gazdaság, munka és túlmunka -; ami felemésztí az egészség tartalékait, pihenéshiánnyal, túlzott igénybevétel, ami az akkumulálódás lehetetlenségével járt együtt. Jellemző volt a viszonylagos engedélyezett szabadságjogok bizonytalansága, melyek mivel a rendszertől idegen elemeket tartalmazott, tehát mindig visszavonható, mindig korlátozható volt. Ezeket a kis kedvezményeket nem garantálta semmi és senki. Ezért a különféle egyedi engedményeknek a permanens fenyegetettség volt az ára. A nagy bizonytalanság növelte a feszültséget, folyamatossá tette a stresszhelyzetet, miközben kockáztatta a nehéz erőfeszítésekkel elért jobb helyzet eredményét, amelyet a ráfordított munkához és feszültséghez képest, csekély eredménynek érezték. Erőfeszítés, félelem, frusztráció, túlfeszítettség és bizonytalanság együtt magyarázza a viszonylag jobb helyzet ellenére a rosszabb állapotmutatókat.

Mi történik a rendszerváltozás után, a népegészségre közvetlenül és közvetve ható társadalmi tényezőkkel?

### **Az átalakulásban összetorlódott idő, és a jelenbe érő folyamatos múlt**

Jelenleg egyszerre kell szembesülni mindazzal, ami a korábbi rendszer betegséggeneráló feltételeiből megmaradt, ami azokból továbbél és hatást gyakorol; az átalakulás sokkoló hatásával, ami távlati reményekben javíthat, de jelenleg rövid távon sokszor éppen ott nehezít, ahol a korábbi rendszer ártó hatása a legerősebb volt. Az oly nagyon várt nyitás Nyugat felé még erősebben szembesít elmaradottságunkkal, hátrányainkkal, hiányainkkal, hibáinkkal.

Mit változhat és mi nem tud változni az átmenet idején?

A jelenlegi átalakulás sok gyökeres változtatást hozott: lehet változtatni társadalmi rendszert, pártokat, jogrendet; lehet választani új kormányt, új ideológiát, újra megtalálni régi vallást — vagy új hitet találni — , de nem lehet az átélt időt semmissé tenni. A múltat lehet másképpen látni, de nem lehet a "szervekbe beépült" átélt társadalmi időt visszapörgetve, előről kezdeni. Az új kihívások szárnyakat adhatnak a tettekhez, de új tüdőt, szívet, érrendszert, izületeket nem adnak hozzá. Az ember elhasználódottságában a tudott és tudattalan emlékezetében megmarad a múlt. Mint ahogy megmaradnak azok a készségek is, amelyek az egészségőrzésre, az önvédelem hatásosságára, az élet értékének becseré vonatkoznak, azokat is a korábbi élet reflexei és tapasztalatai kondicionálták.

A múlt halmozódott terhe nem könnyebbedik meg azzal, hogy csak az idősebb generációkra érvényes, mert továbbörökítették utódaikra, gyermekeikre is, mert a gyerekek felnevelésének módjában él tovább, ahogyan megmarad a viszonyokban vagy a társadalmi szerkezet számos elemében.

Ezért ismereteink, az új és régi tapasztalat alapján a folyamatok részben közelebbi ismerete nyomán a különösen sérülékeny és erősen kockázatos társadalmi és demográfiai csoportokra kell irányítani a figyelmet.

### **Különösen sérülékeny és erősen veszélyeztetett társadalmi és demográfiai csoportok**

A változások fenntartják vagy/és rontják a korábbi rossz helyzetben lévő, betegséggel és korai halállal küzdő társadalmi és demográfiai csoportok egészségi állapotát, érdekükben az átmenet megrázkódtatásainak enyhítésére és a jövő építéséért átgondoltan tenni kell.

Romlik a már ismertetett leszakadt régiók helyzete. A régi válságrégiók mellé újak is kerülnek. A kelet-magyarországi szegénység mellé, most az északi iparvidékek kerülnek.

A szegénység nemcsak megmaradt, de kiterjedt és mélyült. A szocializmusból hozott szegénység, a lemaradott társadalmi rétegek köre, a társadalmi átalakulás idején nem csökken, hanem növekszik. (Andorka-Spéder 1996, Ferge 1996, Kopp 1996). A korábbi helyzetből fakadó, hozott betegségek megmaradnak, a szegénység-betegség egymást erősítő köreiből inkább a romlás, mint a javulás látszik. A klasszikus szegénység 19. századi jellegzetességei tovább kísérik bennünket, hozzáadódnak a húszadik század kollektivistá eszményeinek, modernizációjának káros eredményeihez, a rendszer csődje összeolvad a 21. század fordulóján bekövetkező, újonnan kialakuló piaci gazdálkodás kiépítésének kemény és sokszor kegyetlen módszereivel.

A múlt században létesített, a szocializmus vas- és acél országának mítoszával továbbfejlesztett iparvidékek leépítésére kerül sor. Egész új vidékek kerültek az elsivárosodott, az elbizonytalanodott és elszegényedett területek közé. Az iparvidékek mellett a mezőgazdasági válság kiterjedése következtében, a korábban jól élő emberek is nagy számban nehéz helyzetbe kerültek.

#### **A falusi lakosok és a mezőgazdaság elhúzódó és nehéz átalakulása**

Növekvő társadalmi és területi polarizációval kell számolni a mezőgazdaságban. A magyar szocializmus e sikerárgaztatát, a mezőgazdasági területek virágzását, és a falusi emberek gyarapodási lehetőségét a nagyüzem és a háztáji kisüzem sajátos együttműködése és emellett a magas állami támogatás hozta létre. A falusi lakosság kettős létalapja: a termelősövetkezeti háttér és a háztáji művelés lehanyaglik, a családi gazdaságok kettős jövedelme elvész. Nagy megrázkódtatást élnek át a mezőgazdasággal foglalkozók Kelet-Magyarországon, az Alföldön, de még a virágzó régióknak tartott Dél-Dunántúlon is.

A várt, gyarapodó farmergazdaságok sokasága nem tudott létrejönni, polarizálódott a mezőgazdasági lakosság. Míg egyik oldalon növekednek a termelősövetkezetekből és állami gazdaságokból a földet koncentráló nagybirtokok, másik oldalon, napszámos sorba kerülnek a tulajdon nélkülivé vált vagy elszegényedett volt tulajdonosok kárpótolt tömegei; közöttük pedig legfeljebb mintegy tízezer, termelési és értékesítési válsággal küzdő, felszámolás határán lévő családi középüzem tengődik (Laczó Ferenc, HVG, 1997, 34. sz. 48. old.). Nagy tőkehiány mellett vegetálni próbáló kisüzemek és a széleskörűvé váló, egyre terjedő falusi volt mezőgazdaságból élő elszegényedők állnak szemben — olykor a szó szoros értelmében — a meggazdagodó vállalkozók szűk körével.

Egyes szakértők a második világháború előtti földtulajdon-struktúra létrejöttét prognosztizálják. A kárpótlások inkább a földspekulációkhoz, mint a paraszti tulajdon megújulásához, az elképzelt farmergazdaságok fellendüléséhez vezetnek. A nagybirtokok növekedése jellemző, a törvények, a rendeletek, a kölcsönnyújtás szabályai, ma ennek kedveznek, és nem a farmerszerű kis- és középüzemeknek. A kárpótlás is inkább a komoly tőkeerő birtokában lévő tulajdonosokat erősíti, ott sem a családi kis- és középbirtokok fejlődését; hiszen éppen a kárpótolta körében növekszik a mezőgazdasági munkanélküliek száma.

Megváltozott az a lehetőség is, hogy a vidéki ipari munkások mintegy 40 százaléka a háztájival egészítette ki a jövedelmét. Most többüknek megszűnt az első gazdaságban betöltött állása, de a mezőgazdasági termelés hanyatlása miatt, az ipari munkanélküliség gondját nem tudja igazán enyhíteni; a háztáji legfeljebb a családi önellátást segítheti.

Hagyományosan rossz egészségi állapot, és a változás után erősen megrendült gazdasági-társadalmi helyzet, romló életkörülmények jellemzik a falusi lakosokat. A falusi lakosság egészségi állapotában különösen a férfiak halálozása, az alkoholizmus és az öngyilkosság tényei mutatták igen élesen az országos munkamegosztásból, infrastruktúrából, iskolai képzettségből, településből is következő hátrányaikat (Falussy, 1994, Boján, 1996).

A rossz mutatók ugyan elsősorban az elmaradott vidékekre voltak jellemzőek, de még a jól prosperáló területeken is, a falvakban általában rosszabb volt az emberek egészségi állapota, mint közép-, vagy kisvárosok lakóinak. A települési lépcső különbségei mindig is kifejezték a társadalmi esély különbségeit. A tanyasi és aprófalvak lakosságának egészsége, halálozási arányai mindig is a legrosszabbak voltak. A nők életesélyei is különböztek, a falusi asszonyok több betegségben szenvedtek és hamarabb haltak meg, mint a hasonló korcsoporthoz tartozó városi társaik. A falusi középkorú és idősebb férfiak öngyilkossága jelentős arányú volt az elmúlt évtizedekben, a rendszerváltozás első két évében — feltehetően a megújuló élet reményei miatt — kissé csökkent, majd visszaállt a korábbi szintre.

A falusiak rosszabb egészségügyi ellátásban is részesültek. Több falusi körzetben hiányzik az orvos. A kórházba jutási esélyek is rosszabbak, mint a városiaké: a falusi, illetve kórháztól távol eső települések betegeinek úgynevezett "beteg utjai" hosszabbak, kevésbé eredményesek, több tévutat kell bejárni. Az, hogy még időben el kell jutni a megfelelő szakorvoshoz, gyógyítási szintre, hogy kevesebb vargabetűt tegyenek meg, azaz idő = életnyereség nem adatik meg a falusi lakosok számára. A falusi betegek települési hátrányait mutatja minden kutatás (Antal Z. László, 1989, zalai Júlia, 1986, Orosz Éva, 1993, Losonczi Ágnes, 1989).

A területi kórházak egyenlőtlenségeit és a vidéki kórházi ellátás különbségeit az egyébként is rosszabb egészségi állapotban lévő falusi, vidéki lakosság szenvedti meg. A korábbi kezdeményezések — amelyek hálózati ivóvízhez, csatornához, gázvezetékhez juttatták volna a falvakat, így az elmaradott infrastruktúrákat szerették volna megjavítani és ezzel az életvitelt megkönnyíteni — a gazdasági helyzet romlása következtében abbamaradtak, hiszen számos önkormányzat csődbejutott, illetve elszegényedett. Ugyanez történ az utakkal, a sokszor

szétaprózott kistelepülések vagy települések nem tudták folytatni vagy elkezdni azt az úthálózat fejlesztést, amely a nyitottabb világhoz vezetné őket.

### **A vidéki ipari területek, Észak- és Északkelet-Magyarország munkavállalóinak köre**

Az északi iparvidék egészség szempontjából hagyományosan veszélyeztetett terület, lakossága jelenleg másfajta, de hasonlóan súlyos válságot él meg, mint a falun élők. A szocialista iparosítás következtében létrejött nehézipar mai, csapásszerűen bekövetkező összeomlásának a következményei elsősorban azoknak a társadalmi csoportoknak az egészségkockázatát jelentik, amelyek már az iparosítást is egészségromlással szenvedték meg. A levegő szennyeződése veszélyrégióvá tette az északi iparvidéket (Daróczy, 1994, Farkas Ilona, 1994), a hiányzó vagy elégtelen munkavédelmi intézkedések, a hiányzó vagy rosszul működő egészségügyi ellátási formák (Tardos Katalin, 1995) is okozhatták ennek a régióknak korábban is kiemelkedően rossz egészségi mutatóit. (Boján, 1996).

Egyszerre érte el az országot és ezt a vidéket, valamint a lakosságát különösen sújtó, a Nyugat-Európában már átélt ipari struktúraváltás, az egész nehézipari ágazat elévülése, a vasipar és a bányászat leépítése; a szocialista gazdálkodás összeomlása és a modernizációs váltás, az elkerülhetetlen csőd: a KGST megszűnése, az elavult, rossz hatékonyságú, állami támogatással fenntartott vállalatok bezárása. Mindez egyszerre különösen drasztikusan érintette ezeket a területeket és e térségekben az embereket, családokat, városokat. A hirtelen változás tragikus helyzetekbe hozta őket. Olyan vidéken történt ez, amely egészség szempontjából amúgy is az országosnál rosszabb helyzetben volt.

A társadalmi átalakulás terhei ismét ezt, a már többszörösen érintett réteget sújtja: férfiakat, fizikai munkásokat, a szakmunkásokat, szakma nélküli segédmunkások tömegeit. A nehézipari munkásrétegek szükségtelenné válása, bányászok, kohászok, vasasok szélnek eresztése vagy fölöslegességük demonstrálódása (még a részfizetések nagy állami teherrel járó biztosítása ellenére is). Eddig jól prosperáló régiókban állt le a termelés, igaz eddig mesterségesen, költségvetési finanszírozással tartották fenn azt. Ez azonban nem változtat mégsem a jelenleg megoldhatatlan élethelyzetek sorozatán (Ózd, Borsod, Nógrád, az Északi Iparvidék)\*.

A depressziós övezetekké váló, korábban prosperáló vidékeknek az egészség szempontjából kettős vetülete van: az egyik, hogy a népesség egzisztenciájának elbizonytalanodása, anyagi életszínvonalának romlása a munkások és családjaik egészségi állapotára erősen kihat. A másik pedig, hogy ahol romlik a népesség anyagi biztonsága, onnan menekülnek az orvosok, hiányossá válik az egészségügyi ellátás, és még kevésbé képes adekvátan reagálni az egészség romlására, mint korábban.

---

\* A szociológiai irodalmon kívül számos fontos film dokumentálta a változásokat, pl.: Almássy Tamás több éven keresztül készített dokumentumfilmeket az ózdi folyamatról; Schiffer Pál filmje szerencsésebb régióról szól, felmutatja a Videoton felszámolásának és kapitalizálásának útját.

### A védtelenség átstrukturálódása

Azokon a helyeken, üzemekben, régi vagy újonnan szerveződő vállalatoknál, ahol tovább folyik a termelés, ha szűkített, átalakított módon is, ott a védtelenség átstrukturálódását lehet tapasztalni az egészség szempontjából nézve. A vállalati egészségügyi ellátás és szociálpolitika megszűnt. Az üzemek megmaradásának és nyereségességének érdeke sok szociális és egészségügyi biztonsági intézkedés megszüntetését hozta magával. A korábbi hálózatban ugyan sok felesleges, bürokratikus vagy/és látszatellátás, következésképpen pazarló elem volt, de helyenként kiegészítette vagy pótolta a hiányzó egészségügyi és szociális ellátást (Füzessi Zsuzsa, 1993).

Egyelőre nincsenek mérések a jelenlegi intézkedések hatásáról, illetve az intézkedések hiányáról (üzemorvosi szolgálat, üzemegészségügy, az üzem segítsége a városnak, községnek a szociális és egészségügyi ellátásban, a dolgozóknak adott kedvezmények stb.), így az ebből következő veszteség sem látható. Nem alkalmazták azokat az ösztönző formákat, amelyekkel racionális és funkcionális módon lehetne bevonni a vállalkozásokat abba, hogy intézményes módon is segítsenek a rogyadozó szociálpolitikának, akár abba, hogy romló egészségi állapotba kerülő alkalmazottaik egészségügyi karbantartásáról valamelyest gondoskodjanak.

A változást két statisztikából kiolvasható táblázat mutatja: az egyik a foglalkozási betegségek hirtelen megszűnése. (lásd az 5. és 6. sz. Táblázatokat) Hogy a gondatlanság vagy gondozatlanság nemcsak sporadikusan fordul elő, ez mutatja az 5. táblázat. Ha a termelésben dolgozók aránya vissza is esett 30 százalékkal, a megmaradó kockázatos dolgozók foglalkozási ártalmainak aránya, ennél mindenképpen magasabb arányú lehet. Ekkora csökkenés nem magyarázható a kevesebb munkavállalóval, inkább azzal, hogy a foglalkozási betegségekkel nem lehet foglalkozni.

A munkavállaló azért nem szól, mert örül, hogy még van munkája, másik oldalon a munkaadónak nem érdeke, hogy vigyázzon munkásai, dolgozói épségére, hiszen van munkanélküli tartaléksereg, akkor miért lenne érdeke, hogy az egészségi állapotról gondoskodjon.

Másik kisebb jelzés az a táppénzes adatsor, amely szerint az 1996-os influenzajárvány idején háziorvoshoz került betegek egy harmada nem írta ki magát. Itt is a munkahely kockázatosítása került az egészségkockázatosítás elé.

Más kutatások — köztük saját kutatásaink is — azt jelzik, hogy a munkavállalók eddig számukra ismeretlen kiszolgáltatott helyzetbe kerültek s alig vannak eszközeik a maguk védelmére. Még a "transzmissziós", formális állami szakszervezeti mozgalom, ál- vagy valódi védelme is olykor többet nyújtott, mint amit ma el lehet érni. Ha a legfelsőbb szinteken, és különösen alkusz helyzetben lévő ágazatoknál van is valamilyen tárgyalásos alkuz a kormányhatalom és a csúcsintézmények között, a helyben működő, vállalkozóval, főnökkel igazgatóval, főosztályvezetővel csatázó, munkást védő szervezet gyakorlatilag alig létezik. A baleseteknél, az egészségrontó munkafeltételek esetében nincs semmi kontroll és semmi sincs szabályozva. Nincs a munkavállalónak kialakított, szerződésben rögzített védelme.

A külföldi befektető nem azért jön Magyarországra, hogy a jóléti államok szociális gondoskodásából iskolát adjon. Nem kíván a szakszervezettel csatázni, nem érdeke, hogy egészséget óvjon, munkások egészségéről gondoskodjon. Olcsó munkabért fizet, magas profitot és gyorsan megtérülő befektetést akar. A hazai tőkés pedig — amelyik most kezd vagyont halmozni — gyorsan akar meggazdagodni, nem érdekli a munkaerő egészségvédelme. A "rabszolgamunka" sem ritka, különösen a bevándorlóknál, vagy a lerobbant falusi vidékeken, ahol egyáltalán nem jelentik be a munkásokat, vagy kisebb bér bejelentésében állapodnak meg, hogy kevesebbet kelljen adózni. Hogy ennek áldozatul eshet a munkavállaló, hogy a balesetek következményeit ki viseli, hogyha megbetegszik és nincs kártyája, ellátják-e megfelelően (még halálesetben sem lehet semmilyen kártérítést kérni, ahogyan ezt olvashattuk a vágóhídon dolgozó erdélyi fiatalok esetében) ezeket a kérdéseket semmi sem rögzíti.

A munkavállaló számára pedig a foglalkoztatás és a jövedelem fontosabb, mint a közvetlen jövedelmet nem adó biztosítás. A "fekete-gazdaság" lehetővé teszi, hogy miközben felszívja a munkanélküli és marginalizálódott emberek egy részét, minden legális társadalmi védettségéből, egészségügyi és szociális intézményből kikerülnek és a fekete gazdaság hasznát, ha tudják élvezik, a kárát, ha kell viselik.

Különös keveredését láthatjuk — köznyelvi kifejezéssel — a "vadkapitalizmusnak", amint a tizenkilencedik századi szakszervezet-hiányos idők biztonsághiányával keverednek a több helyen az amerikai szakszervezeti harcokban már jelen lévő, a vállalati érdeket őrző öröknek, nálunk "body gardosított" legényei, akik verést ígérnek is, adnak is, annak, aki túl sokat ugrál (lásd: a szekszárdi húsüzem története).

Hasonló módon megszenvedteti a múltat és a jelent — nem is szólva a jövőről — a környezetvédelem hiánya és ennek egészségre háruló következményei. A szocialista iparosítás környezeti katasztrófát hozott, most úgy tűnik ezt a változás még tovább növeli, annyira kevés követelményt támasztanak a tőkésekkel szemben. A hivatali szabályozás és végrehajtásuk ellenőrzése sem a kezdő vállalkozásokat, sem a nagy nehezen idecsalogatott tőkét nem akarja "terhelni". Az új vállalkozók képviselői a legkevésbé sem hajlandóak — lehet nem is képesek rá — , figyelembe venni a környezet- és emberkímélés feladatait. Prosperitás és munkaalkalom-teremtés érdekében és érveivel — az alacsonyabb bérfizetés és a magasabb profit érdekében — könnyedén szabadulnak meg, nemcsak a nyugaton kötelező szabályoktól, hanem a környezetkíméléstől és az elemi munkavédelmi előírásoktól is. Az elmaradott területek végül is erre valók. A munkavállalók pedig, akiknek mindennél fontosabb, hogy keressenek, sohasem gyakorolták önvédelmüket, különösen nem önkíméletük érdekében.

### **Munkanélküliek a mezőgazdaságban és az iparban**

A munkanélküliség nálunk új és nehezen kezelhető társadalmi jelenség. A szocializmus minden baja közepette nem létezett, a nyugati jóléti államokban jól ismert, nálunk hirtelen keletkezett a munkanélküliség. Így a "kezelése" sem alakult még ki. (lásd: 7. sz Táblázat). Ott jelent újabban nehezedő társadalmi és egészségügyi terhelést, ahol már korábban is igen sok gond volt, de

új jelenségként éri a fiatalokat, ahol az átlagos munkanélküliséghez képest nagyobb arány nem tud megélhetéshez jutni. ( Laki 1992, 1993, Falussy, 1995).

A nyugat-európai országokban az utóbbi évtizedekben kialakult és rögződött munkanélküliség magával hozta — a szociálpolitikai intézkedések érdekében is — a munkanélküliség hatásának és következményeinek vizsgálatát. Megállapított tény, hogy a munkanélküliség és az egészségi állapot romlása összefügg, hogy a munkanélküliek morbiditása és mortalitása is magasabb a foglalkoztatottakénál. Különösen a férfiak esetében van így. A következmények a társadalmi helyzet megrendülése, az életszínvonal visszaesése, gyökeres életmódváltozás, társadalmi kapcsolatok elvesztése, értékcsökkenés megélése azokkal szemben, akik dolgozhatnak, az anyagi veszteség mellett mind ezek lelki terhe, hogy bizonyos értelemben fölöslegessé váltak, és nincs szükség a munkájukra és nincs mód sem változtatni ezen (Moser, 1984, Arben, 1987).

Több, a munkanélküliséget követő longitudinális kutatást folytattak, elsősorban a nyugat-európai jóléti államokban, Angliában, de Franciaországban és Amerikában is. Voltak olyan vizsgálatok, amelyek rendszeres egészségiállapot-mérést is végeztek, és olyanok amelyek az immunrendszer-vizsgálatokkal is kísérték a munkanélküli állapotot. Mindenütt megállapítást nyert, hogy a munkanélküliség körülményei között nagyobb a sérülékenység, alacsonyabb az immunrendszerbeli ellenállás és magasabb a halálozás aránya, sőt halál esetén a házasársak is hamarabb halnak meg, mint az ő kor- és társadalmi csoportjukban azok, akik munkához jutottak és dolgoznak.

Ezt bizonyítja a Békés megyei községekben végzett szívbetegségek rizikófaktorait munkanélküli és aktív keresők között mérő vizsgálatok. Az eredményeket egyben amerikai, finn és kínai mutatókkal is összevetették (Márk-Simodán-Kondacs-Hanyecz-Deli, 1996), s a munkanélküli férfiak magasabb kockázatosságát bizonyították.

A SOTE Magatartástudományi Intézetének kutatása szerint a legveszélyeztetettebb korosztálynak a 20-29 évesek és a 40-49 évesek bizonyultak (Kopp Mária, 1997). A munkanélküliek pszichoszomatikus státuszában maladaptív viselkedésformát, adaptív megküzdési stratégia és társas támogatás hiányát találták (Léder, 1997). Azt a jelenséget is konstatálták, hogy rosszabb egészségi állapotukban sokkal kisebb mértékben vették igénybe az egészségügyi ellátási formákat. A tartós munkanélküliek élethelyzetét kutatva egészségi állapotuk romlását, reintegrációjuk nehézségeit, vagy ellehetetlenülésüket konstatálták (Tardos Katalin, 1995).

A kérdés — és erre a nyugati, már hosszabb tapasztalattal rendelkező, kutatók sem tudnak mindig választ adni — , hogy mennyiben játszik szerepet az eredeti társadalmi helyzet és a munkanélkülivé válás hatása (Moser, 1984). Lehet, hogy eredetileg is olyan társadalmi rétegből kerültek ki a munkanélküliek, akiknek egészsége már eleve is esendőbb volt, mint az átlag népességé, vagy azért váltak munkanélkülivé, mert betegek voltak, és így a betegség miatt lettek munkanélküliek, akiket még jobban megbetegít a munka elvesztése. De az is lehet, hogy egészséges



élethelyzetből a munkanélküliség tette őket beteggé. Nálunk például Kelet-Magyarországon a férfiak eleve rossz egészségi állapotban voltak, amikor munkanélkülivé váltak.

Idetartozik az is, amit a kisebbségekről, ez esetben a cigány lakosság egészségi állapotáról tudni kell. Kevés ide vonatkozó adatunk van, a jelenleg folyó cigánykutatások erre a kérdésre is választ adnak majd. Egyes becslések szerint mintegy 15 évvel rövidebb ideig élnek, mint az átlagos magyar lakosság; természetes szaporodásuk és a születésszám sokkal magasabb (14 ezrelék) ugyanakkor, itt a legmagasabb a veszélyeztetett terhesség aránya, a csecsemőhalandóság és a legtöbb a kis súlyú koraszülött csecsemő (Népjóléti Statisztikai Évkönyv, 1997).

Egészségi állapotukat szegénységük, iskolázottsági színvonaluk mellett, azoknak a régióknak az ellátási helyzete is rontja, ahol nagyobb arányban élnek. Kicsi az esélyük a munkapiacra — amennyiben ilyenről egyáltalán szó lehet — még a hivatalos létminimum is magas a valóságos életszínvonalukhoz képest, anyagi körülményeik felerősítik az etnikai különbségeket és ennek a következményei az egészség és az élettartam tekintetében mindenben érvényesülnek. Amit a nógrádi, szabolcsi, a borsodi leszakadt rétegekről irtunk, az a cigány léttel súlyosbítva terheli őket. Őket sújtja fokozottan mindaz a hátrány, amit a segédmunkásság, a tanulatlanság, az alacsony szakismeretekkel rendelkezés, a munkanélkülivé válás, a társadalmi marginalizálódással nehezített peremhelyzet, a társadalmi kirekesztettség együttesen jelent. Bizonyos erőfeszítések ugyan történnek értük, saját szervezeteik, felkért és önkéntes szószólók, intézmények, a szociálpolitikusok időnként szólnak róluk és értük. Mégis megoldatlan maradnak a rossz helyzetben lévő cigánytelepülések életfeltételei, és kimaradnak mind a társadalmi integrációs vagy emancipatív, mind az autonómiát hozó eredményekből. A tény, hogy a rendszerváltozás, miközben sok mindent nyílttá és szabaddá tett, módot adott az önszerveződésre, mégis a válsággal, a gazdasági csökkenéssel, az eredeti felhalmozás kíséreléseivel sokszorosan sújtotta a cigányok lakta vidékeket és falvakat.

Összegezve a társadalmi teherterhelést viselő, a hierarchia alapján élő, erősen kockázatos egészségű társadalmi csoportokról kellene elsősorban gondoskodni, ahogyan Józan Péter (1994), már idézett cikkében is írja: "Mivel a népesség beteg, nem elegendő a nagy kockázatnak kitett csoportok egészségi állapotának javítása. A kedvező változást az egész népességben kell elérni. Ennek keretében szükséges az egészségi állapotban fellelhető különbségek mérséklése...az erőfeszítéseket a társadalmi hierarchiában alul levőkre kell összpontosítani" (i.m.112 o.). Fel kell hívni a figyelmet a különösen sérülékeny és kockázatos csoportokra, elsősorban az ország belső egyensúlya miatt, de azért is, mert valóban tenni kell valamit, hiszen, jogos a nyugati elemzők aggodalma, hogy ezzel a társadalmi elnyomással, ennyi betegségkockázattal, ilyen nagy társadalmi teherterheléssel, hogyan lehet az Európai Unióban részt venni?

### **A legsérülékenyebb, egészségi szempontból veszélyeztetett két szélső korcsoport**

A középkorú férfiak szinte háborús időköt idéző halálozásáról sok szó esett, bár még nincs elegendő és világos magyarázat. Két kockázatos korcsoportról azonban még nem: a korfa némileg csenevészén növekvő ágairól, a gyerekekről, fiatalokról és az öregekről.

### *A gyerekek és a fiatalok veszélyeztetettsége*

Jogosan lehet aggódni azok miatt a gyerekek miatt, akik nem születtek meg. Sok gyerekért lehet aggódni, akik megszülettek, pedig se nem akarták, se nem várták őket. Különösen aggasztó azonban azok helyzete, akiket vártak is, akartak is, viszont mire megszülettek, bizonytalanná vált, hogy mire is születtek? A gyerekek a társadalom átalakulásának kevesebbszer emlegetett kockázati övezetében élnek, elvben a felnőtt társadalom védelmét élvezik, ténylegesen azonban gyakran inkább a felnőtt társadalomnak sokszor súlyosan ki vannak szolgáltatva. A nehéz társadalmi körülmények között élő családokban világra jött gyerekekre nagy próbatétel vár.

Ilyenek a depressziós régiók gyerekei: hiszen ott is formálódik a "nemzet jövője", ahol a terület fejlődése megáll. A depressziós övezetben még magasabb is a gyermekszülések száma, mint a jól prosperáló régiókban. Az élveszületések országos átlaga 11,0 ezrelék, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében viszont 13,8, Hajdú-Biharban 13,0, Borsodban 12,6 ezrelék. Ezzel szemben Győr-Sopron megyében 10,6, és a minden mutatókban jeleskedő fővárosban 8,6 ezrelék. Igaz, a csecsemőhalandóság is a 10,7-es országos átlag felett a legmagasabb Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében: 14,9 (KSH Népjelélti Statisztikai Évkönyv, 1997, 39. old).

Ilyenek a munkanélküli családokban született gyerekek. Ma mintegy 700 ezer munkanélküli családjában közel egymillióra tehető az ott felnövő gyerekek száma.

A leromlott régiókban, régebbi ipari vidékeken (Borsod, Heves, Nógrád), fejlődésükben megakadt mezőgazdasági területeken, (Somogy vagy Bács-Kiskun), fejlődő övezetekben és nagyvárosokban is sűrűn találhatóak veszélyeztetett gyerekek. Korábbi számuk, az újabb felmérések szerint mintegy háromszázezer; ez a szám csak a gyámügynél nyilvántartott veszélyeztetettek száma, tudvalevő, hogy ennél többen vannak (KSH Statisztikai Évkönyv, 1997), s félő, hogy a bomlás folyamata miatt ez sem fog megállni.

A veszélyeztetett gyerekek számának növekedéséről tanúskodik a mellékelt 8. - 9. Sz. Táblázat. Az általános iskolásoknál különösen az egészségükben veszélyeztetettek növekedését kell megfigyelni, az elmúlt évek úgy is erős romlást mutatnak, hogy az iskolaorvosi vizsgálatok nem minden esetben tárják fel a kockázatok teljes körét.

Egymillió alkoholistáról szólnak a statisztikák és közvetett elemzések, az ő gyermekeik száma is megbecsülhető. Bár az elemzési szempontból itt különválasztott veszélyeztetettek sokszor átfedik is egymást (a depressziós régiókban van a legtöbb munkanélküli, ugyanott fokozott az alkoholizálás stb.), mégsem teljes az átfedés, de mindenképpen összefügg, a társadalom alján élő, rosszul ellátott családok gyerekeinek helyzetével.

Milyen esélye van a gyerekek egészséges felnevelésének ott, ahol a család reménytelen anyagi és egzisztenciális helyzetben van, ahol deprimált környezet veszi körül, és ahol a jövő bizonytalansága — amelybe a gyerek belenő — már előrevetíti az eleve elrendelt kilátástalanságot.

Az iskola, a munkahely, a tanítás nem ellensúlyozza a család helyzetét, mivel ezek az intézmények is a környezetükbe épültek, és annak szerves részét alkotják. Így a legfogékonyabb gyermekkorban sincs meg a széles körű intézményes segítség ahhoz, hogy megfelelő képzettséggel

az új fejlődésnek megfelelő versenyképes szakmát lehessen választani. Nincsenek eszközök arra, hogy kiemelkedjenek a kilátástalan helyzetből. Hatékony beavatkozás nélkül újratermelődik a szülők társadalmi helyzete, ismételve a reménytelenséget. A család ha küszködik vagy ha feladta, kevés esélyt tud adni a gyerekeinek. A gyerekek pedig, a reménytelenség és kiuttalanság társadalmi levegőjét magukba szívva készülnek az életre.

A gyerekek világára nyomasztó hatást gyakorol a felnőtt társadalomban sokszor megjelenő gyermekellenesség. A gyerekeknek el kell viselniük a felnőttek saját frusztrációjából fakadó, rájuk háruló agresszivitását, a kegyetlen, tanult és öröklötten tovább élő rossz bánásmódot. Igaz, a felnőttek viselik első sorban a társadalom terheit, de azokat saját rossz természetükkel, agresszivitásukkal, elfojtott indulataikkal súlyosbítva, továbbadják a védtelen gyerekeknek. Lehet hallani megvert gyerekekről, gyermekeket ért abuzusokról, szexuális zaklatásokról, a gyermekprostitúció üzletággá válásáról. (A fejlett nyugati világ alvilága zsákmányszerző útjait újabban Kelet-Európába helyezte át.)

A *Család, gyermek, ifjúság* című lap teljes számot szentelt a gyerekek különös veszélyeztetettségének, Kovács Imre és Nagy Tibor (1997) ismertetik "A kiskorúak sértette válásának tapasztalatait," és 1990 és 1995 között Szolnok megyében a rendőrség tudomására jutó esetekről írnak. Tudni lehet, hogy a sérelmek közül nem mindenről értesül a rendőrség, a megfélemlített gyerekek, vagy a magukat szégyellő szülők, akik legtöbbször maguk az elkövetők, nem mennek feljelenteni magukat, és a gyerekek se a szüleiket. Így is öt év alatt 154,3 százalékkal emelkedett a veszélyeztetett kiskorúak aránya.

A gyerekek válasza sem marad el az elszenvedett agressziókéért, s a megdöbbenéssel hallott gyermekkegyetlenkedések, egymással és a felnőttekkel szemben kifejezett agressziók erre utalnak. Nem az extrémításokról, a világ figyelmét és elítélését borzongató rémségekről van szó, hanem az egyszerű, a mindennapi rossz tettekről, embertelen bánásmódról, a kilátástalan helyzetekbe bezárult, jövő nélküli gyerek későbbi életútjainak kezdeti meghatározottságáról.

A fiatalok munkanélküliségéről a KSH Társadalomstatisztikai Osztálya *Ifjúság és Társadalom* c. sorozatában találunk bővebb információkat (Falussy, 1995). A legmagasabb munkanélküli ráta a legfiatalabb, 15-19 éves korosztályt jellemzi. Munkanélküliségük közel háromszorosa az átlagosnak, és a következő 25-29 éves férfiak és a 20-24 éves nők esetében is az átlagosnál magasabb a munkanélküliek aránya.

Nagyobb kérdéskomplexum az a helyzet, ami a különböző devianciák felé viszi a fiatalokat. Az átalakulás következményei, a jövőkép hiánya, a növekvő társadalmi egyenlőtlenségek feszültségei, a kétes kettős társadalmi morál, vezeti az elégedetlen, nyugtalan, reményt vesztett fiatalokat az erőfeszítés nélküli sikerek, az öröm és élvezet azonnali megszerzésének mellékútjai felé. A deviancia, a bűnözés, a kábítószerelés alapja, hogy a társadalom megoldhatatlan feszültséget generál, s a kilátástalan helyzetben bizonytalan erkölcsi támasztékkal magára hagyja a fiatalokat, így megerősíti és igazolja a létrejött társadalmi különbségeket.

A gyerekek élethelyzete befolyásolja az egészségüket. A legjobban kockáztatott gyerekek egészségével nem igazán törődnek sem a szülők, sem a társadalom felelősei. A gyermekek egészségi mutatói, a látható átlagokat illetően sem jók, látható például a budapesti tisztifőorvos közlése szerint. (Csaba K. 1997.) Az egészségvédelem sem a legfontosabb tennivalókra koncentrál. Ebben a helyzetben a gyerekek egészségmegőrzése valamilyen társadalmi összefogást, központi cselekedetsort igényelne. A gyermek és ifjúság egészségvédelme ma is elhanyagolt, nincs a figyelem központjában. Nem egészségügyi, hanem társadalmi kérdés, hogy ahol a gyerekek nagy aránya (mintegy 40 százaléka, Szalai, 1992.) él a létminimum alatt, ahol a táplálkozás és a lakásmód kritikus, a családtagok nehéz élethelyzete következtében a testi és lelki bajok sokasodnak, ahol nincs mód az elemi biztonságot megteremtésére sem, ott az egészség védelme is elmarad. Márpedig a felnőttek testi-lelki építése nem negyven éves korban kezdődik, ehhez a gyerekkor biztonsága és egészségének megőrzése kell.

Korábbi kutatásaink egyértelműen mutatták, hogy a felnőtt korban kialakult betegségek előzményei több esetben a gyerekkorhoz nyúlnak vissza, a rossz testi-lelki fejlődés okaira vezethetők vissza. Különösen igaz ez az ellenállóképesség, a lelkiező, a kudarcűrő és küzdőképesség kifejlődésére, valamint az egészségmegőrzés korán kialakítható szokásrendszerére.

Ha prioritásról szó lehet, akkor a gyerekek és az iskolás korú fiatalok egészségi állapotának gondját és maximális felelősségét mindennek az előtérbe kellene helyezni.

### *Az öregek aránya a népességben és helyzetük*

A húszadik század második felében valamennyi fejlett ipari országban az idős polgárok növekvő aránya miatt hasonló megoldandó feladattal kellett szembenézni. A szociális és egészségügyi intézmények tennivalói és ezzel együtt költségei is jelentősen növekedtek az idős korú emberek számarányának növekedésével. (A századelőn nálunk a lakosság 9 százaléka tartozott az idős korcsoportba, most ez az arány 18- 20 százalékra emelkedett). A megemelkedett részarány és a meghosszabbodott élet vívmánya a másik oldalon teherként jelentkezik, a nyugdíj-kötelezettségekben és az egészségügyi szolgáltatások megnövekedett használatában. Nálunk különösen az teszi nehezzé, hogy az élveszületettek és az eltávozottak között a mérleg negatív: ezért is jelent gondot hosszabb távon a demográfiai egyensúly felborulása. Az idősek a lakosság 19 százalékát teszik ki, viszont a 1960 óta a nyugdíjasok aránya ötszörösére nőtt. Így mindazok a vívmányok, amelyek az élet meghosszabbítását eredményezték, létrehozták önmaguk korlátaikat is.

Az egészségügyi ellátást a halmozódott degeneratív (időskorral együttjáró) betegségek miatt az idős emberek veszik nagy arányban igénybe; a gyógyszereknek is ők a legnagyobb fogyasztói. Mivel az élet ugyan meghosszabbodott, de az élet önálló vitelének képessége nagyon sok idős embernek nem adatik meg, a mobilitás következtében szétszakadtak a családok, s a nukleáris családok kialakulásával az elmagányosodott öregekre nincs aki gondot viseljen. Medikalizálódnak a szociális gondok és egészségügyi ellátásra szorulnak azok, akiknek nincs megfelelő ellátásuk otthonukban, saját környezetükben.

Az öregek helyzete ebben a társadalmi átalakulásban különösen megnehezedett: egyszerre kell átélniük szervezetük fizikai romlását, a nyugdíjas korukban az életszínvonaluk jelentős csökkenését, a gazdasági válsággal, inflációval nyugdíjaik elértéktelenedését, elszegényedésüket, a társadalmi aktívás feladásával a társadalom perifériájára szorulást, a rendszerváltozással és újfajta modernizálódással tudásuk elavulását, saját múltjuk elvesztését, és azzal, hogy rászorulttá váltak, az önértékelés, önbecsülés csökkenését. Mindezeknek eredményképpen megnehezedik az élet zárásának, a "naplementének" derűs vagy legalábbis tiszteletreméltó ideje.

\*

Korántsem volt teljes mindazoknak a rétegeknek és társadalmi csoportoknak a felsorolása, amelyeknek kockázatot az élete és az egészsége. Az előtérbe állított, veszélyeztetett területeket, társadalmi rétegeket és kockázatos korcsoportokat szándékosan emeltük ki, hogyha országos stratégia kidolgozására sor kerül, a cselekvés iránya ezekre a településekre és társadalmi csoportokra összpontosulhasson.

### **A sikeresek**

Nem csak a társadalom árnyékos oldaláról, hanem a sikeresekről, azok kockázatairól is érdemes beszélni, akiknek sokat adott a társadalmi változás a szocialista korlátozottságok megszűnése után: a szabadság, a piac, az életlehetőségek kitágulása, a nyitottság, a gazdagodás korlátlanágának lehetőségei. Bár az u. n. "elitőről" sok szó esik a sajtóban, életkörülményeik változásáról kevés konkrét vizsgálatról van tudomásunk, ezért saját kutatásainkból, a kis- és középvállalkozók egészségmagatartásáról és kockázataiból idéznénk egy néhány gondolatot a következőkben\*.

Az az életvitel, amire ma a "sikeresek" a siker elérése érdekében kényszerülnek, nagy intenzitást, nagy igénybevételt jelent. A civilizált korszak legnagyobb betegségét okozza ez az élettempó, amely nem véletlenül az élet motorját, a szívet és hálózatát, az érrendszert támadja meg. A magatartástudományok sok oldalról elemzik a modern vagy posztmodern korszak kockázatait, ezek: az élettempó, a hajsza, az állandó készenléti állapot, a verseny, a sokféle orientálódás és természetesen a győzni akarás.

A piacgazdaság kínálatát, a kezdeményezés lehetőségét kihasználó, feltörő, törekvő vagy feltörni akaró emberek egészsége veszélyeztetett akkor is, ha józan eszük és érdekük szerint "karbantartják" magukat. Hiszen szemben az önértékelésüket elvesztő vesztesekkel, a sikeresek önmaguk és mások számára fontosnak és értékesnek tudják magukat. Ha csupán az élettempó változását figyeljük, láthatjuk, hogy a külföldi cégeknél dolgozó menedzser 14-16 órát dolgozik.

---

\* Terézvárosi kutatás: A polgárosodás nyertesei, vesztesei. Kis- és középvállalkozók. MTA Szociológiai Intézet, 1993)

A beosztott hajdani munkatárs — önállóvá válva — saját üzletét alapozza meg, és nincs helyette más, aki a piac kockázatai és a befektetés megtérülésének bizonytalanságai okozta problémákat megoldja. Másik konfliktust és frusztrációt keltő sikerhelyzet, amikor az átmenetben önállósághoz jutó sikeres üzletembert anektálja egy világcég. Ilyenkor korábbi önállóságát feladni kényszerül, mivel ötletei a cég számára gyakran elfogadhatatlanok, kialakult hierarchiák és szolgálati utak vannak, és kérdésessé válik, hogy a frusztrációt meddig ellensúlyozza a nagy cég neve és a magas fizetés.

Bár sok nyugati minta és életvezetési modell ismert, köztük olyan külsőségek, mint a karcsúság divatja, de életvívó táplálkozási szabályok is, valamint, lelket, szellemet karbantartó lazítások és feszültség-levezetési módok. Mégis sok adaptációs feladat maradt, hiszen a felkészülés hozott tudása nem a mai teljesítményből adódott. Az értékrendszerüket a múltból örökölték, különösen igaz ez a középkorúakra, vagy az idősebbekre, akik egyébként is válságos korban (middlelife crisis) lévén, több kockázati tényezővel számolhatnak, igaz az új feladatok fel is oldhatják azokat.

Az idegi terhek szomatizálódhatnak. Míg a szocializmusban a panasz amolyan étellel együtt járó szokás volt ("lám hogy megviselt a világ"), az önmagukért felelős új sikeremberek elhárítják a betegségeket, eltitkolják a bajt. Különösen, ha pszichés problémáról van szó, mert nem mutathatnak semmi gyengeséget, sem annak látszatát, hogy nem tudnak megbirkózni a feladatokkal.

A saját felelősség a saját életért és a saját jelzőképesség, amelyik segítheti a kockázatok kikerülését, a megelőzés érdekében tudatos magatartásváltozásban is meg kell, hogy jelenjen. Ez azonban még nem vált gyakorlattá, reflexszé. A kis- és középvállalkozók között folytatott kutatás azt mutatta, hogy nem fogják fel, illetve ha felfogják, nem fogadják el a testi jelzéseket. Nem fordulnak orvoshoz, ha nincs komoly baj. Romló egészségi állapot mellett, romló egészségmagatartással élnek. Nincs benne a "kultúrában" sem a figyelem, sem az akció, hogy lépni, vagy tenni kell a baj ellen valamit. A titkolás és a disszimuláció erős, az egzisztenciaféltés miatt még jobban erősödik. Rosszullétet, betegséget letagadnak és negligálnak. A kockáztatott egészségű, sikeres vagy sikerért küszködő vállalkozók, üzletemberek, általában "piacról élő", vagy megbízásokat halmozó szakemberek, ők azok, akik vagy maguk sem veszik komolyan, vagy nem vallják be betegségüket, nehogy elveszítsék éppen megszerzett pozíciójukat, vagy nehogy gyengeséget mutassanak, bizalmatlanságot keltsenek nemcsak versenytársaikban, de saját magukban sem.

"Nincs idő" a betegségre. Míg a szocializmusban a betegség egyfajta menedék volt, valamilyen kitérés a társadalmi kényszerek és követelmények elől, most a maga kárára, maga kockázatára lesz beteg az, aki a maga felelősségére építette fel az életét. Az emberek önkizsákmányolása válik általánossá. A betegség később, súlyosabb helyzetben fogja megbosszulni a "nemtörődömséget". A nagyobb bajt csak nehezebben, "drágábban", vagy egyáltalán nem lehet majd elhárítani.

A menthetetlenül bekövetkező kudarok, vagy eredménytelenségek feldolgozása nagy próbája lesz a küzdőképességnek és a kudarcelviselésnek. Ezek "kezelési technikájában" sohasem jártak élen nemzetünk tagjai. (Lásd például az öngyilkosság sorozatokat a földigilisztával kapcsolatos csődnél.)

Ezért joggal lehet a sérülékeny csoportokhoz sorolni az újonnan feltörő vállalkozókat és menedzsereket, mert sok rizikóval terhes az életük, s bár az önvédelem elemi érdekük, és számos lehetőségük és eszközük van az önerősítésükre, az egészségügyi ellátást is magas szinten biztosíthatják maguknak, a prevenciót is elsajátíthatják, mégis az átállás sok buktatója, nem ismert csapdái, az adaptációs képességek végsőkéig való leterhelése nagy próbatételt jelentenek.

### **Mit hozott tehát a rendszerváltozás**

Van-e mód a régi nehézségek megoldására és hol jelentkeznek új ellensúlyok, régi és újfajta nehézségek.

A legnagyobb nehézségek a következők:

1. A rendszer összeomlása, mint minden összeomlás gyorsan ment végbe, az építkezés lassú folyamat.

2. A gazdaság várt prosperitása még nem indult meg, ha a növekedés megkezdődik, az is csak lassan változtathatja meg a legrosszabb helyzetű emberek és térségek helyzetét.

3. Ha a változásoknak azonnal mutatkozó pozitív társadalmi hatása lenne a test és lélek meggyógyítása, akkor is hosszú időt és nagy társadalmi, közösségi és egyéni erőfeszítések összpontosítását igényelné. Amit a korábbi időszak rontott az emberi életéken, ha csak a két és fél évtizedes látható romlásra gondolunk is, azt néhány év alatt még egy jól prosperáló gazdaság sem képes kijavítani, nemhogy válságokkal küzdő, rossz gazdasági feltételekkel jellemezhető helyzetben erre számítani lehetne.

Ezért — éppen a tömeges romlást tekintve — a népegészségi állapot közeli javulására nem lehet számítani, és erre sem a törekvések, sem az eszközök nem látszanak. Talán erős romlással kell számolni, és csak remélni lehet, hogy nem lesz túl hosszú ennek a nehéz átmenetnek az ideje.

Melyek az átmenet jellemzői?

\* Megmaradnak a szocialista rendszer szegényei, emellett a szegénység szélesebb körre terjed ki (Andorka, 1996. Ferge 1996). A szegénység részben abszolút értelemben — tehát a korábbi helyzetükhöz képest — rosszabb lesz, részben relatíve is romlik, mivel az erősen gazdagodó csoportokhoz képest élesen és láthatóan leszakadnak ezek a rétegek.

\* A társadalom korábbi áldozatainak, rétegeinek helyzete szinte "genetikussá vált" örökségnek tűnik és "felfelé" is terjed. A rendszer összeomlása a szó szoros értelmében maga alá temette mindazt, amit a szocializmus a gazdasági célszerűséggel szemben erőszakosan fenntartott (nehézipar, mezőgazdasági nagyüzemek, elavult iparágak, nagy bürokráciák), ami a kereső népességnek több mint az egyharmadát érintette egzisztenciálisan. Emellett a piaci eszközökkel nem rendelkező, a piacon életképtelen rétegek is bekerülnek a korábbi hátrányos rétegek közé: ez a

rendszer váltás egyik áldozathozatala. Rájuk a létalapvesztés, egzisztenciális bizonytalanság a jellemző.

\* Nehezednek az adaptációs feladatok, hiszen minden elemében újfajta világot kell "megtanulni", ez különösen terhelő nehéz gazdasági és társadalmi helyzetben, de kemény feladat még a sikeresek számára is, ahogyan új fogalmakat, intézményeket, működési módokat, megélhetési lehetőségeket kell újra tanulni.

\* Összeomlott az is, ami a rendszer jellegének, nevének és eszméjének fémjelzését jelentette és amit létének igazolása érdekében külön ráfordításból támogatott (szociálpolitika, egészségügy, kultúra).

\* Az államháztartási reform ugyancsak a leggyengébb ellenállás irányába keresi az egyensúlyhoz szükséges hiányok mérséklését, a pazarlást elsősorban a szociális és egészségügyi szférák túlköltekezésében látja.

\* A gazdaság hanyatlása, az intézmények átalakulása és/vagy összeomlása, a szabályozók kidolgozatlansága anarchikus állapotokat hozott létre, amelyben az erőszak, a hatalomközelség, olykor maffiaszerű erők összefonódásának felülkerekedéséhez vezetett.

\* Elindultak olyan folyamatok, amelyek a szándékok ellenében hatnak, kormányozhatatlanná váltak, s a hatalom és pénz közelségében élőknek előnyös. A piacgazdaságra való áttérés ideje nem a gyengéknek és az elesetteknek kedvez.

\* Az anyagi javak újraelosztásában és az új gazdasági erőforrásokat kisajátítók küzdelmeiben az erő pozíciója érvényesül. A központi hatalom megszűnése után létrejött, sokszor anarchikus viszonyok különösen kedveznek az erőszakos, hatalomösszpontosító vezetőknek, akik a kontrollt és ellentmondást nem viselik el. A folyamat különössége, hogy mindez demokratikus feltételek között történik az átmenet idejében. A csaknem korlátlan hatalom magyarázata, hogy a korábbi központi ellenőrzés megszűnt, a társadalmi kontroll még kiépülőben van, külső rendszabályok még nem kötnek, belső erkölcsi szabályok nem alakultak ki, tanulatlan még a demokrácia, a többség könnyen kezelhető, manipulálható, különféle eszközökkel olykor megvásárolható vagy megfélemlíthető. Az újonnan fellépő diktatórikus hatalmi erők építhetnek a szocializmusban kialakult testületi szellemre, ahol engedelmességhez, parírozáshoz szoktak, és ellentétként megfelelő jutalomhoz juthattak. Mindez az erőszakos hatalomszerzés és hatalomkoncentráció számára ideális helyzetet teremt. A frusztráció és csalódás a várt helyzethez képest a jellemző azoknál, akik lassabban, így későn, vagy egyáltalán nem képesek kiemelkedni. Az ő létük, több értelemben is veszélyeztetett.

\* Az új tőke működése — legyen az akár a hazai új, akár bejövő külföldi tőke — természete szerint gyors megtérülésre és gyarapodásra törekszik, és ebbe se munkásvédelem, se humán elvek, se szociális felelősség nem fér bele. A tőke megszerzéséhez és gyarapításához sokszor tisztátalan utak vezetnek, gyakoriak a kezdeti szakaszban a durva, antiszociális, embernyúzó módszerek.



\* Jó irányú változás, hogy sokrétűbbé válnak a megélhetés forrásai, mód van többféle kezdeményezésre, viszont a társadalmi gazdasági válság miatt szűkülnek, majd romlanak az esélyei az új kisvállalkozóknak. A nagy nehézségekkel küzdő, válságot kezelni nem tudó gazdaságpolitika ez idő szerint nem tud szélesebb társadalmi rétegnek segíteni a kiemelkedésben.

Sokféle társadalmi, gazdasági és politikai csoport között alakul ki differenciálódás. A korábban ismert különbségeket újfajta különbségek egészítik ki. Nagy törés van az üzleti és a költségvetési szférában dolgozók között. Az utóbbin belül is nőnek a szakadékok. A kapitalizálódás hatalmas anyagi eszközökkel létrehozott mamutintézményeinek (bankok, privatizációs intézmények, úgynevezett közszolgálati média, állami vállalatok stb.) fizetései, és az alacsony szinten tartott tanári, nem piacképes értelmiségi, orvosi, mérnöki fizetések között.

Az elszaladt jövedelemarány roncsolja a társadalom szövetét, hamis önértékelést, csak a pénz dimenziójában kifejezett értékek túlsúlyát hozza magával. Az önértékelés mindkét oldalon torzít, az óriási jövedelemhez jutottak elhiszik hogy értékesebbek, a kis fizetésből élő szakmák, értelmiség csoportjainak pedig önértékük csorbát szenved.

### ***Korok és rendszerek összecsúsása***

A változás magával hozta, hogy a civilizáció és a kultúra fejlettségi különbségei egyszerre vannak jelen és együtt hatnak. A mai magyar — de lehet mondhatni — közép-európai társadalom egészségkockázatát nem lehet egyértelműen világtájak szerint besorolni, de nem lehet ipari fejlettségi mutatók alapján sem. A modernizálódás típusa sem ad egyértelmű magyarázatot arra, hogy mi is történik most ebben a térségben. Nem lehet társadalmi fejlettségi sémákba se sorolni, hiszen sok kockázat a premodern, sőt preindusztriális állapotból ered (a csatornázás hiányából, az egészségtelen ivóvízből, az alacsony higiénias viszonyokból), más a XIX. századi füstös ipar, a szocialista autarkiót megvalósítani akaró létesítményeinek következménye (északi iparvidék, budapesti légszennyeződés), míg újabb bajok a posztindusztriális világ általános veszélyeiből adódnak (Csernobil, sugárveszély, kemikáliák, savas eső, üvegházhatás) vagy a legfejlettebb technika következményei.

A társadalom átalakulásából következő kiszolgáltatottsági típusok is változatos korokat egyesítenek: a társadalom okozta lelki bajok között egyaránt szerepet játszik a feudális hierarchikus viszonyokból eredő társadalompszichológiai terhelés, mint a szocializmus idején kialakult, tovább élő viszonyok elviselése, illetve a poszt-szocialista megrázkódtatás, amelyben a prekapitalista és posztmodern elemek egyszerre vannak jelen, s megjelennek tárgyakban, munkában, élet- és emberi viszonyokban.

Mit tehet ebben a társadalmi helyzetben mégis a népegészség politikája?

### **Mi történik és mi történhetne a népegészség óvásáért ?**

Lehet-e vagy van-e szó stratégiáról? Nincs ilyenről tudomásunk, de ettől függetlenül elképzelhető. E rövid leírásból remélhetőleg kiderült, hogy nincs "általános egészségi állapot", az

átlagok az országos tendenciát mutatják, ezekre az átlagmutatókra azonban nem lehet mindenkire egyaránt érvényes egészségügyi stratégiát építeni. Első világháborús anekdota, amikor a kórházparancsnok jelenti a tábornoknak: "meghalt hat ember, felvettünk 21 sérültet, az átlagláz ma a kórházban 37.4 fok."

Láttuk a veszélyeztetett társadalmi és demográfiai csoportokat, a kockázatos régiókat, a települési lépcső különbségeit, az azonos fővárosi és városi településen élő társadalmi szegregáció egészségügyi eltéréseit. Látható, hogy a múlt terhei hogyan válnak a jövő kockázatává a gyerekeknél, hogy régi és megoldatlan bajok, még új nehézségekkel elegyednek, ismeretlen szituációkban a gyengék is nehezen, az erősek is sok kockázattal keresik biztonságukat és helyüket. Újfajta versenyhelyzet, versenykényszer alakult ki; nyitottság nyugat felé és kelet felől; ismeretlen állapot a munkanélküliség, a magántőke működése — ami a tőke természete szerint, mégis többeket meglepő módon viselkedik —, és a piac, amely olykor meglehetősen torz módon igazolja, hogy "nincs se esze, se szíve". Az új helyzetben a küzdelemre különösen alkalmatlanok a szocialista rendszerben eleve kidolgozatlan egyéni és közösségi védekezési és kiegyensúlyozási módok és stratégiák.

Kevés olyan egészségügyi terület van, ahol ennyire mélyen átgondolták és kidolgozták volna, hogy mit lehetne és kellene tenni a népegészségügy javítására. Mégis kevés az olyan terület, ahol ennyire diffúz álláspontok és eltérő törekvések lennének az utópiától az aufklerizmuson keresztül a beavatkozó gyakorlatig.

Az egyik tipikus példa az 1080./1994 Kormányhatározat a hosszú távú egészségfejlesztési politika alapelveiről. Csak a nemzeti programból idézünk öt pontot:

"öt nemzeti cél megvalósulására irányul:

- a) a lakosság mind nagyobb része vallja, hogy az egyik legfőbb emberi érték az egészség, és ezzel egyidejűleg el kell érni, hogy a döntéshozók mind a jogalkotásban, mind a költségvetésben kiemelt jelentőséget tulajdonítsanak a lakosság egészsége javításának.
- b) a betegségmentes éveket legalább 55 évre kell kiterjeszteni.
- c) a születéskor várható élettartamot férfiaknál legalább 67, a nőknél legalább 75 évre kell meghosszabbítani.
- d) a különösen jó és a különösen rossz szociális körülmények között élő lakosság születéskor várható élettartama nem mutathat 8 évnél nagyobb különbséget.
- e) a halálozások és az elveszületések közötti különbséget jelentősen csökkenteni kell az elveszületések javára."

A kérdés csak az, mivel és hogyan. S hogy a "kell" imperatívuszához milyen eszközök adódnak. Az út természetesen az ismert rossz szokások, a felvilágosítás útja, a helyes életmód megváltoztatásán keresztül vezet, és a kormány összehangolt akarata kell hozzá.

\* Van, hogy külföldi modellek átvételére kerül sor, s hitelekkel, kölcsönrel támogatva vagy anélkül kiemelt programok indulnak. Mindig az átültetés lehetősége dönti el a legjobb, sőt a legjobban bevált programok honi érvényesülését. Ahogyan a tudományosan előkészített szervtranszplantáció esetében, úgy a külföldi megoldások átvételére is igaz, hogy a szervidegen testet kilöki az immunrendszer. Az egészségóvó, egészség-megelőzési programok sokszor tipikus középosztálybeli életvitelre, magatartásértékekre és viselkedésmódra építenek. Sikeres amerikai tapasztalatok esetében a sikertelenség oka kettős: egyrészt, mert 19. századi munka-, települési, higiéniai és egészségügyi viszonyok között élő társadalmi csoportokra 20. század végi recepteket adnak; másrészt, mert közép és felső osztályokra kitalált, másutt eredményes módszerekkel és normákkal akarnának meggyógyítani olyan rossz egészségi állapotú csoportokat, amelyek megközelítően sem rendelkeznek középosztályi, különösen nem a nyugat-európai középosztály feltételeivel. Az előbbiekhöz képest csekély elcsúszás valóságtól és ideáitól, hogy az Amerikában bevált módszereket be lehet-e ültetni más kultúra, más szokásrend, más társadalmi, anyagi, történelmi feltételek között élő emberek életébe.

\* Van, hogy az egyéni életkockázatok önerőből történő megváltoztatását ajánlják. Nem kétséges, hogy az alkohol "öl, butít és nyomorba dönt", "a dohányzás káros az egészségre", a táplálkozásnak alapvetően meghatározó szerepe van ("ételünk az életünk"). A rossz szokásokkal kapcsolatban azonban sem mélyebb okkeresés, sem a társadalommal, egészségüggyel legalábbis megosztott felelősség nem vagy alig került szóba. A sokszor kritizált "büntetni az áldozatot" módszer és szemlélet látszik itt felülkerekedni. Felelőssé tenni a szegényt a szegénységéért, a beteget a betegségéért, a munkást a rossz gazdasági szerkezetért vagy a gazdaság működési zavaraiért. Nem ismeretlen gondolkodásmód: a szenvedő válik bűnbakká, az áldozat kerül vád alá.

Az egyénre hárított felelősség eredménytelen ilyen társadalmi körülmények között, amikor épp azok a feltételek maradnak meg, amelyek kényszerhelyzetekbe szorítják az embereket, s amelyek mellett változtatásra a beszűkült életviszonyok mellett gyakorlatilag alig van lehetőség. Ehhez kapcsolódik még a társadalom domináns köreiből egyre jobban eluralkodó szociális érzéketlenség.

Van, hogy egy tünetre vagy egy okra szűkülnek le az akciók azzal, hogy annak a megoldása hozza magával valamennyi kockázati feltétel kiküszöbölését. Hiányzik a multifaktoriális rendszerben való gondolkodás és az összefüggések egymásraépülésének szemlélete. Emellett frusztráló, amikor rossz anyagi helyzetben lévő embereknek — ahol a helyzet elviselése mellett, még a változtatás akarata is gyenge — elemi szükségletet vagy elemi élvezetet jelentő szokások megváltoztatását diktálják.

Egy példa a táplálkozásról:

A táplálkozás sok összefüggése nem negligálható:



monitorozási információs rendszer kiépítése lenne ésszerű, amely követni képes a társadalmi és egészségügyi változások dinamikáját, és elemezni tudja a szükséges változtatások és beavatkozások hatását.

A program kidolgozásához első lépésként elengedhetetlen a szembenézés a tényekkel, a források felmérése és a szükséges források és együttműködésre kész intézmények megszervezése, az alkalmazható és hatékony eszközök számbavétele, és világosan kijelölhető feladatok (prioritások) meghatározása.

Eredménye csak akkor várható, ha nem csupán a népegészségügyi szakma, hanem a széles értelemben vett társadalmpolitikai döntéshozó és végrehajtó intézmények — köztük a produktív ipar is — részt vállal a felelősségben, és széles társadalmi együttgondolkodással és együttműködéssel képesek vagyunk megtalálni a közös cselekvés módját, ütemét, és elfogadni, megvalósítani a prioritásoknak megfelelő feladatokat.

A beavatkozásokat és különféle programokat állandó hatásvizsgálat alá kell vetni, hogy eredményeiket, vagy mulasztásaikat állandó monitorozás kísérje, mérje és — ha szükséges — korrigálja.

Szélesebb értelemben vett társadalmpolitikára, regionális fejlesztésre (kooperatív munkaerő-politikára, iskolapolitikára) lenne szükség. Társadalmi és természeti környezetet építő politikára, mivel csakis ezeken keresztül alakítható ki egy koncentrált, egészség javítására is ható egészségpolitika.

Nagy a kockázata annak, hogy a társadalmi szakadékok, amelyek a megbetegedésekben oly nyilvánvalóak voltak, az egészségügyi ellátásban is kifejeződik majd, hogy megfeleljen a gazdagokat és a szegényeket elválasztó nagy különbségnek, ami a régről ismert kettős rendszer kialakulását készítheti elő. A korábbi kis részben privilegizált ellátást most jelentős gazdasági erők húzzák a maguk számára magas szintű ellátás irányába, hogy megfeleljen a felső osztályok életnívójának. A rossz állapotban lévő tömegeknek pedig legyen elég a "szükségleteinek megfelelő", tehát az egészségügyi hatalom döntését követő ellátási forma, a "fapados" színvonallal. Hiszen szegény az egészségügy, másra nem telik.

Egyet kell érteni Józán Péterrel (1994), aki azt írja, hogy

"a halandóság csökkentését tekintve sürgősebbek a tennivalók, mint bármely más területen és rendkívüli erőfeszítésre van szükség ahhoz, hogy ebből a válságból kilábaljunk... A feladat meghaladja a Népjóléti Minisztérium illetékességét, ez tárcaközi együttműködést igényel. Ez csak úgy képzelhető el, ha megvan a politikai akarat és — mivel stratégiai célról van szó — kívánatos, hogy ez közmegegyezésen alapuljon... Nagy erőfeszítést kell tenni, hogy még jó körülmények között is elinduljon a javulás. A lehetőség úgy lesz valóság, ha a politikai vezetés belátja, hogy ez igen költséges vállalkozás... ezért is jól informált társadalomnak kell határozni, hajlandó-e egyéb igények rovására elsőbbséget adni az egészségi állapot javításának, illetve mennyit kíván erre fordítani."

A szükséges stratégia ez idő szerint hiányzik. A megoldást azonban nem lehet a korábbi szocialista módon elképzelni. Közös gondolkodásra van szükség, de nem úgy, hogy egy központ kezében van minden lehetőség. A plurális világ feltételei között ez kevés. Az érdekelt szereplők — önkormányzatok, önvédelmet kidolgozó kis csoportok, sokféle ön- és egymást védő szervezet — együttműködésére van szükség.

Eleve kudarcra van ítélve bármilyen nagy horderejű, szükséges és hasznos koncepció, ha a társadalmi együttműködés elmarad és pártpolitikai vagy lobbyérdekek határozzák meg a megoldás célját és módját. A népegészségügy bármilyen kis lépéséhez, csak komoly társadalmi felhatalmazással lehet hozzáfogni.

A stratégia — minden érdekelt bevonásával együtt — közösen dolgozható csak ki, a napi politikán felülemelkedve. Közeli megoldásokat és hosszú távú célokat kell kitűzni, állandó kontrollal szembesítve az eredményeket. A helyzet nagyon súlyos, a változás nagyon lassú lesz, mégis vagy éppen ezért, minden erőt érdemes lenne erre összpontosítani.

## IRODALOM

- 11/1994. (XI. 23) Korm. Határozat a Kormány egészségügyi cselekvési programjáról, *Népjóléti Közlöny*, decemberi különszám
- Ajánlások az egészségügy szerkezetének átalakítására megyénként és a fővárosban. Megyetanulmányok és javaslatok, *Bp. Népjóléti Minisztérium*, (1995)
- Az államtalanítás dilemmái: szociálpolitikai kényszerek és választások, *Bp. Aktív Társadalom Alapítvány*, 1995
- ANDORKA R.- SPÉDER ZS. (1996) A szegénység Magyarországon 1992-1995, *Esély*, 4. pp.25-52
- ANDORKA R. és társai (1988) A társadalmi környezet, az életmód, az interperszonális kapcsolatok hatása a lakosság egészségi állapotára, *Az MTA számára készített beszámoló, sokszorosított.*
- ANTAL Z. L. (1986) *Beteg utak.*, Medvetánc. 4.sz.
- ANTAL Z. L. (1995) A gyógyítás társadalmi beágyazottsága. *Szociológia I.*
- ARBEN, S. (1987) Social Class, Non-employment, And Chronic Illness, *British Medical Journal* 294. pp.1069-1073
- Bíztató. "Őrizd meg jól az életed", *Bp. Akadémiai Kiadó*, 1988
- BOJÁN F.- VARGÁNÉ HAJDU P.- BELICZA É.(1991) Az elkerülhető halálozás tendenciái Magyarországon és szerepe a lakosság idő előtti halálozásában, in: *A népegészségügy időszerű kérdései '91* pp.48-79
- BUDA B. (1994) Egészségügy, prevenció, lelki egészségvédelem, in: Buda B.: *Mentálhigiéné. A lelki egészség társadalmi, munkaszervezeti, pszichokulturális és gyakorlati vetületei*, Bp. Animula pp.164-180
- BUDA B. (1992) Az alkoholológia új távlatai. Utak az alkoholproblémák megértéséhez, megelőzéséhez és korai kezelésbeviteléhez. (szerk. Török T.), *Bp. Alkoholizmus Elleni Bizottság*
- BÜCHELE, H. (1991) Keresztény hit és politikai ész, *Bp.- Luzern, Egyházforum*
- CREED, F. (1981) Life Events And Appendicitomy, *Lancet* pp.1381-1385

- CREED, F. (1985) Life Events And Physical Illness: a review, *Journal of Psychosomatic Research* 29. pp.113-124
- COCKERHAM, W.C. (1978) Medical Sociology, *Prentice Hall, Inc. Engle Wood Cliffs. New Jersey.*
- CSABA KÁROLY (1997) A főváros lakosságának egészségi állapota 1996-ban. *Budapesti Közegészségügy, 29.2.sz.*
- DARÓCZI E. (1993) Urban/rural disparities in male surmortality in Hungary, *Ann. Univ. Sci. Bp. Rolando Eötvös Nom., Sect. Geogr., 22-23.* pp.363-372
- DARÓCZI E. (1994.) A halandóság területi eltérései Magyarországon, kandidátusi disszertáció, *Bp. MKKE*
- Demográfiai évkönyv 1994, *Bp. KSH, (1995)*
- DOHRENWEND, B.S. - DOHRENWEND B.P. (1981) Stressful Life. Events And Their Context, *New York, Product*
- DUBOS, R. (1980) Man Adapting, *New Haven, Yale University Press*
- Egészségbiztosítási évkönyv 1994, *Bp. OEP, (1995)*
- Az egészségügyi ellátás modernizációja. Tervezet (kész. Lépes P. irányításával Balogh S. et al.) *Bp. Népjóléti Minisztérium, 1995*
- Egészségügyi helyzet és reformok a fejlett piacgazdaságokban és Magyarországon, *Bp. KSH, 1996*
- Előterjesztés a Kormány részére az egészségügyi reform koncepciójáról és az 1992. évben bevezetésre kerülő változásokról, *Bp. Népjóléti Minisztérium, 1991*
- FALUSSY (szerk.)(1994)A magyar társadalom életmódjának változásai az 1976-77., 1986-87. És az 1993. Évi életmód - időmérleg felvételek alapján. I. A társadalmi idő felhasználása, *Bp. KSH,*
- FALUSSY B. (szerk.)(1995) Az ifjúság életkörülményei, *Bp. KSH*
- FARKAS I. (1994) A daganatos halálozás helyzete Magyarországon, *Bp., Magyar Tudomány 5.*
- FEACHEM R. (1994) A lakosság egészségügyi állapotának hanyatlása Kelet-Európában, *Nature, Vol. 36 pp.7-27. (közli: Népegészségügy 1995./4. pp.187-188.*



- FERBER, v. Chr (1975) *Soziologie für Medizinen*, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.
- FERGE ZS. (1996) Magyar szociálpolitika, 1995, *Magyarország politikai évkönyve 1995-ről (szerk. Kurtán - Sándor - Vass)*
- FODOR I. (1992) Mennyit ér az ember egészsége? A környezeti eredetű betegségek gazdasági kára és a fenntartható gazdasági fejlődés, *Környezet és Fejlődés*, 4-5. pp.84-87
- Foglalkoztatottság és kereseti arányok 1993-1995. Munkaügyi adattár, Bp. KSH, 1996
- FUCHS, V.R. (1974) *Who Shall Live? Health Economic And Social Choice*, New York, Basic Books.
- FÜZESI ZS. (1993) Environment, Work And Health, A current perspective for the future. *Journal of Occupational and Environmental Health Policy*. Dec.
- GÁRDOS É. (1995) A fiatalok egészségi állapota és szociális helyzete. Bp. KSH, *Az ifjúság életkörülményei* pp.163-178
- GRAETZ, B. (1993) Health E Of Emloyment And Unemployment Longitudinal Ecidence For Young Men And Women, *Social Science And Medicine*, 36. pp.715-724
- GYURKOVICS I. (1996) Kardiovaszkuláris betegségek és kockázati tényezők miatt 10 éven át folytatott háziorvosi gondozás eredményei és tapasztalatai, *Népegészségügy*, 2. pp.13-20
- HARGITAI S. (1991) Gondolatok az ember, a társadalom és az egészségügy kapcsolatáról, *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 4. pp.209-213
- HERZLICH, C.- PIERRET, J. (1984) Malades d'hier malades d'aujourd' hui. De la mort collective au devoir de guérison, *Paris, Payot*
- HOFFER G.-BOJÁN F. (1996) A magyar lakosság romló halandóságáról közzétett elemzések a hazai szakmai és közéleti irodalomban, valamint a politikai, egészségpolitikai és kormányzati dokumentumokban Magyarországon, *Népegészségügy*, 3. pp.44-48
- Ifjúságstatisztikai adattár 1993, Bp. KSH, 1995
- JAKABFI P. - SIMON A. (1996) A csecsemőkori hirtelen halál szindróma (sids) rizikófaktorainak klinikai epidemiológiai vizsgálata, *Népegészségügy*, 4. pp.20-22
- JÓZAN P. (1995) Több évtizede tart a demográfiai apály (a riportot készítette Neumann Ottó), *Magyar Hírlap*, 160. 11.p.

- JÓZAN P. (1994) Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években, *Statisztikai Szemle*, 1. pp.5-20; 2. pp.101-113
- JÓZAN P. (1994) A halálozási viszonyok alakulása Magyarországon. 1980-1992 (Halandósági vizsgálatok), *Bp. KSH*
- JÓZAN P: (1991) A halálozási viszonyok főbb jellemzői Magyarországon és azok nemzetközi vonatkozásai az 1980-as években, in: *A népegészségügy időszerű kérdései '91* pp.8- 20
- JÓZAN P. (1991) Some features of mortality in postwar Hungary. The third epidemiological transition, *Research Review*, 4. pp.127-137
- JÓZAN P. A budapesti halandósági különbségek ökológiai vizsgálata 1980-83-ban, *Bp. Demográfia*, 2-3.sz.
- KAMENICZKY I. (szerk.)(1995) Egészségbiztosítás alulnézetben ötezer család megkérdezése alapján, *Bp. OEP*
- KEMÉNY CS. - VARGÁNÉ P. - HOFFER G. - BOJÁN F. ( 1995) A szegénység és az egészség epidemiológiai összefüggései. *Népegészségügy* 76. 47. pp 47- 56.
- KERTAI P. (1993) A népegészségügy prioritásai Magyarországon az ezredfordulóig, *Lege Artis Medicinae*, 8. pp.758-769; 9. pp.850-863
- Ki őrzi egészségét?, *Bp. NEVI*, 1993
- KINCSES GY. (1994) Drága egészségünk. Az egészségügy gazdasági kérdései - a magyar modell, *Bp. Praxis Servis Kft.*
- KINCSES GY. (1994) A magyar egészségügy átalakításának társadalmi-gazdasági peremfeltételei, *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 6. pp.680-692
- KINCSES GY. (1993) A gazdaságosság kérdése az egészségügyben - a magyar implementáció lehetőségei, *MOTESZ magazin*
- KINCSES GY. (1993) A magyar egészségügyi reform makrokörnyezete, célrendszere és megvalósításának lépései, *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 3. pp.215-238
- KINCSES GY. (1993) Reformok az egészségügyben, *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2. pp.157-153
- KINCSES GY. (1992) Az egészségügy átalakításának feladatai 1992-1994, *Lege Artis Medicinae*, szeptemberi melléklet

- KLINGER A. (1987) A halandóság társadalmi különbségei, *Demográfia*, 30., pp.240-272
- KOPÁTSY S. (1995) Van kiút! Bp. *Belvárosi Könyvkiadó*
- KOPP M.-SKRABSKI Á. (1992) Magyar lelkiállapot, Bp. *Végeken Alapítvány*
- KOPP M.-SKRABSKI Á. (é. n.) Behavioural sciences applied to a changing society, Bp. *Gödi Print Kft.*
- KOPP M.-SKRABSKI Á. (1996) A magyar lelkiállapot az átalakuló magyar társadalomban, Bp. *Századvég (ősz)*
- KOPP M.-SKRABSKI Á. (1997) Az országos reprezentatív morbiditási felmérés eredményei, Bp. *Kapu 2.*
- KOPP M. (1997) A reménytelenség szerepe a betegségek létrejöttében, Bp. *Kórház 3.*
- KOPP M.-SKRABSKI Á. (1997) A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében, Bp. *Lege Artis Medicinae* 7. pp.136-144
- KORNAI J. (1996) Vergődés és remény. Gondolatok a gazdasági stabilizációról és a jóléti állam reformjáról, Bp. *Közgazdasági és Jogi Kiadó*
- KOVÁCS I. - NAGY T. (1997) A kiskorúak sértetté válásának tapasztalatai Jász-Nagykun-Szolnok megyében 1990-1995 között, Bp. *Család, Gyermekek, Ifjúság* 2. pp.30-31
- KÖVESI E. (1996) Orvosi etika és gazdaságosság - összefüggés-e vagy ellentmondás?, *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 5. pp.463-467
- LACZÓ F. (1997) Kifelé vagy befelé ?, *HVG*, 34. pp.34.48.
- LAKI L. (1993) Munkanélküliség és ifjúság, *Info-társadalomtudomány*, 26. pp.51-56
- LAKI L. (1992) A fiatal munkanélküliek helyzetének néhány jellemzője, *Esély*, 6. pp.105-115
- LAMM GY.- KISHEGYI J. (1996) A magyar falusi lakosság kardiovaszkuláris egészségi állapota - változások három évtized alatt, *Népegészségügy*, 1. pp.22-26
- LÉDER L. (1997) A munkanélküliség interdiszciplinális megközelítése, Bp., *Végeken* 8. pp. 4-15
- LOSONCZI Á. (1989) Ártó-védő társadalom. Ahogy a társadalom betegít és gyógyít, Bp. *Közgazdasági és Jogi kiadó*
- LOSONCZI Á. (1986) A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben, Bp. *Magvető*

- MAKARA P. (1994 / a) Váltás a modern egészségügyi gondolkodásban. Egészségmegőrzés, egészségvédelem: van-e esély? in: *Szociális munka és egészségügy. Tanulmányok.* Bp. Szociális Munkások Magyarországi Egyesülete pp.42-57
- MAKARA P. (1994/ b) The Effect of Social Changes of the Population; Way of Life and Health. The Hungarian Case Study. In: *Economic Change Social Welfare and Health in Europe.* WHO R. P. *Europaen Series No. 54 pp. 77- 94*
- MAKARA P. (1994 / c) Policy Implication of Differential Health Status in East and West Europe. The Case of Hungary. *Soc. Sci. and Med.. Vol. 39. No 9. Pp 1295-1302 Pergamon*
- MÁRK L.- SZIMONDÁN GY.- KONDACS A.- DELI L. (1996) Mortalitás, ischaemias szívbetegség rizikófaktorok és a munkanélküliség vizsgálata Békés megyei községekben, *Népegészségügy, 2.* pp.5-12
- MECHANIC, D. (1968) *Medical Sociology, New York, Free Press.*
- MIKOLA I. (1996) Merre tart az egészségügyi ellátórendszer. (Kézirat.)
- MILTÉNYI K. (1992) Népesedéspolitika és a legújabb változások Magyarországon, *Demográfia, 1.* pp.124-130
- MOLNÁR L. (1992) Az egészséges élettartam Kelet-Közép-Európában, *Lege Artis Medicinae, 9.* pp.894-897
- MOSER, K.A.- FOX, A.J.- JONES, D.R. (1984) Unemployment and Mortality in England, *The Opse Longitudinal Study, Lancet pp. 1324-1328*
- Munkaképesség csökkenés, a neurózis és depresszió tüneti képe, alkoholfogyasztás, fokozott gyógyszerfogyasztás, dohányzás, magatartászavarok, öngyilkossági magatartás (kész. Kopp M. és Skrabski Á.) Bp. *Px Informatikai és Humán Kockázatokat kezelő Kft - SOTE Pszichiátriai Klinika, 1990*
- A népegészségügy időszerű kérdései '91 (szerk. Boján F. és Kertai P.), Bp. *Literatura Medicina Kft., 1991*
- Népegészségügyi Tudományos Társaság (NETT) ötödik nagygyűlése: Szeged, 1996.április 25-27.: Előadások összefoglalói Bp. *NETT, 1996*
- Népjóléti statisztikai évkönyv 1995, Bp. *KSH, 1997*

- OROSZ É. (1992) Egészségügyi rendszerek és reformtörekvések, *Bp. Politikai Tudományok Intézete Alapítvány*
- OROSZ É. (1993) A magyar egészségügy területi egyenlőtlenségei, In: ENYEDI Gy. (szerk.) Társadalmi-területi egyenlőtlenségek Magyarországon. KJK. Budapest, 231-255 old.
- OROSZ É.- TERESA J.HO (1995) Az egészségügy reformja Magyarországon in: *Az államtalanítás dilemmái* pp.113-126
- Országos Egészségbiztosítási Pénztár. Statisztikai tájékoztató. 1995. I. Félév, *Bp. OEP*, (1995)
- OLLÓS G. (1989) Szennyvíz és környezet, in: *Sorskérdéseink* pp.159-170
- ÖLLŐS G. (1989) Mindennapi ivóvizünk, in: *Sorskérdéseink* pp.145-157
- PIKÓ B.- BARABÁS K. (1996) A pszichikai közérzet felmérése epidemiológiai vizsgálatokban, *Népegészségügy*, 1. pp.9-13
- RÁCZ J. (1993) A fiatalok életmódja, egészségi állapota és devianciája közötti összefüggések, *Info-Társadalomtudomány*, 26. pp.21-28
- SAGAN, L. A. (1987) The health of nations. True causes of Sickness and Well-Being, *New York, Basic Books, Inc., Publishers*
- SIMONYI Á. (1995) Munka nélkül: családi alkalmazkodási stratégiák és hiányuk, in: *Az államtalanítás dilemmái* pp.94-112
- Sorskérdéseink (szerk Csató É. és Szentgyörgyi Zs.), *Bp. Akadémiai Kiadó*, 1989
- SPIELMANN J. (1984) Betegség, orvoslás, társadalom. Az orvosi pszichológia vázlat, *Bukarest, Kriterion*
- Statisztikai adatok Magyarország 1994. évi egészségügyi és szociális helyzetéről. II. Epidemiológiai adatok, *Népegészségügy*, 1995. 6. pp.14-29
- Statisztikai évkönyv 1994, *Bp. OEP*, 1995
- Statisztikai évkönyv 1993, *Bp. ONYF - OEP*, 1994
- Statisztikai évkönyv 1992, *Bp. OTF*, 1993
- SZABÓ A. F. (1990) Társadalom, népesedés, politika *Bp. Magvető*
- SZALAI J. (1986) Az egészségügy betegségei, *Bp. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó*

- SZALAI J. (1990) Korai kivonulás a munkahelyről. A korhatár elérése előtti nyugdíjazás társadalmi háttérééről, *Szociálpolitikai Értesítő*, 3. pp.7-23
- SZALAI J. (1990) Néhány gondolat a szegénységről és a létminimumról, in: *Társadalmi riport 1990* pp.418-428
- SZALAI J. (1991) Néhány megfontolás egy válságkezelő szociálpolitikai program társadalombiztosítási vonatkozásaihoz, *Esély*, 4. pp.134-148
- SZALAI J. (1992) A társadalombiztosítás érdekviszonyairól, *Szociológiai Szemle*, 2. pp.27- 43
- SZALAI J. (1992) Child Poverty And Deprivation In Industrialized Countries: The Hungarian Case, *Florence, Unicef Occasional Papers*.
- SZALAI J. (1994) New Challenges For Social Policy On An International Scale: Some Thought On Hidden Aspects Of Poverty, *Genf, ILO*, in: *Visions Of The Future Of Social Justice* (ed: Michal Houseenne)
- SZELÉNYI I. (1992) A poszt-kommunista átmenet társadalmi konfliktusai, *Bp. MTA Politikai Tudományok Intézete*
- TAHIN T.- JEGES S.- CSANAKY A. (1993) Az egészségi állapotot és az orvoshoz fordulást befolyásoló demográfiai és társadalmi tényezők, *Demográfia*, 4. pp.427-453
- TARDOS M. (1995) Mi okozta Magyarország jövedelemtermelő képességének zuhanását és mi a teendő?, *Kritika*, 7. pp.36-39
- Társadalmi helyzetkép, *Bp. KSH*, 1996
- Társadalmi riport 1990 (szerk. Andorka R., Kolosi T., Vukovich Gy.), *Bp. TÁRKI*, 1990
- Társadalombiztosítási körkép, *Bp. OTF*, 1991
- TARDOS K. (1995) Tartós betegek kivonulása a munkaerőpiacról, *Esély*, 2. pp.71-81
- Területi halandósági táblák. 1988-1994 *Bp. KSH*, 1996
- TOFFLER, A. (1993) Hatalomváltás. Tudás, gazdaság és erőszak a XX. század küszöbén, *Bp. Európa kiadó*
- TÓTH I. (1992) A magyar lakosság kedvezőtlen egészségi állapota és a kedvező irányú társadalmi- gazdasági átalakulás esélyei, doktori értekezés, *Bp. BKE*
- TOWNSEND P.D. (1988) *Inequalities In Health*, London, Penguin.

- VALKOVICS E. (1994) Néhány gondolat a halálokok szerinti és az egyes halálokok feltételezett kiküszöbölésén alapuló halandósági táblákról, *Bp. KSH*
- VARGÁNÉ HAJDU P.- BOJÁN F. (1996) Területi egyenlőtlenségek Magyarországon az egészségi állapot társadalmi és környezeti háttérében az 1990-es népszámlálási adatok tükrében, *Népegészségügy*, 3. pp.3-29
- VARGÁNÉ HAJDU P.- BELICZA É.- BOJÁN F. (1991) Az idő előtti halálozás megismerésének újabb lehetőségei, in: *A népegészségügy időszerű kérdései '91* pp.22- 47
- VIRCHOW, R. (1848) Die öffentliche Gesundheitspflege. *Medizinische Reform*, 5.sz.
- WOLINSKY, F. (1980) *The Sociology Of Health*, Boston, Little, Brown and Co.
- World Development Report (1993) *Investing In Health*, Oxford, Oxford University Press
- WHO (1986-1990) *World Health Statistics Annual*, Genf, WHO.
- WHO (1993) *Issues Eight Report On The World Health Situation*, WHO Press, Press Release