

## HAZAI DILEMMÁK AZ EGÉSZSÉG-SZOCIOLÓGIÁVAL KAPCSOLATBAN

A modernizáció felgyorsulása Magyarországon a 60-as évektől felerősítette a betegségokozó társadalmi folyamatokat. Ennek maga után kellett volna vonnia az erre irányuló kutatások fokozott fejlesztését. Nem így történt: az orvosi szociológiának az egészség fenn-tartásával foglalkozó ága ma is alig ismert Magyarországon.

### I.

#### Az orvosi szociológiától az egészség-szociológiához

A 70-es évek második felétől több külföldi orvos-szociológus fordulat körvonalait vázolta fel az orvosi szociológiai kutatásokban: az orvosi szociológiát egészség-szociológiává kell fejleszteni. Twaddle és Hessler 1975-ben, Wolinsky 1980-ban írta le az egészség-szociológia alapjait. Először úgy tűnt, hogy az orvosi-szociológián belül javasolják a civilizációs eredetű multikauzális megbetegedések szociális-kulturális kóreredetére irányuló kutatások fejlesztését, azzal a céllal, hogy a betegségek keletkezését vissza lehessen szorítani. Twaddle és Gill 1980-ban a bostoni egyetemen tartott előadásaiból, Twaddle 1982-ben megjelent tanulmányából kitűnik, hogy ennél sokkal többről van szó: az orvosi szociológia négy évtized alatt kialakult kutatási irányait kívánják változtatni.

Javaslatok indokolásánál olyan új fejleményekre hivatkoznak, mint az orvosok által kivívott magasfokú autonómia, az orvosi szakmák nagyfokú specializálódása és integrációjának hiánya, az egészségügy bürokratikus intézménnyé válása, a technológiai szint és költségek ugrásszerű emelkedése, ugyanakkor a lakosság egészségi állapotára gyakorolt hatásának relatív csökkenése.

Az egészségügyi technológia tuljuttott a viszonylag olcsó és nagy eredményeket, a népesség mortalitásának csökkentésében látványos eredményeket mutató korszakon (fertőző betegségek leküzdése, antibiotikumok). A további technológiai fejlesztés egyre drágább lesz és a relatív haszon - a halandóság csökkentésében - egyre kisebb. A költségek növekedéséhez hozzájárul a közösségi ellátási rendszerek kiterjesztése, továbbá a népesség örege-dése következtében a krónikus betegségek gyakoribbá válása. A 60-as évek elejéhez vi-szonyítva az egészségügyi kiadások - a fejlett egészségügyi kulturájú tőkésországokban - megduplázódtak, és a jövőben is várható azok megkétszereződése negyedszázadonként.

Ilyen körülmények között az adott nemzeti társadalom előtt álló alternatívák:

1. Tudomásul veszi, hogy az emberi élet legfőbb értékének kezelése egyre nagyobb költségekkel jár;

2. költségvetési korlátokat állít az egészségügyi intézmények elé, illetve árcsoportosításokat hajt végre az egészségügyön belül;
3. a betegekre hárítja a költségek egy részét.

Az egészség-szociológusok viszont azt javasolják, hogy a betegségkókozó társadalmi problémákat kell redukálni és ezzel tehermentesíteni az egészségügyet. Javasataikat az egészségi állapot - főleg a mortalitás - alakulását befolyásoló faktorok elemzésére építették.

Kanadában Lalonde 1975-ben összefoglalta, hogy a magasan urbanizált, posztindusztriális, fogyasztói társadalom talaján elterjedt népbetegségek (kardiovaszkuláris megbetegedés, daganatos betegségek, erőszakos halál) okozta halandóság csökkentésében milyen hatékonyságu lehet 1. az egyénre irányuló szomatikus orvosi beavatkozás; 2. az egészségügyi szervezés és intervenció; 3. a társadalmi háttér szervezése és tervezése. Azt az eredményt kapta, hogy a fertőző betegségek háttérbe szorítására irányuló közegészségügyi erőfeszítések (immunizáció, antibiotikumok alkalmazása) akkor bizonyultak társadalmi méretekben hatékonyak, amikor a társadalmi háttér változásait támogatták az orvosi erőfeszítéseket (a táplálkozás javulása, a lakásvizonyok változása, az iskolázottsági színvonal emelkedése, általános életszínvonal emelkedés). Az életmód és életvitel rohamos átalakulása a modern társadalmakban, az életmód egyensúlyának gyakori megbomlása olyan faktorcsoport, amely egyedül az egyénre irányuló szomatikus orvosi beavatkozással nem befolyásolható hatékonyan, sőt egészségügyi szervezési intervenciókkal sem. Az életmód és életvitel változásai nagyrészt kívül esnek az orvostudomány és egészségügy kompetenciáján. Ennek következménye, hogy az orvostudomány és egészségügy erőfeszítései önmagukban nem képesek a halandóság nagyfoku csökkentésére. Különösen a deprivált társadalmi csoportok relatív egészségi állapota romlik.

Kanadában a Lalonde dokumentum alapján arra a következtetésre jutottak, hogy korlátozzák a kórházi szektor további fejlesztését és fokozott figyelmet és anyagi eszközt fordítsanak az alapellátásra, a közösségi egészségügyi ellátásban rejlő preventív lehetőségek kihasználására.

McKeown 1976-ban kimutatta, hogy Angliában és Walesben az elmúlt két évszázadban, de különösen századunkban a halálozási mutatók hanyatlása elsősorban 1. a táplálkozás javulására; 2. a fizikai környezet kontrolljára; 3. a személyi habitusra vezethető vissza. A halandóság csökkentésében kevesebb mint 1 % írható az orvosi beavatkozás javára, az orvosi prevencióra és terápiára.

Hasonló eredményekre jutott John és Sonja McKinlay az USA vonatkozásában 1977-ben. A főbb halálokok elemzése során kimutatták, hogy a hatékony orvosi beavatkozások

előtt már megkezdődött a mortalitás hanyatlása a szociális változások következtében (pl. a fertőző betegségek esetében az antibiotikumok előtt).

Ezekből és hasonló más kutatási eredményekből, Twaddle diszciplina átalakítására irányuló következtetéseket vont le. A Sociology in Medicine-ben - az orvoslásban, a gyógyításban alkalmazott szociológiában - központi fogalom a betegség és a beteg ember, domináns figura az orvos, a szociológiát segédtudományként alkalmazzák. A Sociology of Medicine az egészségügy intézményrendszerét, a gyógyítókat vizsgálja, központi fogalma a társadalmi intézmény, a kutatást a szociológus végzi orvosok támogatásával, a szociológia alaptudományként funkcionál. A Sociology of Health esetében központi fogalom a társadalom, annak patológiás folyamatai, az egészség, a kutatást szociológusok végzik orvosok segítségével, a szociológia autonóm diszciplínaként van jelen.

A medicina- és betegség-centrikus orvosi szociológiától a szociológia- és egészség-centrikus egészség- szociológiához irányuló diszciplináris változás jellemzőit Twaddle 1982-ben a következőképpen vázolja:

1. Az orvosi szociológia biológiai és szociálpszichológiai paradigmákra épül; az egészség-szociológia a szocio-kulturális strukturára;
2. az orvosi szociológia az individuumba és személyközi interakcióra, valamint a társadalmi csoportra és szervezetre koncentrál; az egészség-szociológia a társadalmi strukturára és annak etnikai csoportjaira;
3. az orvosi szociológia a betegség biológiai, pszichikai és szociológiai fogalmára épül (disease, illness, sickness) az egészség-szociológia azokra a társadalmi folyamatokra, amelyek korlátozzák az egyén egészségét;
4. az orvosi szociológia elsősorban az orvosra, majd a betegre, az orvos-beteg kapcsolatra, aztán az egyéb egészségügyi rétegekre, a nővérre, az orvos-nővér kapcsolatra koncentrál; az egészség-szociológia kiterjeszti az egészséget befolyásoló körét a fizikai környezet, a táplálkozástudomány, és a magatartástudomány (pszichológia és szociológia) szakembereivel;
5. az orvosi szociológia a gyógyítás orvosi eszközeit hangsúlyozza; az egészség-szociológia a társadalmi változások: a környezeti kontroll, az egészséges táplálkozás, az egészséges életmód és életvitel jelentőségét;
6. az orvosi szociológia a megbetegedett egyének gyógyításával és gondozásával foglalkozik; az egészség-szociológia azzal, hogy megakadályozza a megbetegedést és fenntartsa az egészséget;
7. az orvosi szociológia az egészségügyi intézményekre helyezi a súlyt; az egészség-szociológia a döntéshozókra, akik az egészség megtartását befolyásolni tud-

ják, és az egészségnevelést megvalósító intézményekre és közösségekre, ahol az egyén egészségi magatartása ténylegesen kialakul.

Összefoglalva: az egészség-szociológia az egészséget veszélyeztető társadalmi okok redukálását, az egészség megtartását, a társadalmi kóreredetű megbetegedések és a mortalitás csökkentését tekinti feladatának.

## II.

### Megbeszélés: hazai szempontok

#### 1. Orvosi - vagy/és egészség-szociológia

Twaddlenek az egészség-szociológia kifejlesztésére irányuló korszakos javaslatában vitathatónak tartom azt, hogy az orvosi szociológia átfejlődik egészség-szociológiává, az utóbbi felváltja az előbbi keretében az elmúlt négy évtized alatt kialakult két kutatási irányt. Helyesebbnek látszik úgy tekinteni az egészség-szociológiát, mint amely kiegészíti, teljesebbé teszi az orvosi szociológiát, vagyis annak harmadik ágává, illetve kutatási területévé válik. Nézetem szerint inkább a három kutatási terület egybedolgozásán célszerű munkálkodni, mint az elhatárolásra helyezni a súlyt, vigyázva arra, nehogy a fürdővízzel a gyermeket is kiöntsük (erre a veszélyre Twaddle is utal). Ugy tűnik, hogy az orvosi szociológia három ágának orvos-centrikus, intézmény-centrikus, társadalom-centrikus fejleménye tudományrendszerintézetileg is logikusan megindokolható.

A gyógyításban alkalmazott szociológia (in Medicine) hazai alapproblémája, hogy a külföldi kutatási eredmények bemutatására koncentrálva, azok hazai adaptációját csak részben végezték el empirikus kutatások alapján. Ez is hozzájárul ahhoz, hogy a szociológiai kutatási eredményeket tisztes távolság választja el a tényleges orvosi gyakorlattól. A neurózis-kutatást kivéve, a szociológiai szempontokat az orvoslás gyakorlata nemigen tartalmazza. (A központi intézeteken túl az infarktus-kutatás szociológiai eredményei sem váltak még az alapellátás egészének integráns részévé. Hasonló a helyzet a perinatológiában, ahol azonban a demográfiai szempontok integrációja előrehaladottabb). Amíg a Sociology in Medicine típusú kutatási eredmények hazai empirikus adaptációjában és az orvoslásban való alkalmazásában nem történik lényeges előrelépés, addig az egészség-szociológia tisztán teoretikus jellegű marad és nem tud megtámaszkodni az orvosi szociológiai alapokon. Számos multikauzális kóreredetű megbetegedésben (pl. ischemiás szívbetegség, ulcus pepticum) ugyanis a megismerés útja az, hogy először feltárták az életmód-faktorok befolyásoló ("promoting") funkcióját a szomatikus eredetű kórfolyamatok terjedésében, és később jutottak arra a következtetésre, hogy a szociális és életmód-faktorokat önmagukban, szociológiai módszerekkel is kutatni kell.

Az életmód és életvitel elemzésének szempontjait kijelölik azok a funkciók, amelyek a szociális faktorok a kórfolyamat terjedésében, illetve visszaszorításában betöltnek. Ez az in Medicine szint alig van jelen a magyar kutatásokban. Ennek hiányában nem tud mit kezdeni az orvosi gyakorlat az olyan életmód kutatások eredményeivel, amelyek nem vonatkoznak a megbetegedésre és terápiára. Vagyis szerintem az egészség-szociológiai kutatások kereteit az jelöli ki, hogy az egyes multikauzális betegségek kóreredetében és a terápiában a szociális-kulturális faktorok milyen szerepet töltenek be.

## 2. Az orvosi rizikófaktorok társadalmi háttere

Az utóbbi évtizedben főleg a nagy nemzetközi kardiológiai programokban, - de a hazai orvostudományban is - számos multikauzális betegség kóreretetének kutatásában nagy súlyt helyeznek az egyéni viselkedésben jelentkező, egészséget veszélyeztető orvosi rizikófaktorokra (káros fogyasztási szokások és életvitel), azok epidemiológiai jellemzőinek leírására.

Ez képezi az egészségnevelés orvosi gyakorlatának alapját, amely az egészségre ártalmas szokások megváltoztatására irányul, és a terápia funkcióit tölti be, gyakran populációs szinten (a tömegkommunikáción keresztül). Az orvosi rizikófaktorokkal kapcsolatos orvosi intervenció hatékonyságát epidemiológiai kutatások bizonyítják. Korlátja az orvosi rizikófaktorok alapján végrehajtott orvosi intervenciónak, hogy nem számol a viselkedés, a szokások társadalmi hátterével: az orvosi szociológia alapvető gondolatával, amely szerint az egyéni viselkedést, a személyiség intra-pszichés jegyein túl, a társadalom strukturális viszonyai determinálják. Az egészség-szociológia kilép az orvosi rizikófaktorok elméletének korlátaiból és a káros életvitel társadalmi hátterének vizsgálatára helyezi a súlyt. Az egészség-szociológiában indokoltnak látszik a "társadalmi rizikófaktorok" fogalmának meghonosítása, amely a patológiás társadalmi folyamatok megjelölésére szolgál.

Magyarországon a multikauzális megbetegedések, - egyben az orvosi rizikófaktorok-társadalmi hátterének kutatását elsősorban a halandóság mutatóinak 1960 után, a kibontakozó modernizációval bekövetkező romlása teszi indokolttá. Ismeretes, hogy a középkori férfi népesség halandósága az 1980-ig eltelt két évtized alatt 60 %-kal romlott. A mortalitás növekedése - a haladás tragikus ára - 18 halálóki csoportban következett be. Az 1981-es halálozási adatok alapján, amelyek a gazdaságilag aktív népességre vonatkoznak, kiemelek néhány betegség-csoportot. Először ischemiás szívbetegségre visszavezethető halálozást kell említeni, amely két évtized alatt háromszorosára emelkedett. (Európában elsősorban a szocialista országokban emelkedett, ahol a vizsgált időszakban bontakozott ki a modernizáció). A gazdaságilag aktív korban meghaltak társadalmi rétegjellemzői alapján az alábbi csoportokat tudjuk megjelölni, akiket ez a ha-

lások elsősorban súlytott: 1. Szellemi férfi; 2. Szövetkezeti paraszt nő, 3. Munkás férfi és nő. Az idült reumás szívbetegségekre visszavezethető halálozás e két évtized alatt kétszeresére nőtt, és 1981-ben az idő előtt meghaltak rétegjellemzőit az alábbi csoportok fejezik ki: 1. Munkás nő, Szövetkezeti paraszt nő; 2. Szellemi férfi és nő. A daganatok öt kiemelt csoportjában a két évtizedes növekedés alapján a gazdaságilag aktívak halálozási mutatói megkétszereződtek, legnagyobb mértékben a Szellemi férfiakat érintették. Az erőszakos halálnemekben a halálozás megduplázódott a két évtized alatt, két fő csoportja a járműbaleset és öngyilkosság, mindkettő főleg a férfiakat érintette, mindhárom nagy rétegben a következő sorrendben: Munkás, Szellemi, Szövetkezeti paraszt. Az emésztőrendszer betegségcsoportjai közül az idült májbetegség és májsugorodásra visszavezethető halálozás husz év alatt megháromszorozódott, 1981-ben a gazdaságilag aktív népességen belül ugyanugy a férfiakat érintette, mint az erőszakos halál, csak a gyakoriság sorrendje változott: Szellemi, Munkás, Szövetkezeti paraszt.

Ezeknek a betegségi halálokoknak az epidemiológiai adataiból kiindulva, azok elmélyítése céljából, szociológiai rétegzett mintavétel alapján azt kellene felszínre hozni, hogy az orvosi rizikófaktorok mögött milyen társadalmi változások állanak, s ezek a változások a felsorolt réteget milyen mértékben érintették a modernizáció során.

- a) A munkafolyamat anyagainak változása (pl. kémiai anyagok), a munkafeltételek átalakulása (fizikai erőfelfejtés és mozgásigény), a munkamegterhelés függvényében a táplálkozás energiaigénye, belső szerkezete (zsír, fehérje stb.), és napi ritmuseltolódása (a fő étkezés áttevődése estére), a munkába járás idejének megnövekedése (ingázás stb.).
- b) A munkavégzés és a lakóhely fizikai környezetének romlása (levegőszennyeződés és zajnövekedés).
- c) A nagy hierarchikus munkavégző szervezetek kialakulása, amelyek az emberi kapcsolatokat háttérbe szorítják.
- d) A családi jövedelem biztosításáért tett erőfeszítések, előnyös és hátrányos helyzetek, különös tekintettel a lakás biztosításának módozatára.
- e) A társadalmi mobilitás intenzitása és egészséget romboló következményei,
- f) A házasság- és családbomlás, a nemek szerepkörének változásai.
- g) Az életmód és életvitel átalakulása, munkacentrikus életmód kialakulása a főmunkán túl,
- h) Az értékek és szubkulturák átalakulása (hagyományok stb., az értéktudat zavarai.)

Ezek komplex vizsgálatára lenne szükség, amely ma az egészség-szociológia elsődleges feladatának tekinthető Magyarországon. A vizsgálatra főként az élettörténeti mód-

szer alkalmas. Ilyen kutatás lényegesen előre vihetné a társadalom önismeretét az egészségkárosító társadalmi folyamatokról. Hozzájárulhatna a kelet-európai szocialista modernizáció nemkívánatos társadalmi következményeinek megismeréséhez.

A modernizáció során létrejövő patológiás folyamatokkal kapcsolatos társadalmi önismeret az első lépés. A következő, hogy a kóros társadalmi folyamatok visszaszorítására társadalom-vezetési intézkedésekre van szükség, amelyek az egészség megtartására kedvezőbb társadalmi feltételeket teremtenek. Számos területen külön anyagi ráfordítás nélkül is javítható lenne a helyzet, ha ezt a vezetői döntéseknél szem előtt tartanák. Megfontolandó lenne az is, mit lehetne átcsoportosítani az egészségvédelem területére. Az egészségügy nagyon szerény költségvetéséből ez nem oldható meg, de a társadalmi értelemben vett prevenció nem is az egészségügy, hanem a társadalomvezetés felelőssége.

### 3. Szociológia az egészségügyben: a segédtudományi szereptől az alaptudományi szerephez

Az egészség-szociológiai kutatások kifejlődésével a szociológia alaptudománnyá válik, illetve alaptudományi szerepe megerősödik az orvosi szociológiai kutatásokban. Az orvosi szociológia történeti fejlődése az in Medicine kutatásoktól az of Medicine vizsgálatokhoz, majd az egészség-szociológiához, eldöntötte azt a kérdést, hogy az orvosi-egészség-szociológiai kutatásokban bázis szerepet a szociológusok töltenek be, hogy ezek a vizsgálatok elsősorban szociológiai szakszerűséget (szakképzettséget) kívánnak. Nem kisebb jelentőségű az sem, hogy a kutatásokban azok az orvosok tudnak a mai követelményeknek megfelelően részt venni, akik ismerik a szociológiai alapfogalmakat és módszereket, és nem azonosítják a szociológiai szempontokat a társadalmi környezet orvosi (epidemiológiai, egészségügyi szervezési) vizsgálatával.

Az egészség-szociológiai vizsgálódások hatékonnyá tétele érdekében irányított alapkutatási programot kellene kialakítani, felhasználva az MTA Szociológiai Intézet Zala megyei életmód kutatásának, az Országos Kardiológiai Intézet dél-pesti infarktus vizsgálatának, a POTE szociológiai csoport az ifjúság egészségi állapotára irányuló kutatásának szociológiai tapasztalatait.

Ez a négy orvostudományi egyetemen létrehozott szociológiai oktatási csoportok munkatársai számára társadalmilag aktuális és rendkívül hasznos munkaprogram lehetne. Az orvostudományi egyetemeken kifejlődnek az oktatási csoportok, de a kutatási infrastruktúra kiépítése meg sem kezdődött. A közel husz szociológus kénytelen más intézmények kutatásaiban részt venni, ahol megfelelő támogatást kap, ugyanakkor az egészség-szociológia művelése az orvostudományi egyetemeken - a kardiológiai, perinatológiai és társadalorvostani programok néhány vonatkozásán túl - meg sem kezdődött. A fő kérdésnek - is-

métlem - a 18 halálóki csoport orvosi rizikófaktora mögött álló társadalmi folyamatok feltárását tartom.

Átfogó egészség-szociológiai alapkutatási program hiányában tovább nő a szakadék a külföldi kutatási eredmények és a hazai egészségügyi gyakorlat között. Ugy vélem, eddig sem a társadalomvezetés, sem az egészségügyi vezetés nem ragadta meg azokat a lehetőségeket, amelyek a külföldi kutatási eredményekből a hazai idő előtti halálozás csökkentése érdekében felhasználhatók lennének. Ma tulajdonképpen nem tudjuk, hogy a halandóságból mit magyaráznak az orvosi rizikófaktori és miért felelősek a társadalmi rizikófaktori, esetleg a káros viselkedési tényezőkn keresztül.

#### FELHASZNÁLT IRODALOM

- LaLonde, M.: A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa, Canada. Information Canada, 1975.
- Mc Keown, T.: The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis? London, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976.
- McKinlay, J.: and McKinlay, S.: The Questionable Contribution of Medical Measures to the Decline of Mortality in the United States in the Twentieth Century. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 55 (1976) 3, p. 405-428.
- Twaddle, A. and Hessler, R.: A Sociology of Health. St. Louis. C.V. Mosby, 1977.
- Gill, D. and Twaddle, A. Medical Sociology: What's in a Name? *International Social Science Journal*, 29 (1977) 3, p. 369-385.
- Medical Sociology Newsletter, ISA. No 11, February 1981. A Conference on Medical Sociology and Comparative Health Systems: A Stocktaking, June, 1980. Boston University.
- A. Twaddle: From Medical Sociology to the Sociology of Health: Contradictions and Continuities.
- D. Gill: The American and British Medical Care Systems: Contrasts and Comparisons.
- Wolinsky, F.D.: The Sociology of Health. Principles, Professions and Issues. Little, Brown and Co. Boston, 1980.
- Twaddle, A.: From Medical Sociology to the Sociology of Health: Some Changing Concerns in the Sociological Study of Sickness and Treatment. In: Bottomore, I. - S. Nowak - M. Sokolowska (eds). *Sociology: The State of the Art*. Sage Publications, London New York, 1982.
- Losonczy Ágnes.: Az egészséggel kapcsolatos érdekek és értékek változásai. *Egészség és társadalom*. MSZT és TIT Bp. 1979.



- Hutás Imre: A halandóság befolyásolásának lehetősége. In: A népesedés és a népese-  
déspolitika. Kossuth Könyvkiadó, 1983.
- Gyárfás I., Makara P., Bácskai E., Duba J., Novák M., Szilárd J., Virág E.: Az érel-  
meszesedéses szív- és érrendszeri betegségek emberi társadalmi felté-  
teleinek vizsgálata tudományosan megalapozott preventív kardiológiai  
stratégia kialakítására. Országos Kardiológiai Intézet, Bp. 1983.
- Demográfiai Évkönyv 1981. Magyarország népesedése. KSH, Budapest, 1982. 196-197,  
222-229. old.