

AZ EGÉSZSÉGFOGALOM EGY LEHETSÉGES ÉRTELMEZÉSE

Az egészségsszociológiai vizsgálatok alapvető kérdése, hogy milyen egészségfogalomból induljanak ki. Ennek tisztázása volt az első lépés számunkra is abban a vizsgálatban, amely - az ifjúságkutatás keretében - az egészségüket tekintve különösen veszélyeztetett csoportok feltárására irányult.¹ Az egészségfogalom meghatározása és ennek alapján az egészség "mérése" azonban a vizsgálatnak csak egyik oldalát jelenti. Fontos kérdés emellett, hogy az egészségi állapotot, annak változásait milyen társadalmi változókkal lehet és kell összekapcsolni. Ez utóbbi problémakörrel, a társadalmi változórendszerrel, jelen előadás keretében nem kívánunk foglalkozni. A rendelkezésre álló idő alatt nem is a kutatás empirikus eredményeiről, hanem a függő változói rendszerről szeretnénk beszélni, arról a gondolati-értelmezési keretről, amelybe kutatásunkat elhelyeztük, s amelyben a feldolgozás jelenleg is folyik.

Az egészségi állapottal foglalkozó kutatások egy része túl van azon a megközelítésen, amely az egészséget csak a betegség hiányaként definiálja, s a betegséget pedig klinikai terminusokba foglalva értelmezi. Az orvosi praxisban általában az Egészségügyi Világszervezet BNO listája alapján minősítik az embereket betegnek vagy egészségesnek, s döntenek a gyógyítás, a védelem szükségességéről.²

Kutatási célunkat sem az orvosi modell,³ sem a parsonsi⁴ vagy a Twaddle-féle⁵ szociokulturális, sem a pszichológiai modell⁶ önmagában nem szolgálhatta, mivel nem a betegek, hanem a veszélyeztetettek feltárását tűztük ki célul. Nem használhattuk az Egészségügyi Világszervezet definícióját sem, mely szerint az egészség a teljes fizikai, szellemi és szociális jólét állapota, s nem csupán a betegség hiánya.

A WHO definíció arra hívja fel a figyelmünket, hogy az egészségnek legalább három dimenziója van:

- 1./ A fizikai oldal valamilyen egészségi probléma meglétét vagy hiányát jelenti. Ezek az állapotok, problémák a dolog természetéből következően rendkívül eltérőek és más-más jelentenek. (Pl. a közönséges nátha és a daganatos megbetegedés nyilvánvalóan más jelent az egyén egészségi állapotára, sőt életbenmaradására vonatkozóan, még akkor is, ha az előbbi a betegség tartama alatt rendkívül kellemetlen közérzettel járhat, az utóbbi pedig, legalábbis kezdeti stádiumban sokáig tünet- és panaszmentes állapotot biztosíthat.)
- 2./ A pszichés dimenzióba a teljesen kiegyensúlyozott, a környezeti hatásokra jól reagáló személyiségtől (aki jól is érzi magát) különböző fokozatokon keresztül vezet az út a súlyos pszichés megbetegedésekig. E dimenzió része, hogy az egyén hogyan értékeli saját helyzetét, s az is, hogyan minősítik ezt mások.

3./ A szociális dimenzió akkor problematikus, ha az egyén valamilyen ok miatt nem képes betölteni szociális szerepeit, vagy környezete minősíti azok ellátására képtelennek. E három dimenziót az egészségi állapot meghatározásánál együtt kell kezelni.

Az egészségfogalom operacionalizálhatósága érdekében tettünk kísérletet Wolinsky⁷ nyomán egy többdimenziós egészségfogalom meghatározására. Ez az egészségfogalom magában foglalja az eddig említett dimenziókat, s a két, viszonylag könnyen definiálható kategórián kívül - mint amilyen egyik oldalról a normális jólét vagy egészség, másik oldalról a súlyos betegség - további 6 közbeeső csoportot különböztet meg. Az egészséges és a súlyosan beteg csoport elkülönítése azért nem okoz túl nagy gondot, mert az egészség mindhárom dimenziójában az értékelés azonos, azaz vagy csak pozitív, vagy csak negatív. A közbeeső 6 csoport úgy jön létre, hogy az egészség különböző dimenzióiban vagy 2 jó értékelés párosul 1 rosszal, vagy 2 rossz 1 jóval. Bár a pesszimista, a társadalmilag (szociálisan) beteg, a hipochonder, az orvosilag beteg, a mártír és az optimista elnevezésekkel illetett csoportok megkülönböztetése önmagában is érdekes és fontos, de sokkal érdekesebb annak a folyamatnak a feltárása, melynek során az egyén az egyik állapotból a másikba jut. Természetesen ez a kategorizálás nem fedi az összes lehetséges egészségi státuszt. Pl. lehet valaki beteg orvosi értelemben, s bár egészségesnek érzi magát, külső kényszer hatására mégis fel kell függesztenie bizonyos társadalmi szerepeit. A betegségtudattal nem rendelkező skizofrén beteg, vagy a bizonyos munkakörök betöltésétől kizárt tünetmentes vírushordozó sorolható ebbe a "kategóriába".

A Wolinsky-féle elmélet nyomán azonban olyan "fiókrendszer" állt elő, ahová az egyéneket többé-kevésbé jól el tudjuk helyezni. Kérdés, hogy az egyes "fiókokba", csoportokba tartozó egyének a különböző társadalmi változók szerint differenciáltak-e? Azaz az egészségi állapotot befolyásolja-e, illetve módosítja-e a társadalmi helyzet? Pl. aki orvosi szempontból beteg, az elfogadhatja ezt a minősítést anélkül, hogy feladná szociális szerepeit, mert erre kényszerítik az életfeltételei, a hajtás kényszere, s ha úgy tetszik, mártír módon viselkedik.

A kulcskérdés számunkra tehát nemcsak maga a betegség, hanem az is, hogy ezt az állapotot miként éli meg, hogyan minősíti az egyén. A dolog természetéből adódóan a minősítés szubjektív, s ez döntő jelentőségű az összes további döntés és történet szempontjából. Ismeretes, hogy ugyanolyan típusú betegséggel az egyik ember orvoshoz fordul, táppénzre megy, ágyban esik; a másik az öngyógyítás módszereihez nyúl; s van aki tudomást sem vesz róla, s teszi a dolgát, ameddig tudja. Hogy ki, mikor, melyik utat "választja", a tüneteket hogyan, milyen stádiumban "dekódolja" és milyen az a döntéshozatali folyamat, amelynek során az egyén eldönti, hogy orvoshoz fordul vagy sem, nagymértékben függ az egyén társadalmi státuszától, kulturális referencia-csoportjaitól.⁸

Kutatási tapasztalatunk, hogy még a leginkább homogénnek látszó társadalmi csoportok tagjainak viselkedése is nagymértékben eltérő. Példaként: A fiatal bányászok származási

háttére, jelenlegi életkörülményeik, munkafeltételeik eléggé hasonlóak, mégis másként élik meg - az esetükben szükségszerűen fellépő - betegségeket. Egy részük tudomást sem vesz betegségéről, s továbbra is betölti társadalmi szerepeit (ők az orvosi szempontból beteg csoportba tartoznak). (Hajt, mert ezt kell tennie, s nem lehet elfogadni a betegség tényét.) Más részük, bár elfogadja a beteggé minősítést, társadalmi szerepeinek feladását azonban nem engedheti meg magának. Mártír módon folytatja tovább a munkáját, s csak néha "gazdálkodik" a meglévő betegségével, azaz adja fel időlegesen munkaszerepét. E "csoport" tagjai azok, akik tökéletesen tisztában vannak egészségük romlásának mértékével, az idő előtti megrokkulás tényével, de azzal is, hogy ennek bekövetkeztéig nem "adhatják fel", nem a saját, hanem gyerekeik érdekében. Elő kell teremteniük - és a rövidebb aktív élet alatt minél gyorsabban - a család számára a legszükségesebbeket, azt az állapotot, amelyen a gyerekek már nem kényszerülnek az egészségüket romboló, az életüket veszélyeztető önkiszákmányoló munkas és életfeltételek vállalására.

Eldgondolkodtató tény az is, hogy a nők, illetve azok egyes csoportjai bizonyos esetekben mennyire hasonlóan, máskor mennyire eltérően viselkednek. A nőkre általában jellemző a magasabb "orvosfogyasztás", a gyakoribb megbetegedés, a bőségebb panaszlista. Különösen jellemző ez a betanított, a segédmunkás, valamint az ügyviteli munkakörben foglalkoztatott nőkre. Ők azok, akiknél a többszöri orvoshoz fordulás - legalábbis fiatal korban - nem jelent feltétlenül több és gyakoribb megbetegedést. Feszültségekkel terhes helyzetüket megbetegedésre utaló jelként fogják fel, s gyakran ezért fordulnak a számukra egyetlen adekvát segítségnyújtó ágenshez, az orvoshoz. Őket nevezhetjük pesszimistáknak, vagy hypochondereknek. (A két csoport közötti különbség csupán az, hogy az utóbbinak a társadalom már megadja a felmentést szociális szerepeinek teljesítése alól.)

Teljesen eltér ezzel szemben a falun élő, zömében a mezőgazdaságban foglalkoztatott nők viselkedése. Ők valóban addig "teszik dolgukat" - betegségtudattal vagy anélkül -, amíg csak képesek rá, amíg állapotuk rosszabbodása lehetetlenné nem teszi mind a munkahelyi, mind az otthoni munkavégést. Ha betegek lesznek; pontosabban, ha felvállalják a beteg-szerpet, akkor már tényleg súlyosan betegek. Érdekes, hogy hasonló képzettségű, munkakörű és lakóhelyű férfi társaikhoz viszonyítva is szinte "túlteljesítenek" a beteg-szerp elutasításában, s ez a fajta stoikus magatartás okozza egészségi állapotuk rohamos romlását.

Úgy véljük, nagyon rossz társadalmi közérzetre utal az a rengeteg panasz, amelyről az emberek beszámolnak. Testük, lelkük zavaival kapcsolatos panaszok mennyisége és jellege alapján szinte meg lehet mondani, hogy életük mennyi feszültséggel terhes, milyen életfeltételek között élnek, s van-e reális esélyük a könnyebb, kevésbé feszített életre. A sok panasz, a magas orvoshoz fordulási gyakoriság tehát orvosi értelemben nem jelent feltétlenül betegséget, jó jelzője viszont annak, hogy a megoldatlan élethelyzetek előbb-utóbb tényleges megbetegedésekhez vezethetnek.

Az a viselkedés, amelyet egészségkultúrának vagy egészségmagatartásnak nevezhetünk, - kutatásunk eddigi eredményeiből is úgy tűnik -, státuszcsoporthoz kötött. Bár az egyén más társadalmi státuszba kerülhet, élete sok szempontból alapvetően megváltozhat, de e téren eredeti státuszának meghatározottságait viszi továbbra is magával. Feltételezhető, hogy az egészségkultúra, az egészségmagatartás az életmód egyik legköttettebb, legnehezebben változtatható eleme. Ezért is fontosnak tartjuk, hogy generációs "metszetek" segítségével az elmozdulás különböző dimenziói mentén vizsgáljuk az egészségkultúrát, egészségmagatartást.

Egy ilyen vizsgálat jelentőségét abban látjuk, hogy a különböző státuszcsoporthoz tartozók esetében meg lehetne mondani, miként alakulnak esélyeik az egészséges életre, s végső soron az életbenmaradásra. Meg lehetne mondani, hol és milyen beavatkozásra van szükség, hogy ezek az esélyek megváltozzanak. Példaként: jól ismert, hogy a magas koraszülési arányszámért alapvetően az életmódtényezők tehetők felelőssé. Az idő előtt született gyerekek adják az újszülöttkori és a csecsemőhalandóság legnagyobb részét. Hogyan reagál erre a társadalom? Koraszülött decentrumok létrehozásával próbálja elérni, hogy a már világrajött koraszülöttek közül minél kevesebb haljon meg. Nem ott avatkozik be e folyamatba, ahol kellene, hanem a végeredményt "próbálja szebbé tenni". A kiváltó okot, az életmód problémáját elintézi a hagyományosan egészségkárosító szokások elleni propagandával, figyelmen kívül hagyva azt, hogy mi az ok és mi a következmény.

Az egészségmagatartás, az egészségkultúra vizsgálatának további jelentőségét abban látjuk, hogy segítségével megjósolható, mennyire lehet hatékony az intervenciós stratégia. Tudjuk, hogy az emberek nemcsak a betegségek megelőzését, az egészséget védő tanácsokat nem veszik figyelembe, de a már kialakult megbetegedés következtében fellépő állapotromlás lassítására, megállítására vonatkozó orvosi tanácsokat sem. E probléma valahol ott kezdődhet, hogy orvos és betege meg sem érti egymást, "más nyelven", más fogalomkészlettel kommunikálnak. S ha a beteg megérti is a tanácsokat, választhatja-e az egészséget védő, az egészségromlást lassító ajánlott utakat, módokat, vagy más kényszerül az értéklista élére állítani?

A probléma különösen fontosá válik napjainkban, amikor egyre inkább előtérbe kerül a saját egészségért való egyéni felelősséget hangoztató és túlhangsúlyozó ideológia. Hiába érez ugyanis felelősséget valaki az egészségéért, ha olyan kényszerpályákon mozog, ahol nincs reális alternatívája. Lényeges és egyáltalán nem tisztázott kérdés, hogy mikor, milyen körülmények között felelős az egyén az egészségi állapotáért? Általában elképzelhető az egyén felelőssége bizonyos egészségkárosító szokásoknál. A legfontosabb kérdés azonban nem az, hogy például mennyit isznak, dohányoznak az emberek, hanem az, miért isznak és dohányoznak? A táplálkozásnál is megkérdőjelezhető az egyéni felelősség, mert úgy tűnik, a legkevésbé egészségesen, sőt elégségesen táplálkozó csoportoknak a legkisebb a választási lehetőségük e tekintetben.

JEGYZETEK

1. A kutatás eddigi publikált eredményeit lásd többek között: Dr. Tahin Tamás: A fiatalok egészségi állapota és biológiai fejlődésük. Társadalomkutatás, 1983. 3. szám.
Dr. Füzési Zs., Dr. Tahin T., Dr. Jeges S.: A fiatalok egészségi állapota és orvoshoz fordulása az üzemi és a körzeti orvosi dokumentumok alapján. In: A fiatalok egészségi állapota és biológiai fejlődése. (szerk.: Dr. Tahin Tamás) MSZMP KB Társadalomtudományi Intézet, Budapest, 1986.
Zs. Füzési - Cs. Meleg: Social factors in the health of the Hungarian youth. In: Economy and Society in Hungary. (Ed.: R. Andorka and L. Bertalan) Karl Marx University of Economic Sciences Department of Sociology. Budapest, 1986.
Dr. Füzési Zs.: Fiatalok az orvosnál. Ifjúsági Szemle, 1986. 2. szám 74-81. old.
2. M. Sokolowska - J. Bejnarowicz: Szociálpolitika és az egészségi állapot fogalma. Szociológia, 1976. 3-4. szám.
3. Williams and Wilkins: Steadman's Medical Dictionary. 22nd ed. Baltimore, 1972.
4. T. Parsons: The social system. New York, Free Press, 1951.
A parsoni modell operacionalizálásának kísérletét lásd: S. Fanshel and J.W. Bush: A health-status index and its application to health service outcomes. Operations Research, 1970. 18. 1021-1066. old.
5. Twaddle: The concept of health status. Social Science and Medicine, 1974. 8. 29-38. old.
6. Beiser, Morton: Components and correlates of mental wellbeing. Journal of Health and Social Behavior (JHSB), 1974. 15. 320-327. old.
7. P.D. Wolinsky: The sociology of health. Boston, Toronto, 1980.
8. I.K. Zola: Culture and symptoms: An analysis of patients presenting complaints. American Sociological Review, 1966. 31. 615-630. old.