

Az egészségügy globális kérdései és az orvosi antropológia

Az antropológusok hagyományosan a törzsi társadalmakat vagy a nagy társadalom kisebb csoportjait vizsgálták. Mindez azt a célt szolgálta, hogy az adott társadalomról, kultúráról *holisztikus* képet nyerhessenek, feltárva így az adott társadalom különböző vonatkozásainak egymáshoz való viszonyát: megértendő mindazt, ami Mars' szavaival „a helyi tekintélyi, politikai viszonyok közegébe, a vallási hiedelmek és rituálék szellemi foglalatába és az előállított javak és szolgáltatások emberi kölcsönösségének szövedékébe ágyazódó családi és rokonsági viszonyok kifejeződése”.

Az orvosi antropológusok az egészségügyi problémákat is főként helyi illetve (időnként nemzeti) szinten ragadták meg. Azonban a huszadik század végére az emberi egészséget érintő fenyegetések – mint a túlnépesedés, környezetszennyezés, globális fölmelegedés, gyógyszer-túlfogyasztás, kábítószer, és az AIDS – már nem értelmezhető, és nem is kezelhető helyi, nemzeti korlátok közé szorítottan. Egy mindinkább mobilis, és kölcsönös függések által jellemezhető világban ezek a jelenségek mind eredetükben mind, következményeikben egyaránt globálisnak tekintendők. Ahogy a fenti problémákat közvetítő információk is globálisak a világ mind több részét összekötő távközlés, rádió, televízió, a légi közlekedés és a tömeges turizmus révén.

Ilyen megfontolások alapján valószínűleg az orvosi antropológia további érdeklődési körébe nemcsak az egyén egészségét érintő kulturális és szociális hatások kutatása tartozik majd, hanem az *emberi nem* egészségének, mint egésznek a vizsgálata is. Ez mindinkább globális látókört igényelve teremti meg a kultúrák, gazdasági rendszerek, politikai szervezetek és Földünk ökológiájának összetett kölcsönhatásait értelmező holisztikus látásmódot.

Ezen globális egészségügyi kérdések tanulmányozásához az orvosi antropológia – mint *biokulturális* tudomány – átfogó perspektívát kínál, mely integrálja az orvostudományt, és a biológiát a társadalom- és magatartástudományokkal. Összehasonlító, kultúráközi megközelítésmódja – a fizikai és pszichológiai adatok gyűjtésével párosulva – lehetővé teszi hogy az egészséggel és a betegséggel kapcsolatos magatartásformák és hiedelmek, képzetek szerteágazó világáról áttekinthet adjon.

Hasonlóképpen segítséget nyújt a globális problémák okainak és hatásainak *helyi szintű* magyarázatához. Az AIDS kínál erre (az alábbiakban részletezett) példát, mely az emberi egészségre globális fenyegetést jelent. A helyzetet elemző alapos etnográfiai kutatás feltár-

ja számunkra, hogy az AIDS az adott közösség társadalmi, gazdasági, és kulturális életét hogyan befolyásolja; e kihívás nyomán hogyan változik a hiedelmek és magatartások rendszere; a helyi hiedelmek fogalomrendszerében a betegségek eredetére milyen magyarázatok születnek; miért betegednek meg egyesek, s mások miért nem; vajon a betegségtől szenvedők tudnak-e társas támogatást mozgósítani, vagy ellenkezőleg kirekesztettség, stigmatizáltság lesz osztályrészük; hogyan változnak a szexuális kapcsolatok, házassági szabályok, a család szerkezete, és a vallási rítusok; kérdés lehet, hogy milyen változások jelentkeznek a nemek, és nemzedékek közötti viszonyban; a megelőzés, és gondozás milyen stratégiái hogyan jelentkeznek a közösségekben, azok megjelenése a helyi vagy a nemzeti orvosi rendszerben; milyen változások észlelhetők a munka, a migráció és a lakásvi-szonyok tekintetében; és így tovább.

Az orvosi antropológia és a globális egészségügyi kérdések kapcsolatát illusztrálják az alábbi kiválasztott területek:

1. Túlnépesedés.
2. Urbanizáció.
3. AIDS.
4. Megelőző egészségügyi ellátás.
5. Környezetszennyezés és globális felmelegedés.
6. Erdőpusztítás és a fajok kiveszése.

Túlnépesedés

A túlnépesedés korunk egyik legsúlyosabb globális gondja, és a helyzet évről évre súlyosbodik. A népességnövekedést korlátozó intézkedések ellenére a világ népessége exponenciálisan nő. A becslések szerint 2025-re a mai 5,5 milliárdról legkevesebb 8 milliárdra, vagy még többre nőhet.² Ezzel az erőteljes (és lényegében a szegény országokra korlátozódó) népesség-növekedéssel egyidőben a gazdagabb országok energiafogyasztása talán még gyorsabban nő. A világ energia-fogyasztása az 1890-ben becsült 1 terawatt értékről 1950-ben 3,3, és 1990-ben 13,7 terawattra nőtt; átlagban azonban a szegények a gazdagabb népesség energiafogyasztásának mintegy tizedével jellemezhetők.² A túlnépesedés és a főként fosszilis energiahordozóból álló energiaforrások kimerítése olyan veszedelemes kombináció, mely halálos fenyegetést jelent a globális egészségre. Ide kell értenünk a kiterjedt éhínségeket, betegségeket, szegénységet, vagy társadalmi elégedetlenség tüneteit, a hasznosítható fosszilis energiahordozók kimerítését, és ide sorolhatók a klimatikus változások, és az „üvegházhatásból” következő globális felmelegedés környezeti veszélyei, vagy a parti területek elöntésével fenyegető tengervíz szintemelkedése, a mind gyakoribb hóhullámok, és szárazságok, és a hurrikánok, ciklonok is.²

Családtervezési programok

A túlnépesedés növekvő gondját uralni kívánó stratégiákat alakítottak ki – ideértve a nemzetközi tervezeteket (mint a WHO, vagy az IPPF a Tervezett Szülőség Nemzetközi Szövetsége példait), vagy a nemzeti programokat (mint a Kínai Népköztársaság „egyke” politikája). Ezek a családtervezési programok a nőket célozzák meg érdekeltté téve őket a kisebb családokban, a terhességek közötti szünetek megnyújtásával, és a mind változatosabb mesterséges fogamzásgátló módszerek révén.

Jelenleg a világ házaspárainak mintegy 43%-a él a fogamzásgátlás valamilyen eszközével. Ez a gazdagabb, fejlettebb országokban 52%-ra becsülhető, és a fejlődő világban 27% a becsült érték (bár ez az arány Kínában 73%).³ A fogamzásgátlók használatával egyidőben körülbelül 30 millió legális abortuszt hajtottak végre 1987-ben világszerte, és az illegális méhkaparások száma 10-22 millióra tehető.³ A népességszabályozás és családtervezés eszközeként használt abortuszok számos veszélyt jelentenek az egészségre – mint a méh átlukasztása, vérzés, és fertőzés –, főként gyakorlatlan kezekben. A becslések szerint évente 100 000 és 200 000 közé tehető a fejlődő országokban a tiltott kaparások komplikációi miatt meghalt nők száma.³

A jó szándék ellenére a családtervező programok gyakran kudarcra végződnek a népességnövekedés korlátozását illetően. A világ számos részén a termékenység korlátozásának gondolatát elutasítás vagy komoly fenntartások fogadják. Látnunk kell, ahogy azt Warwick⁴ ki is mutatja, hogy a családtervezés szokása nem egyetemes jellemzője a kultúráknak, és sok kultúra azt vissza is utasítja, számos érthető megfontolás alapján.

A legtöbb esetben a család tervezés összekapcsolódik a gyermek jelentőségével, értékével. Sok kultúrában a gyermek léte egyben a felnőttesség látható jele is, és sok férfi számára a fiú születése férfiasságuk legdöntőbb bizonyítéka. Azokban a társadalmakban ahol az éhínségek, szegénység, bizonytalanság, és a magas csecsemőhalandóság gyakori, ott a termékenységnek magas társadalmi értéke van.

A sok gyermek vállalása egyben a későbbi gazdasági és szociális biztonság megteremtésének, és a szociális státusz fenntartásának eszköze is egyben.⁴ Az ínséges állapotokban a hagyományos nagycsalád sajátos mikrotársadalmat biztosít; különösen ott igaz ez, ahol a források szűkössége miatt a gyenge állam ezt az átfogó, támogató biztonságot polgárainak nem tudja biztosítani. A nagycsalád mint társadalmi és gazdasági egység a források kitermelésének és a javak elosztásának közös gyakorlásával biztosít szociális biztonságot, segítve a gyermekek és öregek, illetve a betegeskedők biztonságos ellátását.

A családtervezés elutasítását illető további lényeges szempont, hogy a világvallások nagy része nem fogadja el a mesterséges fogamzásgátlás módszereit, és inkább a születésszabályozás természetes, a biológiai ritmuson alapuló eljárásait szentesíti. Azonban mind helyi, mind nemzeti szinten még számos más szemponttal is magyarázhatjuk a progra-

mok kudarcát. Warwick⁴ megjegyzi: hogy „minden országban létezik legalább egy társadalmi csoport, amely ellenzi a családtervezést a maga sajátos szempontjai szerint” – és ellenállásuk alapja lehet vallási, kulturális, gazdasági, vagy politikai természetű. A fejlődő országok egy részében a Nyugat családtervezési programjait a gyarmatosítás új formáinak tekintik, mely a helyi kultúrára és populációra gyakorol nyomást, gyengíti fejlődését. Hasonlóképpen az interetnikus konfliktusokkal jellemezhető többnemzetiségű államokban, mint Sri Lanka, Libanon, Malajzia, Fidzsi, Dél-Afrika vagy India ezek a konfliktusok „azt az érzést kelthetik, hogy a nagy népességszám létfontosságú a közös túlélés tekintetében, és a családtervezés az adott csoport ellenségeinek kedvez”.⁴

A fogamzásgátlás elfogadását illető másik tényező a testről, közelebbről a női reproduktív szervrendszerrel alkotott elképzelések, hiedelmek rendszere. Ilyen képzeteket példáz az az Egyesült Államokbeli⁵ egyes szegény rétegek körében gyűjtött hiedelem, mely szerint a méh, mint üreges szerv az egész hónap során zárva van, és csak a havi vérzés ideje alatt nyílik meg. Tehát csak ezen időszakot közvetlenül megelőző, vagy a szorosan rákövetkező időszakban lehet teherbe esni, a vérzés alatt az aktus szigorúan tilos, és így a hónap többi részében fogamzásgátlásra sincs szükség.

Továbbá a nők számos kultúrában a menstruációs vért, mint „szennyező” vagy „mérgező” váladékot tartják számon, és ha annak mennyisége csökken, akkor szervezetükben több méreg marad vissza (lásd 2. és 6. fejezet). Ez lehet az egyik oka annak, hogy a menzesz mennyiségét csökkentő, vagy annak elmaradását előidéző antibébi tabletták a világ számos részén a nők körében elutasításra találnak. Good⁶ példáját idézve az iráni Maraghehben a pirula nyomán lecsökkent menzeszt a „szívbánalommal” mint sajátos népi betegségképpzettel kapcsolják össze (lásd 5. fejezet), és így a pirula szedését kerülik is. Scott⁷ Miami-ban végzett tanulmánya szerint az ottani nők egy része hasonló okból tartja a tablettát szedését veszélyesnek, ugyanis a vérzés csökkenése miatt felhalmozódó visszamaradt vér „vérmomást”, „lelki betegséget”, vagy „idegességet”, „depressziót” okozhat. Azokban a csoportokban, akik a menstruációs vért szennyezőnek, vagy másokra veszélyesnek tartják, a menzesz közeli pecsételő vérzés gyakoribb volta szintén oka lehet az elutasításnak: ez a képzet visszatarthatja őket a közös vallási rítusok, és ünnepek látogatásától tekintettel időszakosan tisztátalan voltukra.

Hasonlóképpen a kulturális attitűdök befolyásolhatják a méhen-beli mechanikus fogamzásgátló-eszköz, az IUCD elfogadását vagy visszautasítását. Azok, akiknél az IUCD erős vérzést vált ki, éppen a fentiek miatt részesítik előnyben a minél több méregtől megszabadító módszert. Mások pedig a női testet illető „népi anatómiai” képzetek miatt utasítják el. Így McCormack⁸ Jamaicában gyűjtött adatai szerint egyes nőkben szilárdan él az az elképzelés, hogy a méh és a hüvely mindkét végén nyitott cső, és így az abba felhelyezett eszköz elmozdulhat, és a testben akár „el is veszhet”. Snow⁹ Afro-Amerikain szegények között talált hasonló képzeteket az IUCD alkalmazását illetően. A menstruációs

vér vélt fertőző, mérgező volta miatt sokan tartózkodnak magukat *ilyen időszakban* egy ismeretlen idegen orvosnak kiszolgáltatni.

Nemcsak kulturális képzetek, hanem gyakorlati megfontolások is gátolhatják a családtervezési módszerek bevezetését, ilyen lehet a költségesség vagy a hozzáférhetőség. A mesterséges fogamzásgátlás minden formája, a sterilizációt is idevesszük, kockázatokkal és mellékhatásokkal jár, ezek ismerete és kipróbálása is hat a közösségben, ha elfogadják, ha nem, az asszonyok.

Ahogy már említettük, a családtervezési programok többsége az asszonyokat veszi célba. Ahogy McCALLY³ írja: „Úgy tűnik, hogy a népességnövekedés ellenőrzése az asszonyok kezében van. Az asszonyok számára elérhetővé vált oktatás, egészségügyi ellátás, a foglalkoztatottság biztosítja az asszonyok emancipációját, mely egyben a legfőbb meghatározója a reprodukciónak”. A „szaporodást illető döntések” meghozatala azonban nem korlátozható az asszonyok világára. A „termékenységet befolyásoló döntések” a helyi kulturális viszonyoktól, a házassági szokásoktól, lakásviszonyoktól, és az asszonyok családi és rokonsági csoportbeli helyétől egyaránt függenek. Dyson és Moore⁹ például a gyermekvállalást illető döntésekben az asszonyok súlyát eltérőnek találták India déli és északi területein. Kutatásaik szerint északon a lányok korábban mennek férjhez, mint a délen, és így a férj családja szorosabban ellenőrzi őket, ami a több gyermek, főként fiúk vállalására ösztönzi őket.

A családtervezési programok a *férfiakat* is célba veszik. Jelenleg a férfiakat célzó programok nagy része a gumióvszer használatát inkább az AIDS megelőzésének eszközeként népszerűsíti, mint rendszeres fogamzásgátlót egy kapcsolaton belül. A termékenységben az asszonyoknak tulajdonított elsődleges szerepre utal sok férfi érvelése, mely szerint az asszonyoké a felelősség a terméketlenségért is (lásd a 6. fejezetet).

A populációk sokrétősége miatt sok antropológus jutott arra a meggyőződésre, hogy *nem lehet* egységes családtervezési modellt alkalmazni a világon. Az országok, régiók, vallások, etnikai csoportok és helyi közösségek eltérő magatartást tanúsíthatnak a családtervezés kérdésében, és így mindegyik más módszert részesíthet előnyben. Néhány esetben, főként kulturálisan, etnikailag, és szociálisan eltérő népeiségekben ez még a *nemzeti* családtervezési stratégiát is megnehezítheti, ha nem teszi azt lehetetlenné.

Ahogy azt Warwick⁴ javasolja, a nemzetközi és nemzeti szint mellett a *helyi* közösségeket is be kell vonni a családtervezési programok kialakításába. Ez szükségessé teszi az adott közösséggel való rendszeres konzultációt, sajátos kulturális szükségleteik, elvárásaik, gondolkodásmódjuk figyelembevételét (így pl. a női munkatársak vezetésével a beszélgetéseket, és vizsgálatokat), vélemények feltárását és az együttműködést a helyi vallási és politikai vezetőkkel. Ez egyben annak a felismerését is jelenti, hogy „egyes régiókban a szocio-kulturális feltételek nem érettek bármilyen családszabályozási program befogadására. Az élet túl bizonytalan, a gyermek értéke túl nagy, a politika túlságosan po-

larizált, és a populációszabályozás szándéka túl távoli ahhoz, hogy a belefektetett erőfeszítések megérjék.”

Végül a megelőzéshez, és más egészségügyi programokhoz hasonlóan a családtervezési programok sem tervezhetők magukban, légtüres térben. Általában szociális és gazdasági fejlődést is elősegítő átfogó programok részeként kell őket javasolni, ilyen intézkedések a szegénység csökkentése, az egészségügyi ellátás, a táplálkozás javítása, de az írástudás, foglalkoztatás fejlesztése, a csecsemő és anyai mortalitás csökkentése is mind ilyen lépésnek tekinthető. Globális szemszögből mindez a források egyenlőbb elosztását jelenti dél és észak, azaz a világ szegény és gazdag fele között, mely egyben a fejlettebb világ energiafogyasztásának csökkentését is igényli.

Urbanizáció

A túlnépesedéssel párhuzamos erőteljes jelenségnek tekinthető az *urbanizáció*. A tizenkilencedik század elején a világ városlakó népessége még együttvéve sem érte el az 50 milliót, a 2000. évben ez a szám a becslült 3,1 milliárd nagyságot is elérheti.¹¹ A világ számos részén hatalmas városóriások növekednek – mint Cairo, Kalcutta, Mexico City, Sao Paulo, Bombay, Dzsakarta és Manila –, mely egyaránt következménye a természetes szaporulatnak, és a vidékről a jobb élet reményében városba vándorlók mind nagyobb számának. 2000-re az 5 milliónál nagyobb lélekszámú városok száma meghaladja a 60-at – ennek 61%-át a természetes növekedés teszi ki, míg a többi a bevándorlásból adódik. Ezen városok zöme a fejlődő világban található, ahol az össznépesség 44%-a lakik ezekben az óriás városokban a becslések szerint.¹¹

Az urbanizációt kísérve gyorsan nőtt a városi szegények száma, akik nyomortelepeken, bádógvárosokban élnek, a „városok árnyékában”. A nyomortelepek, bádógvárosok lakóinak aránya változó, Adis Abebában 79%, Calcuttában 67%, Kinshasában 60%-ot tesz ki, Rio de Janeirowan ez az arány 30%-os, Karachiban 23%, és Bangkokban 20%.¹¹

A városi szegények számos egészségügyi problémával találkozhatnak, gyakran rosszabb helyzetben, mint falusi sorstársaik. Ezek egy része alulfejlettségből adódik (mint a fertőző betegségek, alultápláltság), más részük ellenkezőleg, épp a fejlődés hátrányaiból adódnak (környezetszennyezés, zaj, közlekedési balesetek). Harpham és mts.¹² szerint ezek a problémák három forrásból tevődnek össze:

1. A szegénységből egyenesen következő problémák – munkanélküliség, alacsony jövedelem, iskolázatlanság, írástudatlanság, alultápláltság, a szoptatás hiánya, prostitúció.
2. Környezeti problémák – rossz lakáskörülmények, zsúfoltság, elégtelen ivóvízforrások, és hygienés körülmények, a szenny-

vízvezetés hiánya, légszennyezés, közlekedési balesetek, a veszélyes ipari létesítmények közelsége, az élelemtermelésre alkalmas földterület hiánya.

3. *Pszicho-szociális problémák* – stressz (lásd 11. fejezet), létbizonytalanság, családi válságok, depresszió, alkoholizmus, dohányzás, családon belüli erőszak, és drog-függőség.

Az egészségügyi kérdések ritkán korlátozódnak a nyomortanyák lakosságára. Mexiko Cityben például olyan sok ember él megfelelő közegészségügyi feltételek nélkül, hogy sokszor „fekália” hull a városra, mert a szél felkapja és szétszórja a megszáradt emberi ürüléket.³ Ahogy azt alább illusztráljuk, a túlszűfolt városi környezet forrása lehet számos fertőző betegségeknek – egyeseket az emberek, másokat vektorok, például moszkítók terjesztenek.

Esettanulmány: Dengue és az urbanizáció a mexikói Méridában, és a hondurasi El Progressóban

Kendall és mts.¹³ Mérida és El Progressóban végzett vizsgálataikkal igazolták, hogy a fokozódó urbanizáció – különösen a nyomortelepek, bádóvárosok növekedése – a betegségek új ökoszisztémáit teremti meg. Közép és Dél-Amerika és a Karibi térség túlnépesedése, a környezet-szennyezés, rossz hygienés viszonyok, a hulladékok felhalmozódása, mind elősegítik bizonyos betegségek terjedését. Ilyen a rovarok által terjesztett dengue, és egyik variánsa, a dengue vérzéses láz (DHF), malária, sárga láz, elefantiázis, és a Japán encephalitis. A DHF-et moszkítók által terjesztett vírus okozza, különösen a sárga láz terjesztéséért is felelős *Aedes aegypti*-től kaphatja meg az ember. Vérzéses betegségeket okoz, mely halálos is lehet, és jelenleg nem áll rendelkezésünkre gyógyszer, vagy vakcina, mellyel a betegséget meg lehetne előzni vagy gyógyítani. A városi környezetben az esővíztárolókban, hordókban, virágtartókban, itatóvályúkban pangó víz a bölcsője szúnyogoknak. Azonban nagyon sokan nincsenek tisztában a szúnyogok által terjesztett veszélynek, a védekezés szükségességének. Méridában a népesség széles körét érintő közegészségügyi felvilágosító programok ellenére sokan keverik össze a betegséget más lázzal járó kórképekkel, mint a szarvasmarhákat fenyegető *derengue*, az influenza, vagy a *deshidratación* (kiszáradás): a megkérdezettek nem a közvetítő vektorokat, a rovarokat okolták, hanem a betegséget hozó szeleket. Az El Progreso az emberek többsége hallott már a dengue-ről, mégis sokan összekeverték azt az influenzával, és forrását itt is a szelekkel, vagy a hulladékkal hozták kapcsolatba a szúnyogok helyett. A szerzők következtetése szerint az adott tempójú városiasodás és az „új” városi betegségek jelentkezése és ellenőrzésük igénye fontossá teszi a városi környezet szerveződésének, és a betegségekkel kapcsolatos összefüggéseinek ismeretét. Szintén fontossá

válnak az egészséget érintő újszerű társadalmi tevékenység, részvétel bátorítása, és az egészségmagatartást befolyásoló tudás gyarapítása.

Az új óriásvárosok antropológiai kutatása – különösen a szegények körében – hozzájárulhat a Közösségi Egészségügyi Programok (Community Oriented Primary Care – COPC) kialakításához, mely az egészségügyi ellátás helyi igények és feltételek szerinti kialakításának jelentőségét hangsúlyozza.¹⁴ Szerepe az adott közösség sajátos egészségügyi problémáinak, és szükségleteinek felmérése, ideértve a kulturális hiedelmek, és magatartások szerepének tudatosítását is, és ezek figyelembevételével közvetíthet az orvosok, és az egészségügyi személyzet felé. Az etnográfiai kutatás a megelőző egészségügyi programok kialakításában, és értékelésében – nemzeti és nemzetközi szinten egyaránt – fontos lehet, ahogy ezt fejezetünk későbbi részében bemutatjuk.

A szerzett immunhiányos szindróma (AIDS)

Az AIDS egyike jelenkorunk rettegett halálos veszedelmeinek, mely nagy fenyegetés a globális egészségre. Mann és mtsai¹⁵ összefoglalója alapján a WHO-nak 1992-ben 164 ország jelentett AIDS megbetegedéseket. A közel 2,5 millió AIDS halálesetből 550 000 gyermeket érintett, a halálos esetek 75%-a Afrikában történt, míg a gyermekhalálok 90%-a esett erre a földrészre. Az amerikai kontinensen 268477 esetet jelentettek be, melynek 80%-a esett az Egyesült Államokra (a globális összérték 44%-a), a maradékon Kanada, Brazília, és Mexikó osztozott. Sok fejlett ipari országban az AIDS a 35-44 éves férfiak halálai között az első tizenben szerepel, New York Cityben 1988-1989-ben a 25-39 éves nők halálozásának vezető oka volt. A jelenlegi helyzetet elemezve 1992-re 12 875 450 ember fertőződött HIV-vírussal, és a becslések szerint ez a szám 1995-re elérheti a 20 000 000-t (melyből 2,3 millió gyermek). A fertőzések 90%-a a fejlődő világban jelentkezik. 1985 óta a vírus átvitelének jellege némi változást mutatott, a homoszexuális közvetítés aránya csökkenést mutat, de a heteroszexuális fertőzés és az injekciós kábítószerélvezet révén adódó fertőzések aránya nőtt. Összességében a becslések szerint 2000-re az AIDS-ben elhaltak száma 5,9 és 20,4 millió közötti számra rúghat.

Az AIDS nemcsak biológiai szempontból tekinthető egyedülálló kórképnek. Mivel terjedését a biológiai szempontok mellett nyilvánvalóan az emberi magatartás, a szexuális viselkedés is meghatározza, ezért egyaránt biológiai és szociokulturális jelenség. Az ellenőrzésében kifejtett igyekezet nem korlátozódhat a vakcina előállítására, vagy a gyógyszeres kezelésre. Figyelembe kell vennünk a környezet társadalmi, kulturális és gazdasági összetevőit, melynek szövetébe ágyazódva fokozódhat, vagy fel-tartóztatható a kórkép terjedése.

A következő részben az orvosi antropológia és más társadalomtudományok kutatásai nyomán körvonalazódó utakat mutatjuk be, melyek segítenek ezen szociokulturális tényezők megértésében.

Az AIDS metaforái a nyugati világban

Az 5. fejezetben már volt szó a kortárs nyugati társadalomra jellemző, az AIDS rettegett négy betűjéhez kapcsolódó metaforák többségéről. Említettük, hogyan szerepel az AIDS a médiában, az orvosi és a köznapiság értelmezésében, volt szó a stigmatizáló, kirekesztő politikai hatásáról az érintett, kockázati csoportok (a homoszexuálisok, kábítószerélvezők, és a bevándorlók) esetében.¹⁶ Frankenberg¹⁷ az AIDS irodalmi megjelenítésének elemzésekor kimutatja, „azt az el-lentmondást, hogy az AIDS-et kevesek betegségének látják, amely azonban mégis végső veszély mindenki számára”. Ezek az előítéletek és a velük együttjáró félelmek, alááshatják a betegség azonosítására, kezelésére, ellenőrzésére irányuló törekvéseket, a betegek gondozása, együttérző támogatása ellehetetlenülhet. Így az AIDS iránt tanúsított erkölcsi, ideológiai beállítódás a betegség ellenőrzésében hasonló fontosságú lehet, mint a hatékony vakcina utáni kutatás. Ahogy azt Clatts és Mutchler¹⁸ megjegyzi, fontos tisztázni, „mit vált ki a társadalom a szavakkal, és a szavak kiváltotta képzetekkel”. Hangsúlyozzák, hogy az adott kultúra metaforái kiemelkedő szerepet játszanak az identitás, az „én”, a „mi” és a „mások” kialakulásában és egymáshoz való viszonyában. Az Egyesült Államokban az AIDS általános betegségképe a betegség áldozatát, mint „másikat”, „idegent, antiszociálisat, természet-ellenest, veszélyest, és fenyegetőt” határozza meg. Leírják, hogy a betegség képe mint válik mind ördögibbé, hogy végül elég legyen valakire kimondani az AIDS kórisméjét, ami nem jelent mást, mint az illető „veszélyes és érinthetetlen”, és betegségük „az ördögi erkölcsstelenesség és/vagy az elmebaj” sajátos megjelenése. A homoszexuálisok, kábítószerélvezők stigmatizált csoportjait gyakran társítják valamilyen személyiség típus képével, mint például a kényszeres, kontrollvesztett, beilleszkedni képtelen személyiséggel. Clatts és Mutchler szerint az AIDS azonosítása a deviáns „másikkal”, vagy a túlságos bizalom az orvoslás gyógyítóerejében veszélyes lehet, mert abba a tévhitbe ringatja az amerikai közvéleményt, „biztonságban” vannak, amíg felszínre törő vágyukhoz kötődnek.

Az AIDS kulturális megjelenítése

Bár az AIDS globális betegség, mégis embercsoportonként eltérő módon értelmezik eredetét, jelentőségét és terjedésének módjait – és eltérő az AIDS-nek tulajdonított *jelentések* értelmezése is. Ez egyben további példa a „betegség” és a „kórkép” 5. fejezetben tárgyalt eltérésére. Az AIDS több szempontból is korunk népbetegségévé vált, miközben magába szívta az adott közegre jellemző helyi képzeteket, metaforákat és kulturális témákat. Ezek mind – ahogy általában az emberi szerencsétlenség minden alakjában látjuk – a „Miért engem?”, és a „Miért épp most?” kérdésekre kínálnak magyarázatot.

Főként a nyugati országokban a kiterjedt hírverés egy sajátos, „folk AIDS”-nek nevezett jelenség kialakulásához vezetett, melynek szenvedő alanyai depressziós, szorongó emberek. Ez a „betegség nélküli kórkép”, melyet a „pszeudoAIDS”¹⁹ elnevezés talán még hívebben fejez ki, olyan betegekben fejlődik ki, akik meg vannak AIDS-es voltukról győződve, jöllehet ennek semmiféle bizonyítéka nincs. Ennek egyik oka Miller és mtsai.¹⁹ szerint az lehet, hogy az AIDS korai tünetei – mint a letargia, étvágytalanság, súlyvesztés, és az erős verejtékezés – megegyeznek a szorongás és a depresszió tüneteivel és így könnyen félreértelmezhetők.

Más vonatkozásban az AIDS kulturális megjelenítésében ötvöződhet az orvosi tudás és a helyi képzetek: lehet az AIDS egyszerre egy testi betegség, és büntetés a vétkes viselkedésért. Például Ingstad²⁰ Botswana-i megfigyelése szerint a hagyományos gyógyítók tudtak az AIDS-ről, de azt a szexuális tabutörés miatt fellépő hagyományos betegség fogalom, a meila egy új változatának tartották (lásd alább). Az Egyesült Államokban Afro-Amerikaiak körében talált Flakerud és Rush²¹ hasonló értelmezésre, ahol a betegség szintén a főként a homoszexualitást, és a házasságon kívüli nemi életet tiltó vallásos és morális törvények megsértése nyomán elszenvedett büntetésként volt számontartva. Ez a kulturálisan meghatározott betegségkép azonban egyáltalán nem merev jelenség. Az antropológiai kutatások szerint idővel változást mutathat, ahogy gyakran az egészségnevelési hatások nyomán megszerzett új információk beépülnek, és ötvöződnek a korábbi hagyományosabb képzetekkel, mint azt az alábbi esettanulmányban látni fogjuk.

Esettanulmány: Az AIDS változó képe a haitii Do Kayban

Farmer²² leírása érzékelteti, hogyan változtak az AIDS betegséget (*syndrome d'immunodeficiency acquise – sida*) illető elgondolások fokozatosan 1983 és 89 között Haiti egy kis falujában, Do Kay-ban.

1983-84 idején a faluban a kórképről a bizonytalan értesülések révén, mint afféle „városi nyavalyáról” (*maladi lavil*) beszéltek, melynek terjedési módját, súlyosságát keveseket leszámítva nem ismerték.

1985-86-ra követte a hagyományos betegségmagyarázatokat, a *sida*, mint „vérbetegség” jelent meg, mely nyomán a „vér megzavarosodik, elfogy, és a beteg sápadtá, kiszáradtá” válik.

Részben a közegészségügyi programoknak köszönhetően, ezek az elképzelések fokozatosan összekapcsolódtak a *sida* fertőző voltának bizonytalan felfogásával, melyet vérátömlesztések, homoszexuális kapcsolatok okozhatnak – de az okok közé sorolták a városi kimerítő túlmunkát, sőt az Egyesült Államokbeli utazásokat is. 1987-ben a betegség tüneteire vonatkozóan kezdett kialakulni, különösen a hasmenés, és TBC társulására vonatkozóan. Még ebben az esztendőben egy falu-

beli is megbetegedett az AIDS-ben: amit sokan „igézett, küldött betegségnek” tartottak, rosszakarát, boszorkányság következményének. Az áldozat családja konzultál a voodoo pappal, a pap a feltételezést megerősítette és a betegséget felelős személyt is megnevezte. Amikor egy másik falubeli személy is megbetegedett a kórképtől, nem hitték el, hogy az a rettegett *sida*, mert a leányt „túl ártatlannak” tartották, aki nem lehetett célpontja rosszindulatnak. 1988-89-ben a betegek halála után, és egy harmadik személy megbetegedésekor a kórképet illetően újabb közös képzet alakult ki Do Kayban. Eszerint a *sida* egyszerre értelmezhető két nézőpontból is, az egyik szerint a betegség háttérben „kórokozó” állott: azaz testi betegségről van szó, melyet a szexuális kapcsolat révén lehet elkapni a kórokozó hordozójától, és egyben természetfölötti betegség is, melyet a rosszindulatú ellenség a betegre tud küldeni varázslás révén. A gumióvszer az előbbivel szemben megvéd, de nem védelmez a varázslástól. A „természetfölötti” *sida*val szemben csak azok a lépések eredményesek, melyek „a küldött betegségek bármilyen változatával szemben hatásosak”.

Ahogy az Farmer kutatásaiból kitűnik, a 6 éves időszak alatt „a *sida* elnevezés, és a hozzátartozó szindróma az eltérő haiti betegségek sorozatába ágyazódott be”. Továbbá a betegség hirtelen feltűnése szélesebb szociális és politikai értelmezést is nyert, mint „a Haiti nép végnélküli szenvedése, Istentől való büntetés, az uralkodó osztály korrupciója, és az észak-amerikai gyarmatosítással kapcsolatos nyavalya”.

Az AIDS-t illető szakmai és köznapitudás

A világ számos részén az egészségnevelési programok mind nagyobb számban próbálják az AIDS kutatás tudományos eredményeit közkinccsá tenni. Azonban számos ok folytán az emberek széles tömegei továbbra sincsenek tisztában a terjedés módjával, és a megelőzés lehetőségeivel. Smithson tanulmánya²³ szerint az angliai Wallsallban az AIDS-t illető általános ismeretek megfelelőek (a megkérdezettek 90 %-a a televízióból nyerte ismereteit, és 80 %-uk olvasott a kérdéssről újságcikkeket), ennek ellenére számos tévképzetet tapasztalt a betegség terjedését illetően. 26 % hitte azt, hogy véradoként is megkaphatja a kórt, 16,1 szerint a közösen használt edények, kések, és 15,6% szerint AIDS-es beteg után használt WC is szintén fertőzéssel fenyeget. Ugyanebben vizsgálatban a kérdéseket feltették az egészségügyi személyzetnek is (nővéreknek, asszisztenseknek), közülük 17,8% gondolta hogy a véradás is fertőzéssel fenyegetheti a véradót, és több mint felük félt attól, hogy elkaphatja a betegektől az AIDS-t. Temoshok és mtsai.²⁴ San Franciscóban, Londonban és New Yorkban 399 személyt kérdeztek ki, és vizsgálatuk szerint az AIDS-től való differenciálatlan, általános félelem, éppúgy mint a homoszexuálisokkal szembeni előítéletesség az AIDS vonatkozású ismeretek alacsonyabb szintjével társult, Londonban a félelem nagyobb, és a tudás alacsonyabb szintjét találták a szerzők a San franciscoi tapasztalatokkal összevetésben,

a New Yorki adatok köztes helyet foglaltak el. Ebből a tanulmányból azonban az nem derült ki világosan hogy „a félelem és ... az előítélet fokozza-e az ignoranciát, vagy az ignorancia növeli-e a félelmet és az előítéletet”.

Mindenesetre a tudás önmagában nem minden: az irracionális félelmek és előítéletek szintén fontos szerepet játszanak az adott magatartás módosításában.

Snow²⁵ leírása szerint az Afro-Amerikaiak által lakott negyedekben a hiedelem szerint az AIDS-t az „érintés”, „csók”, „szúnyogok”, a „vécék”, „piszok” egyaránt terjeszthetik. Egyesek a betegséget a „rossz vér” bizonyságának tartják („Annyi minden teheti tönkre a vért; mint az AIDS-től, egy csomó dologtól a vér mocskossá válik”), mások „a mocskokkal szembeni védekezőképesség meggyöngyülésében, rossz higiéné-ben, hideghatásban, elégtelen táplálkozásban, és a menstruáció miatt legyöngyült szervezetben” látják a baj gyökerét. Az a hiedelem, mely szerint a szúnyogok is terjesztik a betegséget ugyanúgy ismertek Namíbiában, mint az a képzet, hogy a tünetmentes hordozó nem fertőző.²⁶

Bár az AIDS-t illető hiedelmek tanulmányozása hasznos lehet a további egészségnevelői munka megtervezésében, az antropológusok gyakran figyelmeztetnek arra, hogy a hiedelmek és a magatartásformák korántsem azonosak: amit a viselkedésükről az emberek mondanak, sokszor nem egyezik azzal, amit a valóságban tesznek. A kutatások jelzik, hogy a kockázatok ismerete önmagában nem mindig elég a magatartás megváltoztatásához – ahogy azt a szenvedélybetegségekben, a dohányzás, alkoholizmus, ittas vezetés esetén látjuk.²⁷ Ennek a „hasadásnak” a lélektani okai összetettek, és gyakran nem is értelmezik azt helyesen. Az egyén szemszögéből nézve a szerencsében, a jószágban, a veszélyekkel szembeni kivételes védettségben való bizalom, vagy épp a tudattalan önpusztító késztetés, vagy a kockázatkérés izgalmanak hajszolása állhat. Ahogy egy Thai falu férfainak szexuális életét vizsgáló tanulmányban olvashatjuk „az AIDS alkalmas arra, hogy sérthetlenségüket megmérjék; bizonyítva barátaiknak bátorságuk nagyságát.”²⁸

Az AIDS társadalmi vetületei

Az AIDS-fertőzött (vagy HIV-pozitív) emberek gyakran válnak a megkülönböztetés, előítéletek, sőt néha akár erőszak áldozataivá. Extrém esetben a társadalom kirekesztő magatartása „szociális halálhoz” vezethet, amint arról a 9. fejezetben már írtunk.

Az AIDS kapcsán a nem-beteg társadalomban kialakuló attitűdök, előítéletek és sztereotípiák, a stigmatizálás mértékének vonatkozásában alapvető adatokat kínál az antropológiai kutatás. Katz és mtsai.²⁹ például – főként orvostanhallgatók, nővérek és kiadványokat tanuló hallgatók csoportjaiból – 433 felnőttet kérdeztek meg New York Cityben, arról, hogy milyennek látják a súlyos betegségtől, esetünkben az AIDS-től szenvedőket. A tanulmány felfedte az AIDS súlyosan stigmatizáló hatását, és minden csoportra jellemző volt az AIDS beteget olyan „deviáns

személynek látni, aki maga is felelős betegségéért". A namibiai Owambóban Webb²⁶ hasonlóra arra jutott, hogy az AIDS erősen stigmatizáló betegség, és sokak vélekedtek úgy, hogy „az AIDS vírust hordozók betegségük tudata ellenére akarattal fertőznek meg másokat, rosszindulatból vagy az önmegtartóztatásra való képtelenségük miatt”. Temoshok és mtsai.²⁴ megjegyzik, hogy „a betegségtől való félelem függvényében kulturális eltérések észlelhetők a nagyobb kockázatú csoportokkal való érintkezés, illetve az őket illető előítélet tekintetében”. Ezeket a különbségeket jelző adatokat az egészségnevelési programok tervezésénél lehet hasznosítani, melyek fő célja, hogy a csökkentse a betegséget illető felelőtlenséget, és az AIDS-t övező irracionális félelmeket.

Az antropológusok segíthetnek a társadalmi kapcsolathálózatok, segítő csoportok azonosításában, és más az AIDS betegeket támogató közösségi források mozgósításában is, mely segítség a betegek hosszú távú kezelésének részévé szervesíthető. Ez különösen fontos a városokban, mivel – a nyugati országokban különösen – az AIDS nagyvárosi betegség. 1991 végére az Egyesült Államokban azonosított esetek közel 20%-a (37 436 fő) New York City lakosa, és csak San Francisco mögött marad el a 10 000 főre jutó betegszámot illetően.²⁹ Az anómias társadalmi jelenségek ellenére a városi környezet az AIDS betegek számára a falusi millióval szemben számos előnyt kínál: az egészségügyi ellátás intenzívebb volta, közelsége, az önszorgító csoportok, a szociális támogatás szervezettebb volta, és az eltérő életvitel iránti türelem mind ilyen kedvező adottság. Az egészségnevelő programoknak figyelembe kell venni a városi népesség társadalmi, és kulturális sokrétűségét, és a hozzáférhető sokféle közösségi támogatási forma kínálta lehetőségeket.

Szexuális szokások és magatartásformák

Az AIDS szorosan kötődik a szexuális magatartásformákhoz, de az emberi viszonyok ezen övezetéhez a kutatás nagyon nehezen fér hozzá. Az elmúlt időszakban azonban számos antropológiai vizsgálat keresett megoldást erre a helyzetre, hasznos adatok tömegét kínálva a közegészségügyi programok tervezőinek. Ezen kutatások feltárták a kultúraközi eltéréseket a normális és abnormális (heteroszexuális, homoszexuális) szexuális magatartás mintázatait illetően. Például az anális szexet Brazíliában a heteroszexuális, és a homoszexuális kapcsolatokban is gyakoribb jelenségnek találták a kutatók szemben más országokkal.³⁰ Másik idevágó példa a házasságon kívüli szex nagy kultúraközi eltéréseket mutató volta, és az a tény, hogy a legtöbb társadalomban ez jóval jellemzőbb a férfiakra, mint az asszonyokra (lásd 6. fejezet) – egy döntő tény. Mindez akkor tűnik hangsúlyos szempontnak, ha szembenézünk azzal a ténnyel, hogy a világ számos részén az AIDS mindinkább „heteroszexuális” betegséggé válik.²⁷ Továbbá, ahol a nemi erkölcs kettős

standardja jellemző – az asszonyok (de nem a férfiak) esetében elvárt szűzies, hűséges erkölcs – ott a férfiak magatartása, főleg a prostituáltak látogatása miatt, veszélyeztetett.³¹

Mexikóban Carrier³² utal a városi és főleg mesztic (*mestizo*) férfiak körében a kulturális értékek AIDS megelőzésben játszott jelentős szerepére. Ide sorolható a család fontossága, a határozott férfi szerep, a férfiasság (*machismo*), az asszonyok határozott szétválasztása „jó” és „rossz” asszonyokra, és a homoszexualitáshoz kapcsolódó szégyenérzet. Ahogy Brazíliában,³⁰ itt is élesen kettéválik a nemi szereposztás a homoszexuális férfiak között, az aktív, „férfias” (*activo*) szerep az egyik oldalon, míg a passzív befogadó (*pasivo*) szerep a másik csoporté. Csak a második csoportot tartják valódi homoszexuálisnak és nőiesnek. Az „activo” csoportot nem stigmatizálják a homoszexuális címkével, a „mexikói férfiak férfias én-képét homoszexuális magatartásuk nem zavarja, amíg a férfiszerepet játsszák kapcsolataikban és nőkkel is tartanak fenn kapcsolatot”. Bár biszexuálisnak nevezhető ez a magatartás, ők önmagukat heteroszexuálisnak tartják. A *machismo*, a férfiasság hangsúlyozásának igénye arra készíti a férfiakat, hogy kamaszkoruktól „elkötelezetten, többirányú nemi kapcsolatokat létesítsenek férfiasságuk jeleként”. Kontrasztképpen az asszonyok „jó” (szűzies, hűséges, tiszteletreméltó) és „rossz” (akik azonosulnak romlottságukkal) (*spoiled identity*) csoportjára való osztásának megítélő fenyegetése együttjár a leánykortól a korai asszonykorig tartó 10-12 éves periódusban a nemi magatartást érintő szigorú kényszerekkel. Ezalatt az időszak alatt ez a rossz asszony: ők játsszák a prostituált (*puta*), a szerető (*amante*), vagy a kikapós asszony szerepét. Bizonyos esetekben a homoszexuális partnerek „szabad, vagy olcsóbb alternatívát kínálnak az elérhető női partnerekkel szemben”. Carrier kimutatja, hogy a nők férfiak „többnyire csak nőkkel létesítenek házasságon kívüli kapcsolatot, de előfordulhat ennek az ellenkezője is”. Összességében arra jut, hogy „a szexuálisan aktívabb házastalan férfiak Mexikóban az anglo-amerikai férfiaknál gyakrabban létesítenek mindkét nemmel kapcsolatot”. A megelőzés szempontjait figyelembe véve javasolja – mivel a biszexuális és homoszexuális férfiak többsége családban él – a nemzeti egészségnevelési kampányoknak a *családokra* kell összpontosítaniuk inkább, szemben az egyénekre korlátozódó felvilágosítással, hangsúlyozva a biztonságos szex követelményeit. Egy másik fontos stratégia – tekintettel a szegénységre – az ingyenes, vagy olcsó gumióvszerek hozzáférhetővé tétele, vagy főként a „*pasivo*” homoszexuálisok esetében a spermaölő óvszerek forgalmazása.

A női- és férfi prostitúció jellemzői

A világ számos részén a HIV-fertőzés fő forrása a női és férfi prostitúció³³ – ahogy ez más nemi betegségek esetében ismert. Mint az emberi viselkedés más vonatkozásaiban is, a prostitúciót is csak a befoglaló

környezet sajátos kulturális és társadalmi közegében, *kontextusában* értelmezhetjük megfelelően. Így például a szakmaszerűen végzett „teljes idő” üzletszerű kéjelgést a „vörös lámpás” negyedekben a hivatalosságok eltűrik, azonban ez másutt nem megtűrt jelenség. Szegényebb országokban a prostitúció összetettebb jelenség. Előfordulhat az epizódikus prostitúciónak hívtat jelenség, amikor anyagi kényszerűségből asszonyok, ritkábban férfiak testüket árulják házasság előtt, alatt vagy megőrzésvégülésüket, válásukat követően.

A prostitúciós időszak néha néhány hónapig, vagy néhány évig tart, melyet a házasság vagy a gyermekvállalás szakít meg. A fentiek alapján a prostituáltak korántsem alkotnak egységes kategóriát, és sokszor egy adott városban vagy régióban *különböző* típusú prostitúcióval találkozhatunk. Carrier³² utal egy tanulmányra mely szerint Mexikóban *kilenc* eltérő típusra oszthatók a prostituáltak: „utcai örömlányokra, utazó (kóbor) utcalányokra, táncos konzumnőre, taxiskurvákra, bordélyban dolgozó hivatásosokra, félhivatásos örömlányokra, call-girl-ökre, hivatásos szeretőkre (*amantes*) és partira, vakációra szerződöttetett lányokra”. Az üzletszerű kéjelgés eme típusai eltérő fenyegetést jelentenek az AIDS tekintetében, és a megelőzés más-más módjait is igénylik.

A legtöbb esetben a *szegénység* és az asszonyok gazdasági függősége képezi a női prostitúció fő okait, különösen az időszakos prostitúció esetében. Lehetnek özvegyek, elváltak vagy férjüktől elhagyottak és ez kényszeríti őket a maradék család fenntartására, de előfordulhat, hogy a férj beteg vagy öreg, és munkaképtelen. Előfordulhat például Afrika egyes részein, hogy vissza kell fizetniük a férj által korábban megfizetett „menyasszonyváltást” a válás után, vagy ha a levíratus szabályai alól mentesülni akar, azaz nem akar elhált férje testvérehez feleségül menni (lásd alább).

Magánéletükben megmaradhatnak feleségnek, anyának, nagymamának, és lehet más szexuális kapcsolatuk, ami nem „üzletszerű” nemi kapcsolat. Más esetekben, ahogy azt Webb³⁶ észak-namíbiai megfigyelései mutatják „a tranzakciószerű nemi kapcsolat során sokkal személyesebb viszony alakul ki a főleg adolezcens fiúk és lányok, vagy egy lány és egy öregebb férfi között”. Persze a prostitúció *nem* az egyetlen gazdasági eszköz az asszonyok számára a szegény régiókban; ahogy azt a nyugat-afrikai Gambiában Pickering és Wilkins³⁴ adatai mutatják, az elvált, vagy megözvegyült asszonyok létüket más módon is fenntarthatják, gyakori foglalkozásuk a szakács, fodrászmesterség, vagy a kofaság. Lytleton²⁷ leírása szerint Thaiföldön a városi lakosok kilencszer többet keresnek a falusi lakosság jövedelméhez viszonyítva, és sok, ezekből a falvakból származó „üzletszerű kéjmunkás” több évet tölt Bangkokban azért, hogy tőkét gyűjtve visszatérhessen falujába családot alapítani. A falusi környezetben a üzletszerű szex jóval kisebb mértékben ugyan, de létezik, és ehhez a városi modellekből átvett, a szex iránt megengedőbb magatartás is hozzájárult. Egyes városokban a diáklányok diszkóban, vagy éppen diákszállójukban bocsátják áruba testüket, hogy így jussanak némi jövedelemhez. Még ha a prostituáltak igénylik is a „biztos

szex” technikákat, a helyzetet – mint a szituációt anyagi szempontból uralók – az ügyfelek határozzák meg. Például Leonard³³ a new jersey-i Camdenben 50 férfit kérdezett ki, akik már örömlányok kliensei. Közülük 29 visszautasította a gumióvszer használatát. Annak ellenére, hogy tisztában voltak a veszélyekkel, más, különböző stratégiával próbálták a kockázatot minimalizálni: a tiszta, ápolat, gyakorlatlan, vagy drogmentes lányokat keresték. Mások az orális szexet a hüvelyi aktussal szemben biztonságosabbnak ítélték. Mivel a „kondom-használat a szexpartnerek számára talán a legfontosabb megelőzési lehetőség”, az AIDS prevenció programoknak nemcsak a prostituáltakat, hanem ügyfeleiket is célba kell venni.

A női prostitúciónak megfelelően a férfi és biszexuális prostitúció is jelen van számos társadalomban. Brazíliában³⁰ ilyen a „maszkulin” (*miche*) forma, és a nőies transzvesztita (*travesti*) forma; vagy Mexikóban az *activo* és a *pasivo*.³² Azokban a társadalmakban, melyekre a szexuális kettős standard jellemző (ilyen Latin Amerika sok része)³¹, ahol a kamaszok és a fiatal férfiak erős ösztönzést éreznek a szexre, de korosztályuk nőtagjai a társadalom kényszerei miatt nem partnerek ebben, a prostitúció okozta kockázat fokozódik. Hasonlóan Afrika számos részén³⁵ a férfiakra jellemző kései házasság kor – mely gyakran összefügg a kiszemelt ara édesapjának kifizetendő menyasszonyváltás tetejéig összegével –, szintén növeli a kockázatot.

Így a prostitúció révén fenyegető HIV-fertőződés kockázatát csökkentő lépéseknek tekintettel kell lenni mindazon gazdasági, szociális és kulturális összetevő közegére, melybe ez a magatartás ágyazódik.

Intravénás kábítószerélvezet és a közös tű

Az Egyesült Államokban az intravénás kábítószer-fogyasztók (IVKF) (intravenous drug users (IVDUs)) alkotják a második legnagyobb AIDS kockázati csoportot.³⁶ Más fejlett, ipari társadalmakban a helyzet igen hasonló: a skóciai Edinburgh-ban az intravénás kábítószerélvezők 60%-a HIV-pozitív vírushordozó.³⁷ Az IVKF csoport mind veszélyesebb forrása a heteroszexuális népesség HIV fenyegetettségének.

Alapos etnográfiai vizsgálatok jelzik, hogy az IVKF réteg – és az általuk alkotott drogfüggő szubkultúrák – *nem* egyöntetűek: különböznek indítékaikban, attitűdjeikben, szexuális magatartásukban, társadalmi kapcsolatrendszerükben, a használt kábítószer fajtájában, és az alkalmazott injekció technikája szerint is. A legtöbb esetben a tű megosztása a HIV-fertőzés fő forrása, azonban ezzel más rizikómozzanatok, kockázati magatartások is átfedést mutatnak.

Page és mts.³⁶ 230 intravénás kábítószerélvezőt vizsgáltak meg, zömmel afro-amerikaiakat, akik a floridai Miami szegénynegyedeiben élnek. Közülük 104 bizonyult HIV-pozitívnak, és ez szoros összefüggést mutatott a közös injekciót használó gyakorlatával. Az injekció elkészítésekor a közös tűhasználaton túl még a fecskendőt is ugyanabban a vízben öb-

lítették ki, és ugyanabból az üvegcseből szívták fel a saját adagjukat. Továbbá a vizsgált személyek közül 136 időszakosan, akkor vagy egy korábbi időben már áruba bocsátotta a testét, közülük 45 (33 nő és 12 férfi) prostituáltként dolgozott a vizsgálatot megelőzően néhány hónapban, illetve több éve már.

Egy másik vizsgálatban 438 San Francisco-i IVKF személy 90%-nál tapasztalta a közös tűhasználat gyakorlatát Newmeyer és mts.,³⁶ jóllehet ennek a mintának csak a 9%-a bizonyult HIV-pozitívnak.

Bár 86%-uk határozottan állította, hogy a közös használat közben a tűt megtisztítják, ez nem volt következetes gyakorlat, és sokszor ez a „tisztítás” pusztán a tű elmosását jelentette. A tűmegosztás magyarázatát abban kell keresnünk, hogy egy időben (1985-86) nehéz volt tűhöz hozzájutni a hatósági tilalom miatt, mely orvosi alkalmazáshoz kötötte a tűk vásárlását. Newmeyer és mtsai ezért javasolják, hogy az IVKF személyek esetében az AIDS terjedését négy úton lehet feltartóztatni: a kábítószer-fogyasztás teljes abbahagyásával, ha ez nem sikerül, az intravénás szerek száján át szedhető készítménnyel való helyettesítésével, a közös tűhasználatból való felhagyással, s végül – ha más út nincs – a közös tű sterilizálásával.

Kutatásaik alapján kimondhatjuk, hogy a legtöbb IVKF magatartása alapján csak az utolsó változat tűnik megvalósíthatónak, és talán otthoni viszonyok között is ki lehet főzni a tűt. Ugyanakkor azt is megállapították, hogy a vizsgált személyek szexuális magatartása jóval nehezebben változtatható, mint a tűhasználati szokásaik, ezért a megelőzés erőfeszítéseinek az utóbbiakra kell összpontosítaniuk.

Sibthorpe³⁹ Oregonban azt vizsgálta, hogy miért utasítják el az IVKF közül olyan sokan az óvszer használatát, a „biztonságos szex” gondolatát. A 161 megkérdezett kábítószer-fogyasztó közül a nagy többség rendszeresen nem használ óvszert (58 %-uk a HIV-fertőzés veszélyét elhanyagolhatónak, vagy éppen zérusnak tartotta.) A kondomhasználat kapcsolatfüggőnek tekinthető. Minél nagyobb az érzelmi és szociális távolság a partnerek között, mint a prostituált és kliense között, annál valószínűbb az óvszer használata. A bensőségebb kapcsolatokban az óvszerrel szemben inkább elutasítók, az óvszer elvetése egyet jelent a szeretettel és a bizalommal, mint az intimitás alapjával és bizonyítékával. Így a prostituáltak az óvszert klienseik esetében használják, azonban férjük, barátjuk esetében nem (mondván, „ő az enyém, és ez nagy különbség”). Sibthorpe szerint az Egyesült Államokban az AIDS megelőzés főleg a kockázati magatartást illető személyes felelősségre összpontosított, szemben e magatartásokat magába ágyazó viszonyrendszerrel. Mivel a szex egy intim kapcsolatban az emberi társas kapcsolatok egyik alapja, a kondomhasználat ezekben a közeli kapcsolatokban sajátos fenyegetést hordoz: jelezhet bűntudatot, vagy gyanakvást; megkérdőjelezheti az „elkötelezettséget, kötődést, a kapcsolat kitüntetett voltát”.

Sibthorpe ezért arra a következtetésre jut, hogy a „biztonságos szex” főként a csekély szociális kötődést hordozó kapcsolatokban

figéretes megelőzőmód, míg az intimebb viszonyokban a kondomra való áttérés bonyolultabb folyamatnak tűnik.

Page és mts.³⁶ figyelemztetése szerint „az intravénás drog fogyasztó közösségek közötti magatartásváltozatok száma meghatározhatatlan, és a HIV-fertőzés eltérő módozataival fenyeget”. Ezért az egyik ország, régió, város vagy közösség számára kialakított stratégiák nem alkalmazhatók egy az egyben egy másik helyzetre a helyi adottságok figyelembe vétele nélkül.

Az AIDS és a hagyományos és alternatív gyógyítók

Az AIDS kutatás fontos részét képezik a gyógyítás pluralizmusát illető vizsgálatok (lásd 4. fejezet), a világ gazdagabb és szegényebb felén egyaránt. Mint más súlyosabb betegségekben, melyekre az orvostudománynak nincs gyors és hatásos válasza – ilyen a rák, a tartós fájdalom, és mozgásképtelenség⁴⁰ – az AIDS betegek is gyakran keresnek fel hagyományos, vallásos gyógyítókat, természetgyógyászokat. Nem egy esetben a közösségek elsősorban ilyen hagyományos gyógyítókkal beszélnek meg a betegség megelőzésének módját, ezért a betegség terjedésének feltartóztatásában hasznos szerepet játszhatnak.

Ingstad²⁰ Botswanából vett példájában leírja, hogy a különböző Tswana gyógyítók mint a *ngaka ya diatola* („a csontok orvosa”), *ngaka ya dishotswa* („füvesember”) és a *profiti* („a Független Afrikai Egyházak „prófétái”) gyakran eltérő hozzáállást mutatnak az AIDS okának és kezelésének dolgában. Egyesek azt „modern betegségnek” látják, melyben a hagyományos orvosságok, gyógyító tevékenység kudarcra van ítélve. Míg mások az AIDS-t „Tswana betegség”-nek tartják, a *meila* népi betegségfogalom egy változatának, mellyel a hagyományos gyógyítás meg tud küzdeni. Ebben az értelmezésben a betegség, és balszerencse okozója a szexuális tabuk megtörése, mely tabuk az élet bizonyos időszakaiban – mint a menstruáció, vagy a gyermekszületést követő időszak – tiltják a nemi életet. Ezek az időszakok ugyanis az asszonyi vér által közvetített szennyezéssel fenyegetik a férfiakat, melyet aztán a férfiak más asszonyok felé közvetíthetnek a nemi kapcsolat révén. Ahogy az AIDS esetében is, a vért és az ondót egyaránt, mint a „szennyezés” hordozóját tekintik. Ingstad javaslata szerint a Tswana gyógyítók az óvszer használatára buzdítással komoly szerepet játszhatnak az AIDS megelőzésében: A gumióvszer alkalmazásának javaslata a *meila* megelőzésében sokkal nagyobb elfogadásra talál, mint mondjuk a terhességszabályozásban vagy más nemi betegségek megelőzésében.

A különböző kultúrákban az AIDS természetgyógyász illetve hagyományos orvosi kezelésének hatásosságát, vagy hatástalanságát felmérő kutatásokra sürgős szükség van. Azonban látnunk kell, hogy a hatásosság fogalma a népi gyógyászatban eltér a nyugati orvoslás hatékonyság fogalmától. Például a „szimbolikus gyógyítás” vallásos és világiás formái (lásd még 10. fejezet) egyaránt nagy segítséget nyújthatnak a szen-

vedőknek és családjaiknak, mivel akkor is segítenek a betegnek, és „gyógyítják”, ha meggyógyítani nem tudják. Másrészt a népi és alternatív gyógyászat az egészségre káros hatással is lehet. Az injekciósok, az akupunktúra, a rituális „skarifikálás”, a véreztetés, akár a betegség terjedését is elősegítheti. A hagyományos gyógyítás eljárásain (gyógyfüvek, masszázs, moxibuszción kívül a szimbolikus gyógyítás világszerre elterjedt változatainak szociális, lélektani és fizikai (például az immunrendszerre kifejtett) hatásának megértéséhez is hozzájárulhat az antropológia.

Végül, nem lehetetlen, hogy maguk az IVKF-k sajátos perverz módon önmagukat „gyógyítónak” tartva, a drogot a megvonási szindróma tüneteit szüntető „orvosság”-ként rituálisan adják be. Ilyen értelemben vett „öninjekciózók”-ként lépnek fel.

A testcsontkítás és változatai

Ahogy azt a második fejezetben leírtuk, a test csontkításának, megsértésének világszerre változatosan gyakorolt nemei az egészségre veszélyt jelenthetnek. Ezek között a HIV-vírus terjesztésének kockázatát hordozza a tetoválás, skarifikálás, a körülmetélés, a fül és ajakperccel beültetés, vagy a kultusszerűen művelt vérszerződés, mely a közös edénybe csorgatott vér ivásával jár együtt. Hasonlóképpen idesorolhatók az önostorozással, vagy a bőr átfúrásával járó véres rítusok.

Az AIDS megelőző programoknak ezeket a test mutilálásával kapcsolatos rítusokat, gyakorlatokat is figyelembe kell venni. Ha az adott közösség ezekhez a gyakorlatokhoz, szokásokhoz ragaszkodik, akkor a megelőzés során meg kell őket győzni a steril tűk, eszközök, és fertőtlenítőszer használatairól (például a körülmetélés, vagy a skarifikálás esetében), és biztosítani kell – akár ingyenesen is – ezek hozzáférhetőségét.

A migráció jellemzői és az AIDS terjedése

A népesség egy részének rendszeres vándorlási jellemzőit (lásd vendégmunkások, idénymunkások, kamionsofőrök, utazó üzletemberek, vagy turisták mozgását) vizsgáló kutatások hozzájárulhatnak az AIDS országok közötti terjedésének megértéséhez. Ahol az emberek (főként a férfiak) nem családjukkal, hanem egyedül utaznak, nagyobb kockázata van a nemi betegségeknek, így az AIDS-nek is. Például a namíbiai Owamboban Webb²⁶ vizsgálatai szerint a HIV-fertőzés terjedési vonala követi a népesség mozgások útvonalaikat. Idesorolható azoknak az ingázó bányászoknak a példája, akik családjuktól távol, a déli bányavárosokban házasságon kívüli nemi kapcsolataik révén fertőződhetnek, vagy a délre vezető főbb közlekedési utakon rendszeresen autózó kereskedők, kamionsofőrök esete (a HIV-fertőzés a főút mentén, erőteljes

forgalommal jellemezhető területeken a legsűrűbb); de itt említhetők azok tisztek, katonák aki ezen a területen állomásoznak, és korábban Zambiában, vagy Angolában a függetlenségi háború alatt viseltek szolgálatot. Thaiföldön Lytle²⁷ hasonló jelenséget ír le, ahol az idénymunkások tömegei (ideértve a prostituáltakat is) segíthetik elő a betegség terjedését, valamint 200 000 kamionsofőr keresztül-kasul járva az országot, megállva a kamionbordélyoknál, szintén terjesztheti a fertőzést. Ezen mindennapos népmozgások mellett a polgárháborúk, illetve forradalmak nyomán földönfutóvá vált menekültek népvándorlása is összekapcsolódhat bizonyos betegségek, így az AIDS megnőtt gyakoriságával.

Végül a városokba irányuló népvándorlás is fontos, mivel itt az emberi magatartás társadalmi ellenőrzése fellazul, szemben a kis falusi közösségekkel. A túlszűfoltosság, a különböző szocio-kulturális háttérű emberekkel való érintkezés, és a média, a szórakoztatóipar hozzájárulhat a társadalmi kényszerek fellazulásához a városi közegben, megnövelve az alkoholizmus, drogfogyasztás, a tizenévesek teherbeesésének és a nemi betegségeknek – így az AIDS-fertőzés lehetőségének a gyakoriságát.

Más esetekben a városba vándorlás az otthoni kapcsolatok megtartásával jár együtt, az első generációs városi lakosság szoros kapcsolatot tart fenn falusi rokonságával, kötődve gyökereihez, és hagyományos értékrendjéhez a rendszeres és kölcsönös családi látogatások révén.

Házassági és rokonsági viszonyok

A HIV-fertőződés valószínűségét egy közösségben a kultúrát jellemző rokonsági, és házassági viszonyok is növelhetik. Ide tartozik a többnejűség és többférjűség intézménye (lásd 10. fejezet), a „szellem-házasság” és az „asszony-házasság” is (lásd 6. fejezet). A többnejűség különösen fontos, mert Embers⁴¹ becslése szerint a létező társadalmak mintegy 70%-ban valamilyen formában gyakorolják. Ebben a helyzetben a fertőződött férfi feleségeinek, és gyermekeinek egyaránt átadja a vírust. Hasonlóképpen a *levirátus* szokását gyakorló társadalmakban a „megörökölt özvegy”-gyel együtt a fertőzést is megörökölheti az elhalt férj testvére – hasonlóan a *szororátus*⁴² szokásához –, ahol az elhalt lánytestvér férjével köteles az asz- szony házasságot kötni. Az ipari társadalmakban, ahol a válási, és újraházasodási arányok nőttek meg hatalmas, a végeredmény sokszor hasonló.

A megelőző stratégiák értékelése

A megelőző stratégiák követésében és értékelésében az antropológia hasznos segítséget kínál. A kockázati csoportok sokrétűsége miatt a nemzeti és nemzetközi közegészségügyi programok helyi alkalmazása és módosítása szükséges lehet.^{22,27} Sok közösségben az AIDS megelőzés

„beépült” programjai eredményesen közvetítik a prevenció alapvető módjait (a gumióvszer használatát, és más elemeket) a különböző közösségek, és a bennük foglalt saját csoportok tagjai számára. Daly és Horton⁴² szerint „a legjobb felvilágosító munkát végzők, maguk is a célcsoportból kerülnek ki”. Így a megelőző programok során prostituáltakat is mozgósítottak, bátorítva őket az AIDS-t illető ismeretterjesztésre, a gumióvszer népszerűsítésére, és arra, hogy utasítsák vissza, ha klienseik megsértene a „biztonságos szex” szabályait.

San Franciscóban a Community Health Outreach Workers (CHOW) révén az IVKF csoportokat rá lehetett venni a tű otthoni sterilizálására megfelelő készülék segítségével, és megfelelő felvilágosító irodalom kíséretében kifőző üvegek ezreit osztották szét közöttük.⁴³ Londonban és más nyugat-eurpai városokban „tűcserélő állomásokat” állítottak fel ahol a kábítószerfüggőségben élők kérdés nélkül és ingyen cserélhetik a tűket és a fecskendőket.

Lyttleton²⁷ thaiföldi leírása szerint az átfogó Nemzeti AIDS Program 1989 óta fejt ki hatáson lakossági felvilágosító munkát a média, az iskolák, klinikák, és kórházak segítségével. A falusi környezetben a helyi szokások és hiedelmek az információk viselkedésmódosító hatékonyságát fékezik. Egy észak-keleti faluban például azt tartják, hogy a kockázati magatartások egy része, mint például „rosszlányokhoz” járn inkább „csak a városi életforma részeként” veszélyes, az ő életvezetésüktől idegen. Az AIDS terjesztéséért felelős prostitúció túlhangsúlyozása oda vezetett, hogy egyes férfiak azon szokását, hogy a több falubeli asszonnal hálának, nem tekintették promiskuitásnak, szemben egy „hivatásos egészségügyi dolgozó”-nál tett látogatással. Mások az olcsóbb örömlányokat elkerülték, mert azoknál a vírushordozást valószínűbbnek tartották, helyettük inkább az olyan „jó lányokat” választották, mint a diákprostitúáltak. A kondomkerülő férfiak száma olyan nagy, hogy egyes prostituáltak egyes kategóriákban nem is igénylik az óvszer használatát, különösen ha a vendég helyi méltóság, vagy olyan magukat szűznek mondó fiatalemberek, akik természetes „első élményre” vágytak, és a „nagytekintélyű” vagy rendszeresen jelentkező ismert vendégek esetében. Így Lyttleton hangsúlyozza, hogy az AIDS kockázati magatartást elkerülésére buzdító propagandájához „meg kell érteni a HIV terjedését, mind a valós mind a lehetséges módjait, és az ezekhez fűződő helyi értelmezések alapvető ismeretét”.

Egyes AIDS megelőzési programok kudarcát okozhatja, ha – tévesen – a célnépesség írástudó voltát túlzottan jónak ítélik meg, vagy abban bíznak, hogy ez a népesség gyakran hallgat rádiót vagy néz tévét. Mások a magatartás gazdasági meghatározottságának figyelmen kívül hagyásával követhetnek el hibát – ezt példázza azoknak a megözvegyült, elvált vagy elhagyott asszonyoknak a sora, akik családjukat tartják el, vagy azok a fiatal thai lányok, akik éveket dolgoznak jövőjük anyagi megalapozása végett örömlányként a városokban.²⁷ Az orvosi ellátás, a gyógyszerek, tesztek, a kórházi kezelés, és a rehabilitáció költségeit nélkülöző szegénység is fokozza a kockázatot; és rossz hatással lehet a gu-

mióvszer, vagy az IVKF esetében a kifőző edény megvételét akadályozó, vagy a klinikához való utazást ellehetetlenítő pénzhány is. Például a nagyforgalmú örömlányok aligha tudnak minden klienst új óvszerrel ellátni, még ha az hozzáférhető is lenne. A szegényebb országokban az AIDS gazdasági vonatkozásai alapvetőek, különösen az egészségügyi ellátás költségeit illetően, vagy az elvesztett munkaerő tekintetében, mely kérdéseket minden programnak figyelembe kell venni.

A programértékelés másik szempontja a nevelés, kutatás és az ellátás terén folyó munkában a nemzeti és nemzetközi hivatalok szerepének megítélése (lásd alább). Ahogy ezen intézményes szubkultúrák (segítő vagy a hatékonyságot csökkentő) befolyását ellenőriznünk kell, úgy az AIDS megelőzési programot érintő gazdasági, politikai⁴⁴ és vallási hatásokat is fel kell mérni, de figyelni kell az érintett betegek emberi jogaira is.⁴⁴ Az egészségügyi dolgozók hozzáállása kedvezőtlenül is befolyásolhatja az AIDS betegek felkutatását és kezelését. Néhány vizsgálat kimutatta, hogy az AIDS betegek jelentős része még mindig nem bízik az egészségügyi ellátásban, sokan nem hiszik hogy az hatékony és ítéletmentes. Például Angilában egy vizsgálat alkalmával⁴⁵ 632 megkérdezett homoszexuális férfi 44%-a sohasem beszélt szexuális érdeklődéséről a családorvosának és a 77 HIV-pozitív személy 44%-a családorvosát nem tájékoztatta erről a tényről.

Összegezve, az orvosi rendszerre jellemző gyógyító, s nem gondozó beállítódás, és a lélektani, szociális és kulturális szempontok helyett a betegség testi vonatkozásaira szűkült figyelem (lásd 5. fejezet) sürgeti, hogy az antropológusok, és más társadalomtudományok művelői mind az AIDS megelőzési programok tervezésénél, és ellenőrzésénél helyet kapjanak. Továbbá a program sikerét nemcsak az orvosi tekintélyek szemszögéből, hanem a veszélyeztetett csoportok nézőpontjából is követni kell, és ha szükséges, még hatékonyabb beavatkozási utakat kell keresni.

Elsődleges egészségügyi ellátás (EEE)

Alma-Atában adta ki a WHO 1978-ban a híres nyilatkozatát, mely az „Egészséget mindenkinek 2000-re” címet viselte.⁴⁶ Ez az ambíciózus terv egy, az egész világra kiterjesztett, átfogó elsődleges egészségügyi ellátási rendszer, az EEE (primary health care – PHC) kifejlesztését célozta. A program – ahogy arról Mull ír⁴⁷ – az egyének és közösségeik, országaik által előteremthető anyagi alapokból építkező minden személy és család számára elfogadott és hozzáférhető alapvető egészségügyi ellátás megteremtését célozza. Az egészségügyi ellátáshoz az átfogó megközelítés részeként az egészségnevelés fejlesztése, a táplálkozási, hygienés viszonyok javítása, a családtervezés, anya és csecsemővédelem, a védőoltások kötelezővé tétele és a legfontosabb gyógyszerek hozzáférhetősége kapcsolódott (lásd 8. fejezet). Mindenekelőtt ez a gyógyítás centralizált és „tűzoltó” munkája helyett egy inkább megelőző, decentralizált és közösség-alapú stratégiát hangsúlyozott ki.⁴⁷

Ez az átfogó megközelítésmód – különösen a Harmadik Világ országaiban – a globális egészségügyi kérdések kezelésében kulcsfontosságú. Ezekben a szegényebb államokban a csecsemő és gyermekmortalitás az ipari világban észlelttel szemben nagyságrenddel nagyobb. A becslések szerint 12 millió gyermek hal meg szegénység miatt évente,² sokuk megelőzhető vagy kezelhető betegségben. Ezen halálokok hátterében általában fertőző betegségek állnak, melyek között a légúti betegségek, újszülöttkori tetanusz, hasmenéses betegségek, polio, diphtéria, szamárköhögés, kanyaró, rubeola, TBC, kolera, typhus és sárgaláz említhetők.⁴⁸ Sokan halnak meg paraziták betegségek következtében, mint a malária, bilharzia, leishmaniasis és egyre többek életét követeli az AIDS és a hepatitis B. Ezen korai halálok közvetlen vagy közvetett összefüggést mutatnak a szegénységgel, és ahogy azt a fejlettebb országokban láttuk, megelőzhetők és kezelhetők.

A globális, átfogó egészségügyi ellátás tervét illető kritikák a költségek nagyságát, az egészségügyi személyzet szűkösségét, és a közösségek részvételének gyakorlati akadályait emelték ki.⁴⁹ Egyes egészségügyi tervezők ehelyett egy jóval célirányosabb, szelektív feladatokra összpontosító elsődleges ellátási koncepciót javasoltak, mely főként olyan megoldható egészségügyi problémák terén, mint a hasmenéses betegségek (főként a csecsemők és a gyermekek esetében.) lehet eredményes. A „gyermekek túlélési programjának” politikája kiemelkedő jelentőségű, melyet a nemzetközi egészségügyi szervezetek többsége magáévá tett. Az UNICEF egy betűszóban foglalta össze ezt a projektet. A GOBI-FFF^{47,49} a következő fogalmak rövidítése:

Growth monitoring	A növekedés ellenőrzése
Oral rehydration	Szájon keresztül folyadék pótlás
Breast feeding	Anyatejes táplálás
Immunizáció	Védőoltások
Family planning	Családtervezés
Food supplements	Táplálékkiegészítők

Egy további „F”-fel kell kiegészíteni a sort, a „female literacy”⁴⁹ azaz a nők írástudásának kérdésével, mivel az írni-olvasni tudó anyák esetében mind a terhességek száma, mind a csecsemőhalandóság aránya alacsonyabb.⁴⁸ Egyebek mellett ez annak is betudható, hogy ezek az asszonyok el tudják olvasni az egészségükkel kapcsolatos információkat, pamfleteket, és a tápszerek, gyógyszerek és egyéb készítmények dobozában feliratát.

Mull⁴⁷ a szelektív elsődleges egészségügyi ellátási modellt az Alma Ata-i átfogó és a közösségi részvételt is magába foglaló stratégiát helyettesítő szűkebb feladatvállalása miatt kritizálta: az „mérhető eredményeket kínál, számos betegség megelőzésében a lehető legalacsonyabb költséggel”. Mull szerint a GOBI-FFF főként a gyermekeket és a kismamákat veszi célba miközben megelégedezik a közösség többi tagjáról. A férfiakat

bevonása is indokolt, már csak azért is, mert jelentős részük nem fogadja meg a szülők vagy a feleségek egészségügyi tanácsait. A munkahely vagy a férfiközösségek vezetői eredményesebben segíthetnek a dohányzás, alkoholizmus, az ellenséges versengés, vagy éppen a kockázatos nemi magatartás megelőzésében, vagy felszámolásában. Szintén a férfiak fontosságára utal Green⁵⁰ Bangla Desh-i tapasztalata: jóllehet az anyák viselik ott is gyermekeik gondját, ha azonban ezeknek a gyerekeknek orvosságra van szüksége, a gyógyszer megvásárlásában az apa dönt.

Az EEE átfogó és szelektív megközelítésmódjai közötti konceptuális szakadás ellenére kimutatható Mull⁴⁷ szerint e két irány gyakorlatias egyesítése számos nemzetközi programban; ilyen az adott egészségügyi kérdésekre (mint például a hasmenéses betegségek) irányuló átfogó, és szelektív figyelem, melyben a diétát, hygienét, az egészséges ivóvízellátást, a női írástudást és a helyi közösségi részvételt egyaránt beillesztik az adott betegséghez igazodó speciális programba.

A GOBI-FFF problémái

A GOBI-FFF stratégia egyes lépéseihez kapcsolódó sajátos kérdéseket már érintettük könyvünk előző lapjain. Ide sorolhatók a kiszáradás elleni szájon keresztül történő rehidrációs kezelés kérdései (1. fejezet), az anyatejes táplálás és a diétás kiegészítők (3. fejezet), vagy a családtervezés. Sok esetben a szervezeti problémák és a helyi kulturális viszonyok egyaránt akadályt jelenthetnek e szempontok érvényesítésében. Például a gyermekgyógyászok egyöntetűen fontosnak tartják az alutápláltság veszélyének, vagy más fejlődési zavarok kivédésére a növekedés ellenőrzésének (a hossz és a súly mérésének) a gyakorlatát, amit sokan az egészség nyugati kultúrához kötött meghatározásának is tekinthetnek. Ahogy arról az 5. fejezetben szövegtünk, a gyermek egészségét illető helyi képzetek nem mindig felelnek meg a gyermek állapotát számokban kifejező meghatározásoknak. A szülő a gyermeket súlyától és hosszától függetlenül, akkor tartja egészségesnek, ha az mosolyog, játszik, beszél, érzelmileg válaszképes, és viselkedése megfelel az otthoni vagy akár rituális elvárásoknak. Ha a gyermeket a szülőosztályon, mint a legegészségesebb újszülöttet mutatják be az anyának, az benne akár a mások irigységétől való félelmet is kiválthatja, míg fordított helyzetben bosszorkányság, vagy szemmelverés gyanúja okozhat szorongást.

A következő fejezet főként a védőoltásokra, illetve a hasmenéses és TBC-c betegségek megelőzésére és kezelésére összpontosít.

A védőoltások

A becslések szerint közel 5 millió gyermek hal meg évente védőoltásokkal megelőzhető betegségekben.⁴⁷ Heggenhougen és Clements⁵¹ szerint a világméretű oltási programoknak két kulcskérdéssel kell szembenézniük. Az első az elkészített oltóanyagok hozzáférhetőségének biztosítása a rászorultak számára (az úgynevezett „hideg lánc”-hoz kötött, az-

az a vakcina előállításának helyétől a felhasználásig folyamatos alacsony hőmérsékletű tárolásra van szükség), másik szempont szerint a fokozott szükséglet esetén is biztosítható legyen az oltóanyag. Technikai szempontból figyelembe kell venni a vakcina előállítását, az árat, és az oltóanyag hatékonyságát, és elosztásának módját. A szervezési kérdések között említhető, hogy hol és hogyan kell az immunizációs kampányt lebonyolítani; az egész népességet veszi-e az célba, vagy inkább egy veszélyeztetett csoportot, az EEE programjával együtt vagy attól elválasztva szervezik-e az oltást; az adott közösséggel folyó kommunikációt milyen hatékonysággal szervezik, és vajon a helyi gyógyítók, segítők, mint például a bábaasszonyok bevonhatók-e a kampányba. A szerzők azt is kimutatták, hogy önmagában az oltási gyakorlat nem csökkenti a halálozási mutatókat, ha nem jár együtt más egészségügyi kérdésekkel való foglalkozással, így például az alultápláltság javításával. Mindezek alapján látnunk kell, hogy a védőoltások nem jelentenek mágikus, vagy általános védelmet minden betegséggel szemben. A védőoltások elfogadása számos tényezővel mutat összefüggést, ilyenek az alacsony gazdasági-társadalmi státusz, nagy családok, az anyák alacsony iskolázottsága, szociális izoláció, és a migráns helyzet (például a nomád életforma). A sérült vagy más hátrányos helyzetű gyermekek esetében is rosszabb oltási arányokat látunk, és hasonlóan gyengébb a lányok ellátottsága fiúkhöz képest. Kontrasztképpen az immunizációnak kitett személyek gyakran hiszik hogy a betegség iránti fogékonyságuk magas, a betegség következményei súlyosak lehetnek, a védőoltás a leghatásosabb megelőzési módszer, és nincs komolyabb akadálya az immunizációnak.

Egyes helyi hiedelmek segíthetik az oltási kampányt: általánosságban ennek az feltétele, hogy az emberek betegséggelfogásának fogalmaival értelmezhető legyen az immunizáció. Nichter⁵² utal rá, hogy a helyi hiedelmekkel ötvöződő korlátozott információk az oltási kampányokhoz fűződő hamis reményekhez vagy akár félelmekhez vezethetnek. A dél-indiai kutatásai során az Észak-Kanara-i körzet háztartásainak 11%, míg a Dél-Kanara-i családok 28%-ában találtak olyan családtagot, akit tájékoztattak a védőoltást szükségessé tevő betegségről. A legtöbb esetben az egészségügyi személyzet csak annyit közölt, hogy „a védőoltások jók az egészségnek, és megelőzik a betegséget”. Egyes terhes asszonyok azt hitték, hogy az oltások olyan „tonizáló injekciók”, melyek nagy újszülöttek kifejlődéséhez, és nehéz szüléshez vezethet. A védőoltást egészség-injekciónak nevező egészségügyi személyzet egyekben azt a képzetet kelti, hogy ők az ilyen oltáshoz túl jól vannak szemben a lázas, hasmenéses, köhögős kisgyermekkel. Mások vélekedése szerint a védőoltások, mint a fül átfúrása vagy a rituális skarifikálás a szervezetet „visszalöki” az egészséges állapotba. A vakcinával kapcsolatos egyéb képzetek szerint: azok eltávolítják a szervezetből a mérgeket, az minden komoly fertőzőes betegség ellen véd, sőt megóv az olyan misztikus betegségekkel szemben, mint a *krimi*, melyben a „tartós antibiotikus hatás” a testet átjárva a gyermek későbbi termékeny-

ségét csökkenti. Továbbá sok ember viseltetett bizalmatlansággal az EEE személyzetével szemben, főként ha kívülállók, és nem az adott közösséghez tartozóak voltak.

Nichter rámutat, hogy a vakcina és az általa kezelt betegségnév összekapcsolása akkor igazán jótékony, ha a betegségnelvezés (mint az a számarköhögés esetében) ismert az adott közösség körében, szemben a klinikai kép elmosódottabb voltával, mint azt a kiütéses, lázas kórkepek esetében látjuk. Mindegyik esetben a helyi, a betegséget és vakcinát illető képzetek és elgondolások értelmezése hozzájárulhat az oltási program sikeréhez. Ahogy azt Heggenhougen és Clements⁵¹ hangsúlyozza: „azon üzenetek átadása jóval nagyobb erőfeszítéseket, ötletességet és/vagy ismétlést igényel, melyek ellentmondásba kerülnek az emberek létének központi elemét képező, hosszú idő alatt kialakult képzetekkel, szokásokkal és tevékenységekkel, melyekbe fáradtságot, időt, energiát fektettek be, szemben azokkal az üzenetekkel, melyek megfelelnek a helyi beállítódásoknak”.

Hasmenéses betegségek

A hasmenéses betegségekkel, és a kiszáradás szájon keresztül folyadék pótlás (Oral Rehydration Solution) kezelésével kapcsolatos kérdésekről már volt szó az 1. fejezetben. Ezen évente közel 5-7 millió ember haláláért felelős⁵³ betegségek hátterében a szegénység áll az alultápláltság, a vízellátás elégtelen minősége, rossz lakásvizonyok, elégtelen higiéné, és a hulladékok felhalmozódása miatt: a hasmenéses betegségek eredményes folyamatos leküzdéséhez, megszüntetéséhez ezeket a szocioökonómiai kérdéseket meg kell oldani. Weiss⁵⁴ számos kulturális magyarázatot sorol fel a világ különböző tájairól a hasmenéses betegségek eredetével, jelentőségével, és kezelésével kapcsolatban. Sok kultúrában (főképpen Latin-Amerikában és Dél-Ázsiában) a környezetet illetve a testen belüli hideg és a meleg egyensúlyának felborulásával hozzák kapcsolatba a hasmenéses betegségeket. Más közösségekben az okok között a „romlott anyatej”, nehéz ételek, mocsok, és szenny szerepel. A hasmenéses betegségek természet-fölötti, irracionális okai (lásd 5. fejezet) között szerepel a szemmelverés, boszorkányság, varázslás, rosszindulatú szellemek, isteni büntetés, illetve a tabutörő magatartásként menstruáló asszonnyal folytatott nemi kapcsolat, a szülők szexuális hűtlensége, vagy a terhesség vagy szoptatás alatti szex. A helyi hagyományos gyógymódok között ott találjuk a gyógyfűveket, vallásos rítusokat, a diéta vagy az anyatejes táplálás megváltoztatását, és a „béltraktus beöntésekkel, hashajtókkal való tisztítás” is előfordul.

Nichter⁵⁵ felhívja a figyelmet arra, hogy a közösségek a többnyire vírusos eredetű közönséges és a veszélyesebb *vérhas* jellegű (*shigella* okozta bakteriális) hasmenések között különbséget tesznek. Az utóbbi nemcsak szájon keresztül rehidrációs kezelést igényel, antibiotikumra, sőt gyakran kórházi beutalásra is szükség lehet. Nichter szerint egyes közösségekben a *dizentéria*s véres széklet súlyosabb betegségnek minősül, mint a vizes, szekrétoros hasmenésformák – más közösségekben a

tünetek megítélése fordított. A Fülöp-Szigetek-i Mindoróban az egészségügyi propaganda nyomán a vizes hasmenés nyomán kialakult kiszáradástól jobban félnek, mint a vérhasztól. A véres széklet *önmagában* nem, de a láz és a fájdalom már kórházba kényszeríti a betegeket. Sri Lankában a véres hasmenést a testben rekedt „meleggel” hozzák kapcsolatba, és ezt „hűtő szubsztanciákkal” kezelik az orális rehidrációs oldat és a gyógyszerek mellett. Kontrasztként van olyan magatartás is, mely a rehidrációt elutasítja, mert a közhiedelem szerint „a vizes széklet kiszáritása a cél”.

A közösségi egészségügyi munkások és a hagyományos gyógyítók egyaránt részt vettek az orális rehidrációs kezelés népszerűsítésében. Azonban a gyógyítók korántsem képeznek egyöntetű csoportot, és gyakran eltérnek az orális rehidrációs terápiát illető tájékozottság tekintetében, illetve az alkalmazás szándékát illetően is.

A haiti Montrouiban Coreil⁵⁶ szerint az anyák 74%-a hallott már az ORT-ről (Oral Rehydration Treatment) szemben a gyógyítók 51%-ával. A gyógyítók 32%-a tanította az anyákat az ORT jelentőségére, és csak 2%-uk alkalmazta azt. A bábák és az „injekciózók” többet tudtak az ORT-ről, és alkalmazták is azt, szemben a füvesemberekkel, és a sámánokkal. A hagyományos gyógyítók közül a bábák – tekintettel a szülésben és a csecsemők ellátásában játszott fontos szerepükre – vannak a legjobb helyzetben az anyák ORT alkalmazását célzó tájékoztatását illetően.⁵⁷

Heveny és idült légúti fertőzések

A Harmadik Világ jelentős részében az 5 év alatti gyermekek halálozásában a heveny légúti fertőzések (acute respiratory infection ARIs) a korai halálozás egyik fontos okát képezik; Indiában minden évben a becslések szerint 500 000 és 750 000 között lehet az így meghalt gyermekek száma.⁵⁸ Ide sorolható a tüdőgyulladás, hörgőhurut, a bronchiolitis és a TBC. A hasmenéses betegségekhez hasonlóan ezek a kórképek is a szegénységet és a nélkülözést kísérik, sokszor más gyermekkori fertőzések, mint a kanyaró vagy a szamárköhögés szövődményeit képezik.

Az antropológiai kutatás a légúti fertőzésekhez kapcsolódó képzeteket, gyógyító szokásokat, és a kezeléshez kapcsolódó beállítódást ugyanúgy vizsgálta, mint azt a hasmenéses betegségekben tette.⁵⁸ Az ilyen helyzetek észlelése perdöntő lehet, hiszen meghatározza azt a pillanatot, amióta a szülők veszélyt érezve már orvoshoz fordulnak, illetve amely magatartás még megelőzheti a fertőzés családra vagy a közösségre továbbterjedésének szakaszát. Ezek a hiedelmek magukba foglalhatják a légzés „normális” vagy „rendellenes” voltát, a köhögés, fulladás, a köpet és a láz különböző formái közötti különbségtételt, és így tovább. A légúti hurutok köreredetét és jelentőségét illető képzetek, elméletek sorát már érintettük az 5. fejezetben. Másik fontos kérdéskör a helyi patikákból vagy gyógyszer-kereskedőktől vásárolt nyugati gyógyszerek (antibiotikumok) túlzó, nem előírászerű használata, melyek a légúti fertőzésekért felelős rezisztens baktérium törzsek kialakulásában közrejátszhatnak (lásd 8. fejezet).

A WHO felismerte az antropológiai kutatások által feltárt jelenségek fontosságát, melyet a Légúti Betegségek Megelőzési és Kezelési Stratégiáját Tartalmazó Programjába be is épített.⁵⁹

Az idült légúti betegségek között a *tuberculosis* tekinthető a legsúlyosabbnak. Évente a TBC megbetegedések becsült száma közel 8 millió, és mintegy 3 millió végződik halállal.⁶⁰ Általában ez is a szegények betegsége, a társuló alultápláltsággal, túlsúlyfólttsággal és az elégtelen egészségügyi ellátással együttjáró kórkép. Mostanában azonban a TBC a nyugati világban is emelkedő gyakoriságot mutat főként a szegénynegyedekben, sokszor az AIDS-sel vagy más betegséggel társulva. A továbbterjedését feltartóztató és a kezelésére tett kísérletek során számos szociális és kulturális probléma merül fel. Rubel és Garro⁶¹ összefoglalója szerint a betegség eredményes ellenőrzését a kezelést illető késlekedés, illetve a terápia idő előtti abbahagyása gátolja. A betegség korai tüneteit illető kulturális képzetek különösen meghatározó szerepet játszhatnak. A Dél-Kaliforniában vizsgált mexikói bevándorlók körében végzett vizsgálat szerint az első tünetek jelentkezése és az orvoshoz fordulás közötti késlekedés átlagban 8 és fél hónap. Sokuk félreértelmezi a korai tüneteket – a fáradékonyságot, köhögést, fejfájást, a hátfájdalmakat, a súlyvesztést, vagy a náthát –, mint kevésbé súlyos betegségek jeleit, amilyen a *gripe* (grippe), a *bronchitis* (hőrgőhurut) vagy éppen a *susto* (lásd 5. fejezet). Sokan tulajdonították a fáradtságot, és súlyvesztést a nehéz munkának és az alváshiánynak, és kezdetben a dohányzás és ivás csökkentésével, korábbi ellavással, azaz egészségesebb életvitellel igyekeztek magukat kezelni. A betegség – a világ számos részén jellemző – stigmatizáló volta a kezeléssel való késlekedésnek, vagy a terápia korai abbahagyásának másik oka. A szerzők A dél-afrikai zulusok körében szerzett tapasztalatok szerint az az állítás, hogy a TBC-s betegek fertőzőek, a betegek boszorkánnyá, varázslóvá nyilvánításával járt együtt, mert a közhiedelem szerint betegséget csak azok tudnak okozni. A Mexikó Cityben végzett kutatások szerint a TBC-s diagnózissal kezelt kibocsátott betegeknek 52%-a a családtagok ellenséges magatartása miatt nem mehetett haza, egy másik tanulmány szerint sok beteg korán megszakította kezelését a kórházi kezelés ára miatt, félve a család szétesésétől, és a visszautasítástól, mely a család részéről fenyegette őket (a kezelésről elmaradt személyek 25%-a nem közölte családjával a valódi diagnózist). Mivel a betegség eredményes kezelése a jó családi szociális támogatástól is függ, a betegséggel járó stigma magyarázhatja, miért eredménytelenek a betegség ellenőrzésére tett kísérletek. A kudarc további okai az egészségügyi ellátáshoz, illetve a TBC szanatóriumok szerveződéséhez kapcsolódnak. Így például a megbeszélések alkalmatlan időzítése, a betegek ismételt regisztrációja minden vizit alkalommal, várakozás a túlszűfolt, rosszul szellőzőt helyiségekben, a betegekkel való hivatalos, merev bánásmód, a sajátos körülmények iránti érzéketlenség, és az orvos által alkalmazott szakzsargon egyaránt közrejátszhat abban, ha a betegek elmaradnak a kezeléstől, vagy nem járnak kontrollra. Így sok oka lehet a TBC elhúzódásának, illetve a kezelés ku-

darcának, persze a költségeket és a hozzáférhetőséget is ideértve. A hatékonyabb beavatkozás megtervezésekor Rubel és Garrow javaslata szerint fontos meghatározni hogy a betegek milyen tudás alapján értékelik ezen idült, leromláshoz vezető betegség tüneteit, és emellett milyen gazdasági, közlekedési és egyéb szempontok befolyásolják segítségkereső magatartásukat.

Az EEE közösségi forrásai (Primary Heart Care-PHC)

Az Alma-Atai nyilatkozat az EEE-t illető közösségi részvételt hangsúlyozta, ami számos közösségi forrás igénybevételét jelenti az EEE helyi megszervezésében. Ezek között említhető:

1. Községi egészségvédő munkások.
2. Községi egészségvédő csoportok.
3. Hagyományos gyógyítók.
4. Községi vezetők.

A *községi egészségvédő munkásoknak* (KEM [Community Health Workers – CHV]) az adott község tagjaiként a hivatalos egészségügyi ellátással, és a nemzeti és nemzetközi segélymozgalmakkal együttműködve az adott község egészségállapotának javítása a célja. Bár néha a helyi vezetők, illetve a külső hivatal is részt vesz ebben, általában saját községük választja őket. A megelőző stratégiákban, a gyermekgondozási tanácsadásban, az egészséges táplálkozásban, a védőoltások és a higiéné terén egészségügyi tanácsadással szolgálnak, ahogy részt vesznek az elsősegélynyújtásban és bizonyos fokig a kezelésben is: sokan a község életében bekövetkező változások motorjává válnak gyakran az egészségügyi kérdések körén túli hatásokkal.

Alma-Ata óta sok országban választottak és képeztek ki ezeket, akik tevékenységüket mind a falusi, mind a városi közegben sikerrel végzik.⁶² Ide sorolhatók a kínai „mezítlábas orvosok”, a botswanai „családi jóléti nevelők”, a „falusi egészségvédő munkások” Indonéziában, a thaiföldi „falusi egészségügyi önkéntesek” és a „községi egészségvédő megbízottak” Egyiptomban. A legtöbb esetben a KEM-ok rövid képzésben részesülnek, mely néhány héttől néhány hónapig tarthat, és felszerelik őket – néhány alapvető gyógyszert, fertőtlenítőt, hőmérőt, védőöltözetet, és a gyermekek fejlődésének ellenőrzésére hivatott súly és hosszsmértő tartalmazó – egészségügyi csomaggal. Egyes országokban a kiképzés alaposabb, és hosszabb, mint azt a két és fél évig tartó *felcser* vagy asszisztensképzés esetében látjuk.⁶³ Oroszország és a volt Szovjetunió vidéki területein, melynek gyökerei a tizennyolcadik századra nyúlnak vissza, és alapításuk Nagy Péter cár nevéhez fűződik.⁶³

Azonban a KEM-ok alkalmazása ellentmondásokkal is terhes. Kiválasztásuk és képzésük felveti a „község”, „egészség” és a „munkás” fogalmak kölcsönös viszonyának kérdését. Az egyébként össze nem tar-

tozó egyedekből csoportok „községként” való meghatározása lehet a jószándékú segélyszervezetek, távoli irodák bürokratikus jellegű lépése, mely nélkülözi a helyi valóság ismeretét. Másrészt ezek a községek nem statikusak: többségüket folyamatos változás jellemzi, egyesek faluról érkeznek, míg mások a munkalehetőségek hiánya miatt kényszerülnek elhagyni az adott községet. A községek homogénnek sem tekinthetők. A nyomormentes vidék és bádóvárosok – főként a falusi bevándorlók alkotta „slumok” – az azonos vidékről, falvakból érkezett csoportok, eltérő vallások, etnikumok és más szociokulturálisan tagolt csoportok tarka egyvelegét alkotják. Minden kisközség gyakran neme szerinti tagoltságában az egészség és a betegség iránt eltérő beállítódást mutat, és változatos módon veszik igénybe a hagyományos gyógymódokat és gyógyítók kínálta segítséget (lásd 4. fejezet).

Ahogy azt könyvünk számos példája mutatja, az egészség meghatározása sem problémamentes terület, orvosi és köznapi megítélése gyakran mutat különbséget. Vajon melyik értelmezést kell a KEM-nak terjesztetni, erősíteni? Ha mint a hivatalos egészségügy „közkeletű” jelennek meg, vajon az nem csökkent-e hitelüket községük szemében? Végül többségük nem munkás a szó formális értelmében, hiszen fizetés nélküli önkéntesek, vagy csak jelképes díjazást kapnak időt nem kímélő erőfeszítéseikért.

A KEM-okat érintő másik kritikus érv korlátolt tartamú képzésüket, és az általuk – mint nem valódi egészségügyiként – kínált „másodosztályú egészségügyi ellátást a másodosztályú állampolgároknak” jelenséget támadja. Sok esetben a betegek inkább egy valódi orvoshoz fordulnak nem kímélve fáradságot, anyagiakat, eltekintve a közlekedés nehézségeitől. Tanzániai KEM-ok körében végzett követéses vizsgálat⁶⁴ szerint a község, elismerő fogadtatásuk ellenére, inkább a gyógyító, mintsem a megelőző szolgáltatásokat vette igénybe, és ez más a KEM-ok körében is jellemző volt. A 344 megkérdezett KEM 53%-a a megelőző 3 hónapban szupervízió nélkül dolgozott. A nem megfelelő diagnosztikus és kezelési készségek ötvöződése, a ritka felügyelet és a gyógyszerekben való szűkölködés aláásta a KEM-ok tekintélyét; azonban mindennek ellenére munkájuk hasznosnak bizonyult, és kiképzésük éve, 1983 óta 88%-uk még 5 év elteltével is tevékeny.

A *községi egészségvédő csoportok* (KECS [Community health groups]) a helyi segítség másik forrását jelentik. Szervezésüket egyebek mellett a családtervezés, anyatejes táplálás, vagy a védőoltások kérdéseit illető egészségügyi felvilágosítás igénye, és a csoport tagjainak való segítségnyújtás szándéka indokolta. Jelentős részük a terhesgondozásban részt vállalt, és a kismamaklubokban szerveződő asszonycsoport, melynek munkáját a KEM-ok segítik. A *hagyományos gyógyítók* részvételét az EEE-ben annak ellenére támogatják, hogy a 4. fejezetben összegzett módon emellett és az ellen számos érv sorolható fel. Egyes esetekben a KEM és a hagyományos gyógyító szerepe átfedést mutat, sokszor közvetlenül, vagy a családi kapcsolatok révén közvetve. Brazília déli részén, Porto Alegreben végzett vizsgálataim szerint a bádóvárosokban (favelas)

végzett munkára toborzott 150 közösségi egészségvédő munkás (agente de saúde) többségének a családfáján legalább egy hagyományos gyógyító szerepel. A WHO szándéka szerint való a hagyományos gyógyítók bevonása az EEE programokba – amit például az Alapvető Gyógyszerek Program is tükröz (lásd 8. fejezet) –, ha ez nem okoz túlságos átrendeződést, zavart a helyi kultúrák szerveződésében. Így szól:

az elsődleges egészségügyi ellátás szolgáltatásainak megszervezése nem vezethet a fejlődő országok helyi közösségeinek kulturális széteséséhez. A hagyományos gyógyítók munkáját úgy kell alkalmazni, és kiegészíteni, hogy az új elemek eredményesen illeszkedjenek a már létező gyógyító rendszerekbe.⁶⁵

Végül nagyon fontos szerepet játszanak az EEE szervezésében és működésében a helyi közösségi vezetők, vagy a befolyásos személyek: tanítók, vallási, és/vagy politikai vezetők együttműködőkészsége perdöntő lehet minden egészségügyi kezdeményezés sikerét illetően.

Az EEE-hez kapcsolódó rendszerekben a közösségi tényezők gyakran illeszkednek a falusi vagy a szegénynegyedekben létesített helyi rendelőkhöz vagy „egészségügyi állomások” tevékenységéhez, melyben a KEM-ok együttműködhetnek az orvosok, ápolók, nővérek és más egészségügyi személyzet csapatával. A súlyosabb esetekről így be számolhatnak a járási kórház orvosainak, és így a betegek hozzájuthatnak a speciális ellátáshoz is. Bizonyos mértékig a közösségi alapú EEE némi elmozdulást jelent a mindinkább túlszakosodott, egyre költségesebb, és technológia-függő orvosi modelltől. Ez egyben olyan orvos képzését is igényli, aki a sikeres EEE-t nemcsak alkalmazott orvostudománynak, hanem alkalmazott társadalomtudománynak is tekinti.

Az antropológusok szerepe az elsődleges egészségügyi ellátásban

Alam-Ata óta sok antropológust vontak be az EEE programok tervezésébe, alkalmazásába és értékelésébe,⁶⁷⁻⁶⁹ továbbá az egészségügyi ellátásban szélesedő közösségi részvétel kialakításába. Tekintettel a helyi kultúra, az egészséget érintő hiedelmek és gyakorlat, és a hagyományos gyógyítás terén való jártasságra Donahue⁶⁶ szerepük szerint az antropológusokat „kulturális brókereknek” látja, akik a helyi közösségek szükségletei és az egészségügyi ellátás rendszerének kínálata között közvetítenek: „Az antropológus közvetlen visszajelzést kínálhat annak a közösségnek, amelyet tanulmányoz. A hagyományos és a modern orvoslás strukturális-kognitív rendszereinek együttes ismerete lehetővé teszi számára a találkozási pontok meghatározását.” Mars’ javaslata szerint az egészségügyi segélyprogramoknak a „mezítábas antropológusok” hálózatát kellene kifejleszteni „társadalmi valóság és a társadalmi tervezés közötti kapcsolat létesítéséhez”, mert egy képzett antropológus a helyi, mozgósított segítőkhöz akár tíz kisközösség követését is meg tud-

ja oldani, és elősegítheti a centralizált politikai döntéshozás és a helyi valóság közötti kétirányú kommunikációt.

Hangsúlyoznunk kell azonban, hogy az „antropológus” itt nem szükségszerű megfelelője a „nyugati antropológus” fogalmának. Számos más kontextus szerint azokat az antropológusokat, és más társadalomtudományok művelőit értjük e szó alatt, akik származásuk, helyismeretük révén mind kutatóként, mind konzultánsként a legalkalmasabbak. Ezek az emberek a helyi szokások és hiedelmek árnyalt ismeretével, és a nyelv anyanyelvi tudásával alkalmasabbak az EEE programok körül megjelenő kulturális gyarmatosítás gyanúját eloszlatni. (lásd alább). A közvetítés ezen módja kulcsfontosságú, hiszen ezeket a programokat a tereptől távol, európai vagy észak-amerikai nemzetközi hivatalokban fejlesztik ki, vagy a – valódi falusi vagy akár saját városuk szegénynegyedeit illető helyismeretet nélkülöző – városi elitértelmiségiek készítik el.

Az EEE és az idő kultúrához kötött fogalma

Az egészségnevelés és a megelőző stratégiák kudarca az EEE és más programok körében sokszor magyarázható a helyi közösség és az egészségügyi tervezők időfelfogásának eltéréseivel. E programok zömét középosztálybeli egyének írják náluk jóval szegényebb közösségeknek, és az egészségnevelés az ún. „középosztálybeli befektetési racionalitás modelljén” vagyis előrelátáson alapul. Ez annyit tesz, hogy amit az ember befektet most (oktatás, megtakarítás, megfelelő táplálkozás, a dohányzás elkerülése, gumióvszer használata, és „későbbi jutalom” reménye) az meghozza a nyereségét a jövőben. Az egészség fogalmaival élve ez a profit a jobb testi egészségben, jobb életminőségben és megnövelt várható élettartamban fejezhető ki. Azonban ez a megközelítésmód nem veszi figyelembe a szegénység kényszerei közepette élő emberek mindennapi valóságát. A nyomornegyedekben, bádóvárosokban élők napi, gyakran csak órákra tervezhető küzdelme a túlélésért – a táplálékért, szállásért, pénzért, biztonságért, különösen ott, ahol nem működik a szociális védőháló –, egyben rövidtávú szemléletmóddal és életvitellel jár. Az ilyen nyomorult körülmények között élő emberek nem tudnak egy két napnál előbbre tervezni; azt remélni tőlük, hogy majd a 15-20 év múlva fenyegető tüdőrák, vagy koszorúérelmeszesedés veszélye miatt főlhagynak a dohányzással, különösen a fiatalok esetében egyszerűen életidegen dolog. Ahogy fontos az őket körülvevő társadalmi-gazdasági valóság megváltoztatása, ugyanolyan hasznos, ha magatartásváltozásuk rövidtávú nyereségeit hangsúlyozzuk. A hosszú távú egészségügyi programokat le kell bontani – szemléletmódjukhoz illeszkedően – rövid tartamú egységekre (mint amilyen a Névtelen Alkoholisták esetében a „day at a time” megközelítés), annak függvényében, hogy a különböző emberek hogyan érzékelik az időt mindennapi életükben.

EEE és a gazdasági-társadalmi vonatkozások

Ahogy azt az 1. fejezetben már említettük, az „átfogó EEE” által célbavett egészségügyi gondok közvetve vagy közvetlenül a szegénység következményei: különösen ha a megfelelő élelem, hajlék, öltözködés, higiéné, hulladéktárolás, közlekedés és egészségügyi ellátás elérhetetlenségére gondolunk.⁶⁷ A Harmadik Világ országainak falusi szegényeire gondolva, az egészségügy és az egészség akadályát nem is a kulturális hiedelemrendszer, hanem az *infra- struktúra* teljes hiánya képezi – ideértve az utakat, a vasút, a hidak, az elektromosság elégtelen voltát, az utcák rossz kivilágítását, a telefon, a kórházak, és klinikák hiányát.⁶⁸ A rossz utak, a ritka (vagy költséges) közlekedés, a klinikák szinte elérhetetlen távolsága mind meghatározóak az orvosi segítséghez fordulás tekintetében. Egy országon belül is a gazdagabb régiók sokkal jobb egészségügyi infrastruktúrát biztosítanak lakosainak, mint a szegényebb területek: Indiában a gazdagabb Maharashtra és Guajarat államok 1000 főre 1,5-1,1 kórházi ágyat tartanak fenn, míg Bihar és Madhya Pradesh államokban ez a szám csak 0,3-0,4.⁶⁹ A szegényebb államok az orvosok, nővérek és más egészségügyi dolgozók számában is szűkölködnek, és még ez is a városok javára mutat aránytalan eltolódást (lásd 4. fejezet).

Az egészség javítására, és a betegségek megelőzésére irányuló mindennemű erőfeszítés hiábavaló, amíg a nagyobb társadalmi, gazdasági és ökológiai kérdéseket nem érintik. Ide sorolható a túlnépesedés, a környezetszennyezés és a globális felmelegedés kérdésköre is, de a „kémiai élvezeti szerek”, mint a dohányzás,⁷⁰ a gyógy- szerek (lásd 8. fejezet) és a hozzáféréshoz vezető drogok nemzetközi piaca is idetartozik. Másik alapkérdés a gazdagság és a források egyenlőtlen megoszlása a világ különböző részei között; a világ gazdagabb 20%-a 150-szer gazdagabb, mint a világ szegényebb 20%-a, és ez a rés folyamatosan szélesedik. Végül annak sincs sok értelme, ha a gyermekeket megvédjük a fertőző betegségektől, de elpusztulnak háború, bűncselekmények, vagy az erőszak más formái következtében. A *British Medical Journal*⁷¹ becslése szerint a fejlődő országok személyenként 38 dollárt költenek fegyverkezésre és ennek csak mintegy harmadát, 12 dollárt egészségügyre, és a WHO teljes évi költségvetése a világ összefegyverkezése 3 órai költségvetésének felel meg. A fogyatkozó források felélése miatt is súlyos fenyegetést jelent a fegyverkezés az emberi életre. A New York Times⁷² becslése szerint a világ 60 államában, mintegy 100 millió taposóakna fenyegeti a civil lakosság testi épségét, és tízezres nagyságrendben követel életet, vagy okoz súlyos testi károsodást – főként Afganisztánban és Dél-Kelet-Ázsiában. (Kambodzsában 30.000 ember vesztette el végtagját főként az aknák miatt.) Ugyanakkor ezen aknák piaca évente közel 200 millió dolláros forgalmat bonyolít, és közel száz társaság és kormányzati ügynökség érdekelt az ügyletekben a világ 48 államában. Ehhez kapcsolódó kérdéskör, hogy a háborúk, polgárháborúk, forradalmak és ökológiai katasztrófák következtében 15 és 50 millió közötti be-

csült tömeg kényszerül menekülésre világszerte,⁷³ de főként a szegényebb országokban. A 11. fejezetben részletezzük a menekült és emigráns lét testi és lélektani jellemzőit.

Mindezek alapján bizonyított, hogy az EEE bármilyen rendszerét megszervezőknek – függetlenül annak eredetétől, ideológiájától – figyelembe kell venni ezeket a szélesebb társadalmi, gazdasági, és ökológiai összefüggéseket. A valódi hatékonyság érdekében valóban „átfogó” elemekre kell azt építeni.⁴⁷

Az egészségügyi hivatali rendszer és az EEE

Az EEE bármelyik változatának teljes megértéséhez meg kell vizsgálni az orvoslás „kulturája” által (lásd 5. fejezet), és a különböző intézmények, kórházak, orvosegyetemek, kormányzati hivatalok, és a nemzetközi segélyszervezetek bürokráciája által játszott szerepeket is. Ezek mindegyike sajátos intézményi szubkulturával, hierarchiával, ideológiával (lett legyen az politikai, vallásos, vagy világi eszmeiség) és az egészségről, betegségről és a gyógyító ellátásról alkotott képpel jellemezhető. Ha tehát az EEE-t vizsgáljuk, az antropológia nem pusztán a különböző kultúrák és közösségek egészséggel-betegséggel kapcsolatos képzetekről és viselkedésműveiről szól, az antropológiai érdeklődés látóhatárán az intézményes tényezők segítő vagy az eredményes egészségügyi ellátást hátráltató szerepének is meg kell jelennie.

Foster⁷⁴ utal rá, hogy sok egészségügyi szakember hamar magáévá teszi azt a nézetet, hogy az egészségügyi ellátás sikerét gátló tényezők a célközösségekben keresendők. A feltevés szerint „a hatékony egészségügyi ellátás csak akkor biztosított, ha a hagyományos társadalom tagjai egészségmagatartásukat megváltoztatják”. Ritkán teszik fel a kérdést, ha egyáltalán erre sor kerül: Mit segíthetnek az antropológusok a tervezést és a lehető legjobb egészségügyi rendszer kialakítását gátló hivatalnoki magatartás megváltoztatásában?⁷⁵ Továbbá „az egészségügyi személyzet abban reménykedik, hogy az antropológusnak csak át kell adni a helyzet kulcsát, mely megnyitja az utat az elsődleges ellátás előtt a szívvel-lélekkel együttműködő közösség felé”.⁷⁶ Hasonlóképpen figyelmeztet Coreil arra, hogy „a kutatásokat azzal a megbízással indítják, hogy a társadalomtudományi eredmények révén a kulcsprobléma kezelhetővé válik, és az egész rendszer olajozott működésbe kezd a kívánalmak szerint”. Az alapfeltevés lényege, hogy „ha az egészségügyi ellátás hatékony működéséhez magatartás-változásra van szükség, az a közösségen múlik, és nem a hivatalnok magatartása az, ami meg fog változni”.

Foster⁷⁷ kiemeli, hogy a nemzetközi egészségügyi szervezetek, mint a WHO is, hatalmas lépéseket tettek azért, hogy megfeleljenek a világ egészségügyi szükségleteinek, különösen a fejlődő országokban. Azonban ezek zöme – bár ideológiáját tekintve nemzetközi – mégis a „Nyugati kulturális jegyeit viseli magán”. Három alapfeltevést ír le Foster, mely sok nemzetközi segélyprogram alapját képezi:

1. „a fejlett világ rendelkezik a lemaradott országok fejlődésének elősegítéséhez szükséges tőkével és tehetséggel;”
2. „ha egyes emberek rendelkeznek a 'know-how'-val, míg mások nem, a 'know how' tulajdonosok hívatottak annak megtervezésére és közvetítésére;”
3. „a fejlett világ szükségleteit kielégítő sajátos intézmények, és végrehajtási módok alkalmazhatók megfelelő mintaként a harmadik világ számára”, ami nem jelent mást, mint azt, hogy „a Nyugat esetében bevált egészségügyi stratégiák egyetemesek, és ugyanolyan jól alkalmazhatók Bostonban mint Bombayben.”

Ez a fejezet azonban gazdagon illusztrálta, hogy a *helyi* – társadalmi, kulturális és gazdasági – valóság és a helyi közösségek szükségletei és kívánságai szintén figyelmet érdemelnek az EEE bármely formájának kialakításakor. Éppen ezért az orvosi antropológia számos – a helyi közösségekben végzett árnyalt „mikro”-vizsgálatainak – eredménye használható az elsődleges egészségügyi ellátás programjának kialakításában, megszervezésében és értékelésében is. Segítség lehetne az EEE rendszerek helyi, nemzeti és nemzetközi szinteken történő tervezésében, hogy azok humánus, kulturálisan illeszkedő, vagy éppen költség-hatékony, és az orvosi hivatalnokréteg érdekein túl a helyi közösségek és tagjaik érdekeit szolgáló programok lehessenek.

Környezetszennyezés és a globális felmelegedés

1944-ben az antropológus Malinowski a biológiai túléléshez szükséges „alapvető” emberi szükségleteket (mint az anyagszere, a mozgás szabadsága, növekedés, egészség, reprodukció) és „másodlagos” vagy *származtatott*; szociális élethez szükséges, szükségleteket különböztet meg.⁷⁴ Ilyen szükségletek a jogrendszer, az értékek, a vallás, művészet, nyelv és a jelképek, de ide kell sorolni az anyagi eszközöket, a technológiát, és a termékeket is. A társadalmi-gazdasági fejlődés során „új szükségletek jelennek meg, és a viselkedést új kényszerek és ösztönzők határozzák meg”. A probléma ott kezdődik, hogy ezek a viszonylag újkeletű kulturálisan létrehozott szükségletek – mint amilyen a nyugati társadalomban az ételt késsel, villával enni, vagy autót, hűtőszekrényt birtokolni – gyakran olyan alapvetőnek tűnnek, mintha biológiai szükségletek lennének, melyek nélkül létezni se lehetne. Az ökológiai kérdések vizsgálatánál ezen kulturálisan létrehozott, kvázi alapvető szükségletek antropológiai értelmezése fontos, mert ezen szükségletek „bővített újratermelése” és terjesztése kimerítheti a bolygónk forrásait, folyamatos egyenlőtlenséget, és kielégítlenséget teremtve a környezetre komoly veszélyt jelent.

Csak egy apró példa: a klorofluorokarbonok (CFC) széleskörű alkalmazása a hűtőszekrényekben, és az aeroszolokban jelentősen hozzájárult az ózonréteg elvékonyodásához, és mint „üvegházhatás gáz” a glo-

bális felemeléshez is; mindkét környezeti következmény súlyosan veszélyezteti az emberi egészséget. Ezen cikkek népszerűsítésében a gazdasági tényezők kétségtelenül érdekelték voltak (elsősorban a termelésükben, terjesztésükben és a kereskedelmükben rejlő profit révén), azonban a kulturálisan befolyásolt képzetek és magatartásformák szerepe is fontos. A dezodoráns, légfrissítő, hajlakk vagy bútorfényező aeroszolok használata szorosan összekapcsolódik bizonyos kulturális értékekkel, melyeket a reklám folyamatosan megerősít. A nyugati országokban a reklám felerősíti a szagtalan környezetben való élet fontosságának képzetét, mely kizárja a testszagot és a külvilágból származó szagokat is az otthoni környezetben; elősegítik bizonyos, hajlakkot igénylő frizurák, és hajszínek divatban tartását (különösen ha az fiatalos külsőt biztosít), hasonlóan a bútortat fényes, tükröző felszínéhez, mely rendet, bőséget és társadalmi elismertséget sugall.

Jóval áttűtőbb példa az *autó* birtoklása, azé az emberi életvitellel alapvető befolyást gyakorló találmányé, mely átalakította a társadalmak, kultúrák, gazdaságok sőt a tájak és emberi viszonylatok szerkezetét szerte a világon.

Azonban ennek a találmánynak az ára is igen magas. Az autók századeleji megjelenése óta az utakon milliók haltak vagy rokkantak meg közlekedési balesetben, és emellett az autók mind az emberi egészség, mind a környezet súlyos megrongálásáért is felelőssé tehetőek. A kipufogógáz *légszennyező* hatása kínálja a legkézenfekvőbb példáját ennek a környezeti ártalomnak, melyek veszélyességét jelzi a kibocsátott CO₂, ózon, nitrogéndioxid, hydrocarbon gázok ártalmas volta.⁷⁵ A túlszűfolt városokban szinte állandósult csúcsforgalom révén a levegőszennyezés folyamatos és súlyos egészségkárosító tényező, mely a légutakat támadja meg elsősorban. Az ólmozott benzin (melyet az Egyesült Államokban betiltottak, de más országokban még elterjedt) ólomoxid tartalma a por vagy szmog szennyeződése révén az élelem, a termőtalaj, a gabona és más élelemlap-anyagok közvetítésével – főként a gyermek körében – okozhat komoly egészségügyi problémákat.⁷⁶

Az autó azonban nem pusztán közlekedési eszköz. Szimbolikus tárgy, mely az emberek számára az adott személy kultúrája, társadalmi-gazdasági háttere, neme és korosztálya szerint más és más *jelentést* hordoz. Gyakran jelképezi a presztízt, erőt, autonómiát, individualitást és a mozgékonyt is (mind társadalmi, mind földrajzi tekintetben), mindezeket a képzeteket gyakran éppen az autópálya teremti vagy erősíti meg, és tartja fenn.

Ahogy azt a népességszabályozás kapcsán láttuk, az autók környezetszennyezésének csökkentéséhez is szükséges bizonyos szocio-kulturális szempontok figyelmebevétele. A nemzeti közlekedés-politikák (mint például a sebességhatárolás, az ólommentes benzin szubvenciója, a zöld kártya bevezetése, az autók súly és lökettérforogati arányos adójának emelése, és a gépkocsik kitiltása a városközpontokból) nem jelentenek kizárólagos megoldást. Mielőtt az embereket átszoktatnák a személyi közlekedésről a tömegközlekedés kevésbé szennyező módjaira,

ra (mint amilyenek a vasutak), nem elég ezek könnyebb hozzáférhetőségét megteremteni, azt is meg kell érteni, miért helyezik az emberek a saját autót a közlekedési választási lehetőségek első helyére. Ezért az autó birtoklásának kulturális szerepét vizsgáló antropológiai tanulmányok hozzájárulhatnak a nemzeti közlekedés-politika kialakításához.

Miller⁷⁷ a trinidadai Chaguanasban írta le azt a jelenséget, mely szerint az autó „olyan jármű, mely nemcsak térben, hanem jelképesen az értékrendszerek között is mozgatja, szállítja az embereket”. Ezen új értékek között az *individualitás*-tudat említendő, minthogy a mai Trinidadban „az egyéniséget magába foglaló autó talán még az öltözködésen is túltesz a személyiség egyediségének kifejezésében”. A beszélgetésekben néha nem is a névvel, hanem a kocsival, esetleg rendszámjával azonosítják a felidézett személyt. A fiatal férfiak számára az autó saját fantáziáik megtestesülését, a családtól való függetlenséget, a szexuális attraktivitást jelenti (ahogy azt az utcai bölcsesség is tükrözi, „a nők azt a férfit meg se nézik, akinek nincs kocsija”). Az individualitás nyilvános kifejezésének eszközeként az autókat az egyén karakterének és társadalmi rangjának megfelelő díszítményekkel dekorálják ki. Mindennek egyik következménye, hogy ha már autója van valakinek, nem hajlandó gyalogni; gyakoriak a hatalmas közlekedési dugók, amikor a nemegyszer közeli munkahelyre vagy az iskolába tartanak autójukkal. Így az autó nemcsak közlekedési járműként, de az önkifejezés „közlekedési” eszközeként is szolgál Trinidadban és másutt is. A levegőszennyezést korlátozó közegészségügyi szándéknak ezeket a kulturális mozzanatok is figyelembe kell vennie. Ahogy a dohány és alkoholhirdetésekkkel, úgy a másodlagos szükségleteket folyamatosan előállító, és a tárgyi javak fogyasztására összpontosító reklámmal is foglalkoznunk kell, mielőtt az így okozott környezeti ártalmak visszafordíthatatlanná válnak.

Ahogy fejezetünkben röviden érintettük, gyakran találunk összefüggést – akár közvetlen akár közvetett formában – a bolygó ökológiája, lakóinak egészsége, sajátos kulturális hiedelmei és magatartása között. Nemcsak a környezetszennyezés sorolható ide, említünk kell a nukleáris energia használatát, a nukleáris fegyverzetet, az erdők kiirtását, állatfajok sorának kiveszését, és az emberiség hosszú távú érdekei elé helyezett rövidtávú profitérdeket. Mindezeket a jövő orvosi antropológusának figyelembe kell vennie, mivel az emberi kultúra befolyásolja e problémák létrejöttét, felismerését és azt is, hogy az emberiség mit tud velük kezdeni.

Az erdőirtás és a fajok kipusztulása

A globális egészséget fenyegető veszélyek egyik legsúlyosabbika az *erdőirtás* – különösen az esőerdők kipusztítása. A történelem előtti idők esőerdőállományának kevesebb mint fele maradt fenn, és az erdőpusztítás jelenleg is folyamatos, évente mintegy 142 000 négyzetkilométert

tesz ki a kivágott vagy felégetett erdők alapterülete (mely a fennmaradónak mintegy 1,8%-a).⁷⁸ Az erdők a „Föld tüdejét” képezik és a globális gázforgalom stabilizálásában kulcsszerepet játszanak (csökkentve az „üvegházhatást”), és elősegítik a globális esőzési viszonyok állandóságát. Kipusztításuk csökkent esőzéshez, és a termőtalaj visszafordíthatatlan eróziójához vezet, mely a terméshozam és az élelemtermelés csökkenését vonja maga után. A bolygónk ökológiai károsításán túl az erdőirtással még három más problémakör is összefüggést mutat:

1. Az esőerdőket lakó *bennszülött népesség életlehetőségeinek megszűnése* mind fizikai, mind kulturális értelemben, a birtokosok, aranybányászok, vagy a kormányzati hivatalnokok közvetlen erőszaka nyomán, és lakóhelyük, vadászterületük jelenlegi pusztítása révén.
2. Az esőerdőket benépesítő állatok, madarak, növények, mikroorganizmusok *-fajok kipusztítása*, mert közöttük sok a gyógyászat fejlesztésében is hasznosítható.
3. Az egyes vírusok és vektorok ökológiai élőhelyeinek, és nicheinek elpusztítása nyomán az emberi populációra való átvitel nyomán fellépő *fertőző betegségek*.

Sok esetben az antropológusok a probléma árnyaltabb értelmezésére képesek sajátos szempontjaik folytán. Így meggyőző adatokkal szolgáltak egyes harmadik világbeli bennszülött törzsek sorsát illetően (mint például a braziliai indiánok esetében is), hányan pusztultak el az életterüket és vadászterületüket képező esőerdők kiirtása, és a közösségükbe behurcolt betegségek következtében.⁷⁹ Sokan közülük ügyvédként vállaltak szerepet a kormányzattal és más hivatalokkal szemben, hogy megállítsák a genocídiummá váló folyamatot. Gyakran adtak meggondolandó leckét az ipari társadalmakban élők számára a természeti környezet, és korlátozott forrásai iránti tiszteletből és alázatból.

A fajok kipusztítása – legyen az növény, madár, egyéb állat, vagy mikroba – a globális egészséget fenyegető sajátos veszedelem. A következő 50 évben az összes élőlény mintegy negyede ki fog pusztulni, különösen azok, akik a gyors trópusi esőerdőirtásnak esnek áldozatul.⁷⁸ A jelenlegi ütemben évenként ez 27 000 faj kiveszését jelenti a becslések szerint, ami több mint 74 faj kipusztulását jelenti naponta. Fontos következménye mindennek az, hogy a lehetséges orvosságok ezreit veszítjük el, melyek sok betegségben szenvedő számára hozhatnának enyhülést. Chivian⁷⁸ becslése szerint jelenleg a harmadik világ népességének 80%-a, és az emberiség mintegy kétharmada hagyományos módon gyógyfűvekkel kezeli betegségeit; még az Egyesült Államokban is 1959 és 1980 között a felírt patikaszerek 25%-a gyógynövények főzeteiből, kivonataiból adódott össze. Ezen gyógynövények zömét a modern gyógyszerek kifejlesztését megelőzően évszázadokig a hagyományos gyógyítók alkalmazták, és alkalmazzák ma is. A közismertebb növényi eredetű gyógyszerek között említhetjük a kinineket és kinidint (chicon alkaloidák), a D-tubocurarine-t (a *Chondrodendron* kivonata), az

aszpirint (fűzfa), digitális (a gyűszűvirág alkaloidja), morphine (mákgubóból), vagy a daganatos betegségek gyógyszerei: taxol (tisza-fából), a vinblasztin és a vincristin (Vinca alkaloida, télizöld, vagy meténg növényből *Vinca rosea*).⁷⁸ A hagyományos gyógyítást, és gyógynövényeket, népi füves ismereteket illető antropológiai kutatások számos információval szolgáltattak más gyógynövényekről, a javallatokról és ellenjavallatokról, és arról, hogy a világ különböző helyein mind-ezt a különböző kultúrák hogyan alkalmazzák.⁸⁰

Az esőerdők kiirtásából fakadó másik veszedelem az újabb fertőző betegségek rászabadítása az emberiségre, melynek hátterében a természetes élőhelyek elpusztulása, a helyi ökoszisztémák felbomlása áll. Például a trópusi esőerdők kivágása (ahogy azt az Amazonas mentén láttuk) nyomán egy sajátos *Leishmania*-féle protozoát vektorként hordozó bársonylegy természetes gazdaállatai, az erdei rágcsálók is elvesztették az élőhelyüket. Ennek következtében a bársonylegyek időszakosan az embereket támadják meg a gazdaállatok helyett és növelik a *Leishmaniasis* gyakoriságát, mely világszerte 12 millió embert érintő súlyos betegség.⁷⁹ Hasonlóképpen fenyeget az Afrikai álomkórért felelős cecelvény, vagy a Közép és Dél Amerikában előforduló Chagas-kórért felelős kissing bug, mely betegség körülbelül 15-20 millió embert érint, tömeges megjelenésük kapcsolatban lehet élőhelyük elpusztulásával. Számos vírusos kórkép az utóbbi időben „ahyta el” az erdőirtás nyomán az erdőségeket. Közöttük említendő például a *Haemophysalis spinigera*, egy a Dél-India trópusi erdőségeiben élő kistestű erdei állatokon élősködő kullancsféle által hordozott betegség, a *Kyasanur Forest Disease* (KFD). A kiirtott esőerdők helyén legeltetett juhok és szarvasmarhák a betegség rezervoárjává váltak, és ez a tendencia kíséri az ott élő embereket is.^{78,81} Mint más „új” vírusos betegségek esetében, itt is a járványok hatása fontos megfigyelési terepet kínált az antropológusok számára.

Esettanulmány: A Kyasanur Forest Disease (KFD) megjelenésére adott közösségi válaszmegatartás a Dél Kanara-i járásban, Dél-India

Nichter⁸¹ a Dél Kanara-i járásban észlelt KFD-t alapvetően a „fejlődéssel járó betegségeként” írja le, mely az erdőirtás és az így nyert az erdők és a falvak között elterülő bozotos legelőkön való marhatartás következménye. A megbetegedettek többsége szegény mezőgazdasági bémunkás volt, aki ezeket a kullancsokat hordozó állatokat legeltette. A helyi világképben a világegyetem három birodalomra oszlik, az emberek, az (vad) őserdő és a kettő között közvetítő szellemek világára. Az ember és a szellemek érintkezése mindig veszélyekkel terhes, és ha a szellemek kiszabadulnak az ember ellenőrzése alól „a terméshozam lecsökkenése, járványok, az emberek és a háziállatok erőszakos halála lehet a következmény”. Látna a KFD járvány kitörését a falubeliek mindezt az erkölcsi kihágások büntetéseként értékelték, és a szellemeket tar-

tották a betegség közvetítőinek, különböző rítusokkal próbálván kiengesztelni őket; a KFD természetfölötti okába vetett meggyőződést csak erősítette a gyógyító orvosok kudarcja. A járvány alatt az áldozatok többsége kulturális, és gazdasági megfontolások miatt visszautasította a kórházba utalást, és inkább a helyi ayurvédikus orvos segítségét választotta. Attól tartottak, hogy meghalni a kórházban „rossz halált” jelent, és a kiengeszteletlen szellem (*preyta*) a túlélő rokonságra bajt hozhat. A szellem kiengeszteléséhez szükséges rítusok költségeit azonban nem tudta fedezni. A kórházba utalás egyben még egy egészséges kereső kiesését is jelenti, akinek a beteg kórházi ápolásában illik segédkeznie. Kontrasztiképpen az ayurvédikus gyógyító – ki jóllehet talán kevésbé hatásos a gyógyításban – a helyi beteg-ség-képzetek iránt elfogadóbb, érzékenyebb a kórházi személyzetnél, ezeknek megfelelő sajátos étrendet írt elő és „igen szabadon alkalmazta a diazepamot (Valium, Seduxen) a betegségek széles körében”. A betegeket otthon kezelve segített a „rossz halál” költségeinek kivédésében. Nichter jelzi, hogy először a kormányzati hivatalnokok lebecsülték az erdőpusztítás és a KFD között fölvetett kapcsolat lehetőségét, és a járvány leküzdésében a közösségi önszervező lehetőségekkel sem éltek. A betegség misztikus eredetbe vetett hit ellenére a falubeliek „a szellemeket kiengesztelő erőfeszítéseikből nem zárták ki a betegség eszközeinek tekintett kullancsok kiirtását sem”.

Az erdőirtás mellett a világ vadállományának sok fajtáját kipusztították a vadászok, sokszor nem is táplálkozás végett, sokkal inkább „kulturális” megfontolásokból. Ilyen példa a bálnák századelejei vadászata, melynek piacot a bálnacsontról készített női fűzők iránti igény teremtett; az afrikai szafárikon állatok ezreit lövik le, hogy a gazdag vadászok elvihessék a trófeákat; a Távol-Keleten kedvelt cápauszony leves miatt pusztítják a cápákat, a divatkövető hölgyek számára készített női bundák a rókák, vidramenyétek és nyulak számára jelent veszedelemet, Afrikában a rhinocérosz szarvát afrodiziákumnak használják porított formában, ami ezeknek az állatoknak a vadászataival jár együtt, hasonló a helyzet kézművesség elefántcsont igénye miatt, a tigriseket a belső szerveikből készített népi orvosságok készítése miatt irtják Indiában és Kínában, és szintén orvosi céllal használják fel az elejtett medvék epehólyagját Ázsia egyes részein.

Cortese⁸² szerint e környezetpusztító tevékenységek közös eleme a világ antropocentrikus felfogásán alapuló *hiedelemrendszer*, miszerint „az emberi faj a többi faj fölött áll, és uralkodnia kell a természet fölött”, és a világ forrásai „szabadon hozzáférhetők és kimeríthetetlenek”.

Ezeknek a képzeteknek és a ráépülő gazdasági és politikai rendszereknek szomorú következménye jelenkorunk ökológiai válsága és a globális egészség-ügyet illető növekvő fenyegetettség.

Új kutatási módszerek

Ezen globális egészségügyi problémák kihívásai az antropológiában kifejlesztett új kutatási technikák alkalmazását igénylik a sokszor sürgős beavat-

kozást igénylő helyzetekben. Főként – szemben a hagyományos hosszabb távú terepmunkával – gyors etnográfiai adatgyűjtést lehetővé tevő módszerek lehetnek hasznosak az átfogó egészségnevelési programok és elsődleges egészségügyi ellátás kialakításában és értékelésében. Közülük az legismertebb a rapid ethnographical assessment,⁸³ a rapid epidemiological assessment⁸⁴ és a rapid rural appraisal⁸⁵ vizsgálatok, mely felméréseket hetek, maximum néhány hónap alatt el lehet végezni. Sok esetben a fókusz csoport vizsgálat⁸⁶ is hasznos; ez hasonló helyzetű emberek, mint a terhes asszonyok, kamaszfiúk, vagy AIDS beteg kis csoportjainak körében végzett az egészséggel kapcsolatos képzeteket és magatartásokat felmérő intenzív beszélgetések, interjúk révén válik lehetővé. Eisenbruch⁸⁷ menekültek körében fejlesztette ki az ún. *Cultural Bereavement Interview* módszerét, mely segített a menekültek testi, érzelmi és társadalmi tekintetben megélt tapasztalatainak megértésében. Ezen gyors kutatási technikák eredményeit ötvözni kell az intenzívebb, hosszú távú terepmunkák kínálta ismereteivel, és az „orvosibb” jellegű adatokkal is. Ahogy azt Peltos⁸⁸ megfogalmazta, korunk orvosi antropológusának a feladata a minőségi és a mennyiségi adatok szervesítésének útjait kialakítani, az egészséggel és betegséggel kapcsolatos képzetek árnyalt etnográfiai kutatási tapasztalatainak és az epidemiológusok és más kvantitativ kutatók eredményeinek közös kifejezését lehetővé tenni.

Ebben a fejezetben nemcsak a mára kikerülhetetlen globális egészségügyi kérdéseket vázoltuk fel, hanem feltártuk a kezelésüket célzó nemzeti (és nemzetközi) megoldási kísérletek és a helyi társadalmi és kulturális feltételek közötti feszültség természetét, és az antropológiának e feszültség feloldásában játszott szerepét.

Ajánlott Irodalom

- Bolton, R. (ed.) (1989) *The AIDS Pandemic: A Global Emergency*, New York: Gordon and Breach
- Chivian, E., McCally, M., Hu, H. and Haines, A. (eds) (1983) *Critical Condition: Human Health and the Environment*, Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press
- Coreil, J. and Mull, D. J. (eds) (1990) *Anthropology and Primary Health Care*. Boulder: Westview Press
- Foster, G. M. (1987) Bureaucratic aspects of international health agencies. *Soc. Sci. Med.* 25, 1039–48
- Harpham, T., Lusty, T. and Vaughan P. (eds) (1988) *In the Shadow of the City: Community Health and the Urban Poor*. Oxford: University Press
- Smith, R. and Leaning, J. (1993) Medicine and global survival. *Br. Med. J.* 307, 693–4
- Warwick, D. P. (1988) Culture and the management of family planning programs. *Stud. Family Planning* 19, 1–18

Appendix

Klinikai kérdéscsomagok

A kötet alábbi részében rövid kérdéscsomagot talál az Olvasó minden egyes fejezet témaköréből. Ezek a kérdéscsomagok két módon használhatók. Ha olyan klinikai helyzettel találkozunk, ahol szociológiai és kulturális tényezők jelentős szerepűek, az egészségügyi szakember felteheti magának ezeket a kérdéseket, így érzékenyítve magát megfelelő cselekvési terve kialakítása előtt. A kérdések mindegyike ugyanakkor kisebb kutatási program csirája is lehet az adott területen, az alkalmazott orvosi antropológia tágabb elméleti határain belül. Az utóbbi esetben javasoljuk, hogy az egyes fejezetek végén felsorolt köteteket és folyóiratokat nézzék át, további elméleti alapozás végett, mielőtt a kutatási programot indítanák.

2. fejezet: Az anatómia és az élettan kulturális vetülete

1. A beteg testének mely alak, méret, díszítési illetve ruházati változatai magyarázhatók szocio-kulturális faktorokkal?
2. Hogyan határozza meg a páciens saját testhatárait?
3. Milyen elképzelése van a betegnek testfelépítéséről (beleértve belső szervei elhelyezkedését is)?
4. Milyen elképzelése van a betegnek belső szervei működéséről?
5. A fenti négy kérdésre adott válasz mennyiben befolyásolja
 - (a) tünetei bemutatását, prezentálását
 - (b) egészségi állapota eredetével, kezelésével és kórjóslatával kapcsolatos attitűdjét, elképzelését
6. Az első négy szempont miként hat a páciens egészségére?
7. Az első négy szempont milyen módon befolyásolja az orvosi kezeléssel és tanácsokkal kapcsolatos együttműködését, vagyis az illető compliance-át?
8. Az orvosi diagnózis, kezelés illetve tanácsadás kongruens-e 1., 2., 3., 4.-el?
9. Terhesség /menstruáció/ szoptatás során 1., 2., 3., 4. milyen mértékben befolyásolja
 - (a) az illető asszony magatartását és táplálkozását,
 - (b) az asszony egészségét,
 - (c) a magzat illetve újszülött egészségét?
10. Milyen mértékig egyezik a betegek „testképe” „énképükkel”?