

esetében látjuk, a jelenséget szélesebb összefüggésben kell értelmezni, különös tekintettel a bevándorlók életének társadalmi, politikai és gazdasági környezetére.

### Ajánlott irodalom

- Helman, C. G. (1987) Heart disease and the cultural construction of time: the type A behaviour pattern as a Western culture-bound syndrome. *Soc. Sci. Med.* **25**, 969–79. A nyugati kulturális étékek szerepe a koronária megbetegedésekben.
- Parkes, C. M. (1971) Psycho-social transitions: a field for study. *Soc. Sci. Med.* **5**, 101–15
- Pollock, K. (1988) On the nature of social stress: production of a modern mythology. *Soc. Sci. Med.* **26**, 381–92. Mind az orvosi, mind a laikus stressz-modell kritikája.
- Selye, H. (1976) Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions. *Can. Med. Assoc. J.* **115**, 53–7
- Young, A. (1980) The discourse on stress and the reproduction of conventional knowledge. *Soc. Sci. Med.* **14B**, 133–46

## Az epidemiológia kulturális szempontjai

Az epidemiológia tudománya az emberiség betegségeinek meghatározásával és a különböző betegségformák eloszlásának vizsgálatával foglalkozik. Nem egyedi eseteket, inkább az emberek csoportjait vizsgálja, így járja körül az egészség-betegség témakörét. Amikor az epidemiológus egy meghatározott betegséget kutat (ilyen például a tüdőrák), megpróbál összefüggéseket keresni a betegség előfordulása, eloszlása és a betegséggel sújtott emberek szokásai, élet-körülményei között (például a dohányzási szokások), így próbálja a betegség valószínű etiológiáját tisztázni. A leggyakrabban vizsgált tényezők: a kor, a nem, a családi állapot, a foglalkozás, a szocio-ökonomiai helyzet, a táplálkozás, a környezet (mind a természetes, mind az ember-alkotta környezet) és a betegek viselkedése. Arra törekednek, hogy okozati összefüggéseket fedezzenek fel egy vagy több vizsgált tényező és a betegség kialakulása között.

Az epidemiológiai kutatás két fő megközelítési módszert alkalmaz, a legtöbb tudós ezek egyikét, vagy a kettő kombinációját alkalmazza. Az esetkövetéses vizsgálat (*case control*) módszere a vizsgált betegségben szenvedők csoport-jának egy részét tanulmányozza. Ha egyes tényezők és a betegség előfordulása – például a régóta tartó dohányzás és a tüdőrák – között ki lehet mutatni a statisztikai-kailag szignifikáns összefüggést, fel lehet vetni az ok-okozati kapcsolatot. A csoportvizsgálat (*cohort study*) esetén a kutató egy olyan egészséges populációt kezd el vizsgálni, melynek egyes tagjai kapcsolatban állnak a feltételezett rizikó-tényezőkkel, például a dohányzással. A csoportot hosszú időn át követi és vizsgálja a meghatározott betegség előfordulását. Ha úgy találja, hogy a kockázati tényezővel rendelkező betegeknek nagyobb esélye van a betegség kialakulására, felvetheti a kockázati tényező és a betegség közötti etiológiai összefüggést. Nagyon sok olyan epidemiológiai kutatás van azonban, mely nem tudja feltárni ezeknek az összefüggéseknek a mélyebb természetét, így, amíg nincsenek további bizonyítékok, ezek csak feltételezések maradnak. Más esetekben, ilyen a tüdőrák és a dohányzás, vagy a veleszületett fejlődési rendellenességek és a terhesség alatt szedett thalidomid, sokkal világosabb az ok-okozati összefüggés, sőt fiziológiai folyamatokkal lehet magyarázni a betegség létrejöttét.

Ha individuálisan nézzük, a „kockázati tényező” fogalmának csak korlátozott prediktív értéke van. Például, nem minden erős dohányosban fejlődik ki tüdőrák, nem minden bevándorlónak lesz öngyilkosságra hajlamosító depressziója, és nem minden „A típusú” személyiség esetében fog kifejlődni koronária betegség. Ha választ szeretnénk kapni ar-

ra a kérdésre, hogy miért kapott meg egy bizonyos ember egy bizonyos betegséget és miért pont akkor, amikor, sokkal több tényezőt – genetikai, testi, pszichológiai és szocio-ökonomiai tényezőket is – tekintetbe kell vennünk és meg kell vizsgálnunk a közöttük lezajló kölcsönhatásokat is. Az egészség-betegség ilyen multifaktorális értelmezése gyakran hasznosabb, mint a kockázati tényező és a betegség közötti ok-okozati összefüggés egyszerű posztulálása. Ahogy Kendell<sup>1</sup> rámutatott: „A medicinában ugyanúgy, mint a fizikában, speciális okok vezetnek egy bonyolult esemény-sorhoz, miközben az események állandóan kölcsönhatásban állnak egymással. Az események sorozatába intervenció lépésekkel lehet beleavatkozni. Ha az eseménysor lényegét nézzük, ennek jellemzésére nem megfelelő a „kauzalitás-elmélet”, ez ilyen módon értelmét veszítette.”

Mind az antropológusok, mind a szociológusok hozzájárultak ahhoz, hogy jobban megértsük, miképpen viszonyulnak ezek az összetett faktorok a betegségekhez. A különböző változókat körüljárva – társadalmi réteg, gazdasági helyzet, nem, „életesemények”, kulturális eszmék és szokások – rámutattak, hogy miképpen vonatkoztathatók ezek a változók bizonyos betegségek incidenciájára és eloszlására. A szociológus Murphy és Brown<sup>2</sup> például 111 londoni nő esetében mutatta be, hogy mind a pszichológiai, mind a testi leromlásukat megelőzte egy vagy több komoly „életesemény”, mely az utolsó 6 hónapban történt (lásd 11. fejezet). „Makro” szinten a Black jelentés<sup>3</sup> 1982-ben azt vizsgálta, milyen kapcsolat van Nagy-Britanniában a társadalmi helyzet és az egészség között, hogyan romlik a rosszabb szocio-ökonomiai rétegekben az egészség, hogyan nő a mortalitás. A fejlődő országokban is világos összefüggés mutatható ki az egészség és a jövedelmi helyzet között. Számos fejlődő országban a lakosság nagy részét legyengíti az alultápláltság, így könnyebben áldozatul eshetnek a fertőző és egyéb járványos betegségeknek. A betegségek terjedésében gyakran szerepet játszik a szennyezett vízkészlet, a rossz közegészségügyi állapot, a nem megfelelő lakáshelyzet, és mindezen csak a jövedelmi helyzet javulásával lehet változtatni.<sup>4</sup> Éppen ezért, mielőtt megpróbáljuk tisztázni a kulturális tényezőknek az egészség-betegség kérdésében játszott pontos szerepét, mindig tisztázni kell a makroszintű gazdasági és társadalmi tényezőket, ezen belül is a társadalom politikai berendezkedését.

A fejlődő országokban különösen hasznos, ha antropológiai szemlélet-móddal tárjuk fel az egzotikus betegségek okait, emlékezzünk csak a *kuru* nevű kórra (progresszív agyi degenerációt okozó betegség). Az 1950-es években Új-Guinea Keleti Fennsík egy kis területén végzett epidemiológiai vizsgálatok úgy találták, hogy a betegség csak az e területen élő nőket és a gyermekeket támadja meg.<sup>5</sup> A betegség lényegében ismeretlen volt a férfiak körében. Számos elmélettel próbálták magyarázni a jelenséget, végül megtalálták a megoldást. A halálos kórt az agyat megtámadó lassú vírus okozta, mely a rituális kannibalizmussal került be a szervezetbe. Ennek során az ezen a területen élő nők és gyermekek egy része evett az elhunyt rokonok az agyi részeitől.<sup>6</sup> Más antropológiai kutatások arra keresnek vá-

laszt, hogy <sup>min</sup> dohányoznak, isznak s használnak kábítószert az emberek, mi az oka annak, hogy megcsönkítják magukat, tartózkodnak a tápláló ételektől, ódzkodnak a fogamzásgátlástól, előszeretettel kockáztatják épségüket veszélyes élethelyzetek vállalásával, stressz-szel teli foglalkozást űznek és egész életükben hajszolják magukat. Marmot<sup>6</sup> vizsgálta azt, hogy miképpen be-folyásolják a kulturális (és emellett a társadalmi és pszichológiai) tényezők ezeket a „kockázatos magatartási jelenségeket”. Észrevette, hogy a legtöbb epidemiológiai kutatás kockázati tényezőnek tartja a dohányzást, bizonyos ételek fogyasztását vagy az elhízást, de gyakran nem fordítanak kellő figyelmet azokra a kulturális tényezőkre, amelyeknek mintaképző ereje van a diétás szokások, az elhízás vagy a dohányzás esetében. Azok a tanulmányok, melyek tekintetbe veszik ezeket a kulturális dimenziókat, kiemelik, hogy több tényező együttes hatása vezet a betegséghez és ezeknek a tényezőknek csak egy része a kulturális nézetek és szokások összessége. A kuru esetében például, a vírus, a nemek társadalmi elkülönülése és a kannibalizmus gyakorlata mind hozzájárulnak a betegség létre-jöttéhez és együttesen magyarázzák meg a kór eloszlását.

Az iparilag fejlett országokban működő Közösség Orientált Alapellátás (Community Oriented Primary Care = COPC) is fontosnak tartja az antropológiai szemléletmódot.<sup>7</sup> Ez a szervezet az egyének és a családok elsődleges ellátására koncentrál, de a helyi társadalmak egészségügyi igényei és problémái sem kerülnek el figyelmét. A közösség egészségügyi helyzetének folyamatos követése azt is magában foglalja, hogy tudatosítja a kulturális nézeteknek és szokásoknak az egészségre gyakorolt pozitív vagy negatív hatását.

Ezek a kulturális tényezők, ott, ahol egyáltalán a felszínre hozhatók, igen nehezen mérhetők, ezért az epidemiológusok és a statisztikusok nem is nagyon kutatják. Nincsenek olyan egyértelmű, mérhető ingerválasz kapcsolatok az egyes kulturális tényezők és meghatározott betegségek között, mint ami lehetséges például a patogén szervezetek (vagy kémikáliák) és az általuk okozott betegségek között. Mégis, annak ellenére, hogy igen nehéz számokba foglalni a kulturális tényezőket, nyomós érvek szólnak amellett, hogy szerepet játszanak a betegségek kifejlődésében, esetleg nem önállóan, hanem más tényezőkkel együtt. Meg kell említenünk azt is, hogy egyes esetekben a kulturális tényezőknek *egészségvédő* szerepük is lehet. Marmot és mts.<sup>8,9</sup> tanulmánya összehasonlította a Japánban, Hawaii-ban és Kaliforniában élő japánok egy-egy csoportjában a koronária-betegség előfordulási arányát. A tradicionális japán kultúrához való ragaszkodás mértéke befolyásolta a koronária-betegség előfordulási arányát; a három csoport között a betegség az amerikai japánok körében fordult elő, mindez szorosan összefügg a kulturális hagyományoktól való jelentős eltávolodásukkal. Ez a fajta vizsgálat arra is felhívja a figyelmünket, hogy a genetikai és a környezeti faktoroknak (a természetnek és szokásrendszernek – nature and nurture) relatív szerepük van a betegségek etiológiájában. Ha a hasonló előéletű japánok csoportja között eltérő a koronáriabetegség gyakorisága, akkor ennek okát a környezeti hatásokban kell keresni.

## A kultúra és a betegség felismerése

Az epidemiológus kulturális és társadalmi háttere, illetve az általa vizsgált popu-láció befolyásolhatja az epidemiológiai adatainak érvényességét. Először is, a különböző országok epidemiológusai nem használnak egységes diagnosztikus kritériumokat az egyes betegségek meghatározásakor. Ez az osztályozási különbség bizonyos betegségek incidenciájának helytelen feltérképezéséhez vezet a különböző országokban. Például, Fletcher és mtsi.<sup>10</sup> az angliai krónikus bronchitis és az észak-amerikai emphysema szembeötlő túlsúlyát vizsgálta. Úgy találta, hogy a jelenséget az okozza, hogy a tünetek ugyanazon együttesét Nagy-Britanniában krónikus bronchitisnek, az Egyesült Államokban emphysemának diagnosztizálták. Egy másik vizsgálat a brit és az amerikai pszichiáterek egy csoportját vizsgálva (lásd 10. fejezetet) úgy találta, hogy különbség van a két csoport diagnosztikus kritériumai között; például az amerikai pszichiáter hamarabb kimondta a skizofrénia diagnózisát, mint brit kollégája. Egy hasonló vizsgálat<sup>11</sup> éles különbségeket mutatott ki Franciaország és Anglia szkizofrénia-incidenciája között. Megvizsgálták, hogy a 45 évesnél fiatalabb betegek közül hányan kerültek éle-tük-ben először pszichiátriára szkizofrénia miatt. Franciaországban relatíve sokkal magasabb számot kaptak, de a 45 évnél idősebbek esetén ez az arány a franciáknál volt lényegesen alacsonyabb. A kutatók szerint az incidenciának ilyen mértékű eltérése nem lehet reális és nagyrészt a „diagnosztikus kétértelműségeknek” köszönhető. A francia pszichiáterek nem szívesen mondják ki a 45 évesnél idősebbekre a skizofrénia diagnózisát, ám a 45 évesnél fiatalabbak esetében nagyobb valószínűséggel diagnosztizálják e betegséget. „A skizo-fré-niáról alkotott francia elméletek a krónikus állapotok több olyan fajtáját foglalják magukba, melyet Angliában a tünetek hiánya miatt nem tekintenének kórjelzőnek.”

Egy 5 európai országra kiterjedő másik vizsgálat<sup>12</sup> szintén jelentős eltéréseket mutatott ki bizonyos betegségek előfordulási gyakorisága területén. A vizsgálat szerint ezek a különbségek két okra vezethetők vissza: egyrészt tényleg elő-fordulhat, hogy a betegség morbiditása aktuálisan eltér a különböző országokban, másrészt eltérő lehet az a mód, ahogyan az orvosok bizonyos tüneteket és jeleket *interpretálnak* és *diagnosztizálnak*.

Zola<sup>13</sup> azt vizsgálta meg, hogy egy bizonyos közösségben miképpen függ egy betegség észlelt incidenciája a tényleges incidenciától és a betegség fel-isme-ré-sé-nek a szintjétől. A betegség felismerése azzal kezdődik, hogy vagy a beteg, vagy az orvosa így szól: „valami nem stimmel”. A folyamat azonban már ilyen szinten is megrekedhet. A betegség felismerésének megtörténte függ attól a társadalmi környezettől, ahol az eltérés jelentkezik és attól is, hogy „összeegyeztethető-e” a tünetek egy kóros állapot, illetve abnormálisnak ítéli-e meg a közösség a jelenséget. A szerző vizsgálatai szerint például az arapesh nők nem éreznek fájdalmat a menstruáció alatt. Az Egyesült Államokban azon-

ban szinte minden nőnek fájdalmas a ciklusa. Fox vizsgálatai<sup>14</sup> bemutatták, hogy a kongenitális csípőficamot az Egyesült Államok dél-nyugati részén élő navaho indiánok, bár nem feltétlenül „jónak”, de mindenképp normálisnak tartják; a villanegyedekben, a jobb szocio-ökonomiai helyzetben lévő csoportok (Regionville) abnormálisnak ítélik meg a hátfájást, ugyanakkor a rosszabb társadalmiszociális helyzetben élők nem. Az abnormalitás vagy a betegség definíciója bizonyos mértékben azt is meghatározza, hogy az egyén orvoshoz fordul-e és így esete bekerül-e a morbiditási statisztikába. Zola szavaival: „Még lehet, hogy egy szelektív folyamat választja ki azokat a szimptomákat, melyekkel orvoshoz fordulunk... és annak is meg van az esélye, hogy nem az etiológiai, hanem ezek a szelektív folyamatok magyarázzák azt a sok fel nem tárt vagy félremagyarázott epidemiológiai különbséget, melyeket a társadalmak között vagy azon belül észlelünk.”

Az epidemiológia inkább az objektíven diagnosztizálható betegséggel (disease) foglalkozik, s kevésbé a betegségek szubjektív vonatkozásaival (illness). Tudományos módszere „szigorú” és ellenőrizhető adatokra épül, ilyenek a kóros vérnyomás, diagrammok, vérvizsgálati értékek vagy a test felépítésében vagy a funkciójában észlelhető egyéb mérhető változások. Ez a módszer azonban sok rendellenességet kizár a vizsgálatból, különösen a kultúrához kötött, a népre jellemző betegségek tűnnek el így a látótérből (lásd 5., 10. fejezet), ezeknél gyakran hiányoznak ugyanis a fiziológiai, a mérhető eltérések. Antropológusok, mint például Rubel<sup>15</sup> javasolták, hogy alkalmazzanak olyan epidemiológiai módszereket a sajátos, egyes népeknél fellelhető betegségek (pl. a latin-amerikai *susto*) tanulmányozására, mint amelyeket mondjuk a *tbc* vagy a szifilisz esetében használnak. Ezeket az egyes népekhez kötődő betegségeket az érintett társadalom tagjai ugyanolyan valóságosnak fogadják el, mint a mi epidemiológusaink mondjuk a *tbc*-t. Az eltérések sajátos hatással vannak az emberek megatartására, mentális és fizikai jólétükre. Rubel meglátása szerint a kultúrában elterjedt nézetek, szimptomák és magatartási változások illetően sajátos konstellációja figyelemreméltó következetességgel jelenik meg sok latin-amerikai csoportban, indiánoknál és nem-indián közösségekben egyaránt. Rubel a betegek etnográfiai esettörténeteinek vizsgálatakor el tudott különíteni olyan variánsokat, amit általában a betegség általános megjelenéséhez kapcsolnak. Véleménye szerint a *sustona* ugyanúgy, mint más, kultúrához kapcsolódó rendellenességnek multifaktoriális oka van, azaz a betegséget a következő tényezők bonyolult kölcsönhatása eredményezi: az érintett egyén egészségi állapota, személyisége (a társadalmi elvárásoknak való sikeres vagy sikertelen megfelelés ön-értelmezése), és a társadalmi rendszer (szerepelvárások). A *susto* feszültségterhes szociális helyzetekben jelentkezik, például amikor valaki nem tud megfelelni a családnak, barátoknak, a munkaadó elvárásainak. Ezzel az „eszközzel” reagál a latin-amerikai paraszti vagy városi közösség a számára szorongató élet-helyzetekre. Mivel az elváltozást nagyrészt csak maga az érintett közösség, illetve az antropológusok kutatásai ismerik fel, használható epide-



miológiai technikákat kell alkotni, hogy felismerjük az eltérést, illetve az ahhoz vezető szociális, kulturális, pszichológiai sajátosságokat.

### A betegség epidemiológiájának kulturális sajátosságai

Ahogy már említettük, a kulturális tényezők hozzájárulhatnak a kóros állapot kialakulásához, illetve maguk is okozhatják ezeket, mindemellett egészségvédő szerepük is lehet. Ebben a részben számos, az előzőekben már részletezett kulturális faktort sorolunk fel. A felsorolás nem teljes, inkább azoknak a tényezőknek a szelekciója, melyet az antropológusok és az epidemiológusok általában vizsgálnak. Jelentőségüket majd a később részletezendő esettörténetek fogják megvilágítani.

#### Gazdasági helyzet

A gazdasági helyzet vizsgálatakor a következő kérdések merülnek fel: mennyire egyenletes a javak eloszlása a társadalomban, a vizsgált csoport a társadalom más tagjaihoz viszonyítva jobb vagy rosszabb körülmények között él-e, jövedelme elég-e a megfelelő lakásra, táplálkozásra, ruházatra; milyen az egészséggel, a szegénységgel, a munkavégzéssel vagy a munkanélküliséggel kapcsolatos értékrend és mi az a alapvető gazdasági egység, amely a jövedelemszerzést, a felhalmozást és szétosztást végzi, az egyén, a család vagy egy nagyobb közösség.

#### A család szerkezete

Meg lehet vizsgálni, milyen családmódel vált a társadalomban elfogadottá: nukleáris család, nagycsalád, laza kapcsolatban élő családok vagy az egyszülős család; milyen hangsúlyos a kölcsönhatás, az összetartás és az egymás kölcsönös segítése a családon belül; mi a domináns, a családi vagy az egyéni teljesítmény; hogy oszlik meg a felelősség a család tagjai között a gyermeknevelés, a táplálás és az öregek, betegek, haldoklók gondozását tekintve.

#### A nemek szerepe

Ide tartozik a nemek közötti munkamegosztás, ezen belül is az, hogy ki dolgozik, ki marad otthon, ki készíti el a ételt, ki foglalkozik a gyermekekkel, milyenek a nemi szerepekkel kapcsolatos társadalmi jogok, kötelezettségek és elvárások; a nemek magatartásával kapcsolatos kulturális szokások (ilyen például amikor az alkoholfogyasztást, a dohányzást és a versengő magatartásmódot csak a férfiak esetében tartjuk természetesnek); az orvoshoz fordulás panaszküszöbe a nemek esetében; és a nők életszakaszai-

nak „medikalizációs” szintje (milyen mértékben függnek az egészségügyi ellátástól).

#### Házasság-modellek

Tisztázni lehet, hogy a monogámia, a poligámia, vagy a poliandria-e az elfogadott családmódel; elfogadott-e a *levirátus* vagy a *szororátus*, avagy az *endogám* házasság-e a gyakorlat (itt az egyének családtagjai, vérrokonai, a nemzetség tagjai, vagy a törzs tagjai közül kell párt választania), vagy az *exogám* párválasztás kötelező (ebben az esetben a fent említett csoportokon kívül kell párt választani). Az *endogámia* esetében nagyobb valószínűsége van a recesszív gének felhalmozódásának és így nagyobb az ilyen módon öröklődő betegségek (betegség pl. a haemofília, a thalassemia major, a cystikus fibrózis és a Tay Sachs-kór) incidenciája.

#### A szexuális magatartás

Célszerű megvizsgálni, hogy megengedett vagy tiltott-e a promiszkuitás, a házasság előtti vagy a házasságon kívüli szexuális kapcsolat. Ezek a normák a férfire, a nőre vagy mindkettőjükre vonatkoznak? A speciális normák (mint pl. a cölibátus vagy a promiszkuitás) a társadalmon belül csak egy korlátozott csoportra vonatkoznak-e? Elfogadott-e a prostitúció? Tolerancia vagy tiltás tapasztalható a férfi és a női homoszexualitás terén? Elfogadottak-e sajátos szexuális technikák (mint pl. az anális érintkezés)? Tabuként kezelik-e a terhesség, a menstruáció, a szoptatás és a gyermekágy időszaka alatti szexuális együttlétet?

#### A fogamzásgátlás modellje

Ez a modell magában foglalja a fogamzásgátlással és az abortusszal kapcsolatos hozzáállást. Amennyiben mindkét formát tabuként kezelik, nagyobb születésszámot tapasztalunk és ez bizonyos esetekben negatív hatással lehet az anya egészségére. A fogamzásgátlás bizonyos formái, illetve az abortusz szintén egészségromboló lehet az anya számára. A kondom használatához való hozzáállás befolyásolhatja a szexuális úton terjedő betegségek, így a hepatitis B és az AIDS terjedését.

#### Népesedéspolitika

Ide tartoznak a család optimális méretéről szóló nézetek (példa erre az egy gyermeket preferáló Kína), illetve a gyermekek kíváncsatos nemi összetétele – ezekkel az elvárásokkal szorosan összefügg a gyermekgyilkosság és az illegális abortuszok, illetve a terhes nő által végzett abortuszok inciden-

ciája. Wagley<sup>16</sup> számolt be egy brazil indián törzsről, a Tenetehara törzsről, akik úgy tartják, hogy a nőnek nem lehet háromnál több gyermeke és nem lehet mind a három gyermeke azonos nemű. Ha egy nőnek a két leánya mellé megszületett a harmadik, ezt a gyermeket megölték. Egy idő után az ilyen nézetek befolyásolhatják a közösség méretét és összetételét.

### A terhességhez és a szüléshez kapcsolódó szokások

Ide tartozik a terhesség alatti megváltozott táplálkozás, öltözködés és magatartás; a szüléskor alkalmazott technikák, a szülést vezető személy kiléte, a vajú nő pozíciója, a köldökszinór ellátása (egyes kultúrákban a frissen elvágott köldökszinórt trágyával borítják be, így igen megnövekszik az újszülöttkori tetanus veszélye); a gyermekágyhoz kapcsolódó szokások, ilyen a szociális izoláció vagy a különös tabuk betartása; milyen táplálási mód preferált, a szoptatás vagy a mesterséges csecsemőételek (mint például a tejalapú tápszer).

### Gyermeknevelési szokások

Ide tartozik a gyermeknevelés érzelmi légköre, annak megengedő vagy autoriter volta; az, hogy milyen szintű versengésre bátorítják a gyermekeket (ezzel szorosan összefüggő kérdések a később kialakuló mentális betegségek, suicid kísérletek és az „A típusú”, coronária betegségre hajlamosító személyiség); a társadalom által „normálisnak” tekintett testi vagy érzelmi visszaélések,<sup>18</sup> születés utáni és pubertáskori beavatató szertartások (circumcisio és skarifikáció).

### Módosított testképek

Ide tartoznak a kulturálisan elfogadott testi csonkítások vagy a test alakítása, ilyen a férfi vagy a nő circumcisioja, a skarifikáció, a tetoválás, a fül és az ajkak kilyukasztása, a lábzsugorítás és a kozmetikai sebészet formái (például ilyen a mellnagyobbító műtét is). A kultúrák előnyben részesíthetnek, vagy hátrányosnak tarthatnak bizonyos testi felépítéseket, mint pl. a karcsúságot, a magas termetet vagy a kövérséget, főleg a nők esetében.

### Táplálkozás

A táplálkozás elemzésekor meg kell vizsgálnunk, hogyan készítik el, hogyan tárolják és hogyan tartósítják az ételeket; milyen eszközöket használnak a főzéshez és az ételraktározáshoz; tartalmazznak-e általában szennyezőanyagokat az ételek (pl. aflatoxinokat); van-e az ételeknek tápértéküktől független szimbolikus felosztásuk, pl. „étel” és „nem-étel”,

„szent” és „profán”, „meleg” és „hideg”; mi az elfogadott, a vegetarianizmus vagy a húsevés; megváltozik-e a táplálkozás a terhesség, a szoptatás, a menstruáció és a betegség alatt; léteznek-e táplálkozási hóbortok és divatok; a modernizálódó országokba megérkeztek-e a nyugati ételalapanyagok (magas só-, zsír- és finomított szénhidráttartalom), mint a modernizáció hírnökei.

### Öltözködés

Ide tartoznak a férfiak, a nők számára és a különleges alkalmak esetén megfelelő öltözködési formák; az öltözködési divatok, mint mondjuk a szűk ruhák vagy a fűző, a magas sarkú vagy az emelt talpú cipők – ezek az áramlatok hatással lehetnek bizonyos betegségek vagy sérülések incidenciájára; a test díszei, ilyen a kozmetika, az ékszerek, a parfüm, a hajfestés, ezek mind bőrbetegséget okozhatnak. A test nagy részét beborító hosszú ruházat bizonyos elváltozásokra hajlamosíthat: például az Underwoods csoport<sup>19</sup> összefüggést talált a jemeni nők hosszú ruházata, fátyolviselése, hárembe zárása és bizonyos betegségek (osteomalacia, tbc, anémia) magasabb incidenciája között. Nagy-Britanniában kevés a napsütés, az ázsiai nők általában otthon tartózkodnak és hosszú ruhát viselnek, úgy gondoljuk, mindezek hozzájárulnak gyakori osteomalaciás betegségekhez.

### Személyi higiénia

Ide tartozik az a kérdés, hogy mellőzhető vagy bátorított cselekedet-e a tisztálkodás; történik-e, s ha igen, milyen gyakran hajmosás, hajvágás, milyen gyakori a ruházat cseréje, vajon a mosás és a dolgok megtisztításának a rituáléja rendszeren alapul-e vagy sem; a fürdés egyénileg vagy közösségben végzett tevékenység.

### A lakóter kialakítása

Ide tartozik a lakóter szerkezete, fekvése, beosztása; ki lakik ezen a helyen, a családtagok, a nemzetség vagy a törzs; az egy szobában, házban, építményben lakók száma (ez a körülmény hatással lehet a fertőző betegségek terjedésére); milyen módon fűtik vagy hűtik a lakóteret a különböző évszakokban.

### Közegészségügyi állapotok

Ide tartozik az, hogy mit csinálnak a szennyvízzel, kinek a dolga azt eltávolítani; el szokás-e temetni a halottat vagy sem; odafigylenek-e

a sűrűn lakott területekre, az élelmiszerellátásra, a fürdési lehetőségekre vagy a vízkészletekre.

### Foglalkozások

Ehhez a témakörhöz kapcsolódik az, hogy a férfiak és a nők hasonló vagy eltérő munkát kapnak-e; bizonyos munkákat csak meghatározott emberek, családok vagy csoportok végezhetnek-e – ilyen pl. az indiai kasztrendszer vagy a dél-afrikai apartheid rendszere; vannak-e olyan foglalkozások, melyeknek nagyobb a presztízse és nagyobb jövedelmet eredményeznek (ilyen az „A típusú” vezető a nyugati társadalmakban); végeznek-e olyan munkákat, mint pl. a vadászat, halászat, a mezőgazdasági munkák és a bányászat tradicionális gyakorlata, melyek gyakran okoznak halálos vagy súlyos sérülést, fertőző betegségeket; léteznek-e olyan modernizált iparágak, melyek szintén bizonyos betegségek gyakrabban előfordulását okozzák (ilyen a szénbányászok pneumoconiosis, a festékgyártó munkások hólyagrákja, a fémmegmunkálók silicosisa vagy az azbeszttel dolgozók mesotheliomája).

### Vallás

Ennek a kérdéskörnek a tisztázása érdekében meg kell vizsgálni, hogy a vallás ad-e egy koherens, biztató világgépet; vannak-e olyan vallási előírások, mint a böjt, tabuételek, rituális alámerítés, közösségi ünnepek, körülméltetés, öncsonkítás, vagy korbácsolás, tűzönjárás, tömeges zárandoklat, ezek a tényezők mind kapcsolatban állhatnak bizonyos betegségek gyakoriságával.

### Temetkezési szokások

Ezek közé tartozik, hogy hogyan, mikor és kinek a segítségével temetik el a halottat, azonnal eltemetik-e a holttestet, elégetik-e a holttestet vagy egy bizonyos ideig felravatalozzák, hogy az érintettek elbűcsúztassák (ez elősegítheti a fertőző betegségek terjedését); a ravatalozás, a hamvasztás és a temetés helyszíne és ezek távolsága a lakóhelytől, az élelemtől és a vízkészletektől.

### A kultúra által okozott stressz

Tisztázandó, hogy a kultúra értékrendje, céljai, tekintélyi berendezkedése, normái, tabui vagy elvárásai indukálnak-e, súlyosbítják vagy fenntartják-e a kultúrából eredő stresszt – és a nocepo effektust; mi a

kultúra által preferált attitűd a mindennapi élet tekintetében, a workaholizmus (a problémák elől a munkába való menekülés – az alkoholizmushoz hasonlóan), vagy valami kötetlenebb, lazább el-fog-lalt-ság; vannak-e konfliktusok az egymást követő generációk elvárásai között.

### Migrációs helyzet

A bevándorlás lehet önkéntes (motívuma a vonzódás) vagy kényszerű (motívuma az eltaszítottság) – az utóbbi pl. a menekült helyzete; kérdés, hogy a bevándorló alkalmazkodott-e az új kultúrához viselkedésben, táplálkozásban, magatartásban vagy öltözködésben, van-e bevándorlót érintő diszkrimináció, faji megkülönböztetés, üldöztetés a befogadó közösség részéről; megváltozott-e a bevándorló családi szerkezete, vallásos világnézete a bevándorlást követően; milyen a befogadó közösség kultúrája, a bevándorlókhoz való hozzáállása.

### Szezonális helyváltoztatások

Ide tartozik az embercsoportok rendszeres, szezonális helyváltoztatása – pl. turizmus, zárandoklat, nomád életmód, és bevándorlás munkavégzés miatt. Addig, amíg a nomádok általában közösségekben vándorolnak, a turisták és a bevándorló munkások egyénileg vagy kisebb csoportokban utaznak: mindkét csoportra jellemző, hogy a közösség, a család és az otthon hiánya kapcsolatban lehet az alkoholizmus és/vagy a szexuális úton terjedő betegségek (AIDS, hepatitis B) magasabb arányával.

### Mesterséges élvezeti szerek használata

Lényeges szempont, hogy miként ítéli meg az adott kultúra a dohányzást, az alkoholfogyasztást, a teázást, a kávézást, az anyagok felszippanthását, az előírt és a szabadon vásárolható gyógyszerek fogyasztását, a vallásos rituálé tartalmazza-e a hallucinogén anyagok élvezetét; van-e keménydrog-fogyasztás, kialakult-e a szenvedélybeteg szubkultúrája, milyen gyakran használnak közös tűt ezekben a csoportokban (lényeges tényező a hepatitis B és az AIDS terjedésében).

### A szabadidős tevékenységek

Ide tartoznak a sport, a rekreáció, a turizmus különböző formái, melyeknél tisztázni kell, hogy mennyi testmozgást igényelnek; mennyire dominálnak ezekben a versenyszellem, milyen kockázata van a sérülésnek vagy betegségnek.



### Háziállatok és madarak

Meg kell vizsgálni, milyen, és hány darab kedvenc- és egyéb háziállat van a lakóhelyek közelében, a házban vagy a házban kívül; milyen mértékű közvetlen fizikai kontaktus van az emberek és ezen állatok között. A háziasított kedvencek számos vírusbetegséget terjeszthetnek, ilyen a benignus lymphoreticulosis (macskakarmolás betegség), psittacosis (papagáj-kór) és protozoonokkal is megfertőzhetik az embert, mint pl. a macskaürülékkel terjedő toxoplasmosis.

### Az öngyógyítás stratégiai és laikus gyógymódok

Vizsgáljuk meg, milyen népi gyógymódokat alkalmaznak az emberek, ilyenek mondjuk a gyógyfűvek, az engedélyezett gyógyhatású termékek, speciális diéták, testi masszázások, befecskendezések, köpölyözés. A laikusok által végzett gyógyítás általában a nyilvánosság előtt történik, ritkább esetben személyes konzultáció formájában, így predisponáló tényező lehet a fertőző betegségek terjedésére. Bizonyos alternatív gyógymódok, mint pl. az akupunktúra befolyással lehet a hepatitis B és más fertőzések terjedésére. A téma többek között magában foglalja az orvosi kezelésekkkel és a preventív stratégiákkal (antibiotikumok, orális re-hid-ráció kezelés és immunizáció) kapcsolatos attitűdöt is.

A lista azokból a kulturális tényezőkből válogat, melyek fontosak az epidemiológusok számára. Sok tényezőt tárgyaltunk már részletesebben korábban. Meg kell jegyeznünk azonban, hogy számos betegség van, melyben több kulturális tényező együttes fennállása tapasztalható – így a gazdasági helyzet, a foglalkozás, mesterséges élezerősítők és táplálkozási preferenciák –, egyesek patogének, mások protektívek az egyén számára. Egy Shanghaiban végzett gégerák esetkövetéses vizsgálat<sup>21</sup> során például úgy találták, hogy a dohányzás mindkét nem számára igen nagy rizikótényező (a férfiak 86%-a, a nők 54%-a dohányzott), ugyanilyen kockázatos dolog mindenki számára a sóval tartósított hús és hal, míg a férfiak számára határozott kockázattal jár az azbeszt és a szénpor belélegzése. Ugyanakkor, a bőséges fokhagyma-, gyümölcsfogyasztás (főleg a narancs és a mandarin) és bizonyos sötét zöld/sárga zöldek protektív hatást biztosítottak minden csoportban a gégerák ellen.

Ahhoz, hogy a betegségek okát és eloszlását megvizsgáljuk, figyelembe kell vennünk ezen kulturális tényezők egy részét. Ennek fontosságát a következő példákon keresztül világítjuk meg.

#### Esettanulmány: Méhnyak-rák Latin-Amerikában

A megfelelően dokumentált méhnyak-rák jó példa arra, hogy milyen szerepet játszhatnak a kulturális tényezők – ebben az esetben a szexuális nor-

mák és gyakorlat – a betegség eloszlásában. Számos tanulmány rámutatott már, milyen ritka ez a betegség az apácáknál és milyen gyakori a prostituáltak között. Egészen kivételesen fordul elő a zsidó, a hetednapos adventista és a mormon vallású nők között. A betegségben szenvedők között nagyobb gyakorisággal fordul elő a korai házasság, a nemi élet korai elkezdése, s hogy több szexuális partnerük, illetve házasságuk volt. Eleinte úgy gondolták, hogy a méhnyak-rák kockázata a nő szexuális magatartásától függ. Skegg és mtsai<sup>22</sup> vizsgálatai azonban azt mutatták, hogy Latin-Amerikában a nőktől elvárják, hogy egész életükben egy szexuális partnerük legyen és igen komoly szankciókkal sújtják azt, akit házasság előtti vagy azon kívüli szexuális kapcsolaton kapnak, ennek ellenére igen magas a méhnyak-rák incidenciája. Feltételezik, hogy ha igaz a betegség fertőző eredete, akkor egyes társadalmakban a betegség kockázata nem annyira a nők, hanem inkább a férfiak, illetve a szexuális partnerük szexuális magatartásával függ össze. Ezért a közösség szexuális viselkedési mintáját, mint egészet kell nézni, így különös gondossággal kell a férfiak szexuális szokásait is tanulmányozni. Ennek alapján közösségek 3 típusát állították fel: az „A típusú” közösség mindkét nemet erősen tiltja a házasság előtti és a házasságon kívüli kapcsolattól (ilyenek pl. a mormonok vagy a hetednapos adventisták); a „B típusú” közösség csak a nőknek tiltja meg a házasságon kívüli kapcsolatot, a férfiakról azonban elvárják, hogy több (főleg prostituált) partnerük legyen. Sok ilyen közösséget találunk Latin-Amerikában és a múlt századi Európában; a „C típusú” közösség mindkét nem számára megengedi, hogy több partnerük legyen életük folyamán (mint a modern, nyugati, „megengedő” társadalmakban). A méhnyakrák legalacsonyabb inci-den-ciá-ját az „A típusú” közösségekben, a legmagasabbat a „B típusúban” találhatjuk. Az „A típusú” csoportokban, mint mondjuk a zsidó, a hetednapos adventista vagy a mormon közösségekben az alacsony incidencia oka nagy valószínűséggel az endogén házasság, a monogámia és az, hogy igen ritkán érintkeznek prostituáltakkal. Ezzel szemben Segg vizsgálatai szerint a columbiai egyetemista fiúk között egészen általános dolog a prostituáltakkal való kapcsolat, a megkérdezettek 91%-a számolt be házasság előtti nemi kapcsolatról és ennek az alcsoporthoz 92%-a volt már együtt prostituálttal. A szerzők szerint ez hozzájárulhat a méhnyakrák ott tapasztalt magas incidenciájához, mivel valószínű, hogy a fertőzés forrásai a prostituáltak. Nagy-Britanniában és az Egyesült Államokban, a megengedőbb társadalmakban megváltozott a férfiak szexuális magatartása, ritkábban érintkeznek prostituáltakkal, feltehetően ennek eredményeként csökkent a betegség mortalitása.

#### Esettanulmány: Kulturális szokások és a hepatitis B

Brabin és Brabin<sup>23</sup> nézte át a kulturális faktoroknak a hepatitis B terjedésében játszott szerepét. A fertőzöttség egészen eltérő lehet a különböző országok, etnikai csoportok, törzsek, sőt még a szomszédos települések között is. Ez részben olyan kulturális tényezőkkel magyarázha-

tó, mint a szexuális viselkedési minták, a család- és házassági modellek, a kulturális változások, melyek a nőket és a gyermeknevelés korszakát érintik. A vírusfertőzés kockázata például szorosan összefügg a promiszkuitás szintjével és így a partnerét gyakran változtató ember hitese is nagyobb veszélyben forog, ami terhes nő esetében különösen jelentőséggel bír. Ráműtattak arra, hogy azok a házassági modellek, melyek eltűrik a házasságon kívüli kapcsolatokat, a poligámiát, a gyakori válást vagy a partnerek változtatását, mind hozzájárulhatnak a vírus terjesztéséhez – ugyanígy hathat a prostitúció, különösen a trópusi országokban. Az olyan családmmodellek, aminek részét képezi a gyermekek adoptálása, a gyermekeknek a háztartások közötti helyváltoztatása, a nők faluból való elkerülése a házasságkötés után, szintén hozzájárul a betegség terjedéséhez. Ezzel ellentétes hatású az a házassági szokás, mely megtiltja a különböző közösségek vagy a közösség részei közötti házasságot, és ezzel a betegséget bizonyos földrajzi vagy etnikai területre zárja be; például Nagy-Britanniában az Egyesült Államokban és a Fiji szigeteken élő bevándorló kínaiak között országukra jellemző alacsony HBsAG szintet tapasztaltak. És végül, olyan társadalmi változások, mint a háború, az elvándorlás vagy a társadalmi mozgalmak mind áttörhetik a gátat, mely a vírust egy meghatározott környezetbe szorította, így a vírus kitör és távolabb is fertőzi az embereket. A hepatitis B vírus vertikális transzmissziójával korreláló és a korral csökkenő hepatitis B antigén prevalenciája óta a legtöbb vertikális fertőzés a nők fiatalabb, gyermeknevelési időszakában történik. Így a házasságot és a gyermeknevelést időben kitoló kulturális változások lassítják a betegség terjedését. Mindezt a szerzők így foglalják össze: elsősorban a hepatitis esetében „a nem-nyugati társadalmakban az epidemiológiai adatok interpretációja a kulturális kilátásoktól függ, vagyis attól, hogy mennyire pontosan határozzák meg a terjedés módját és hogyan tervezik meg az intervenciót”.

#### *Esettanulmány: Japánban, Hawaiiban és Kaliforniában élő japánok koronária-betegsége*

Marmot és mts.<sup>89</sup> több tanulmányban vizsgálták a koronária-betegség, a magas vérnyomás és a stroke epidemiológiáját a Kaliforniában, a Hawaiiban és a Japánban élő japánok között. A kutatók 11 900 japán embert vizsgáltak meg. Céljuk az volt, hogy meghatározzák a három csoportra ható nem genetikai tényezőket, így összehasonlították a betegség gyakoriságát a két emigráns csoport és a Japánban élő csoport között. Úgy találták, hogy a koronária-betegség előfordulását tekintve különbség van a 3 csoport között. A legalacsonyabb előfordulási arányt Japánban, Hawaiiban közepeset, s a legmagasabbat Kaliforniában találták. Általánosan elterjedt az a nézet, hogy a magasvérnyomás, a táplálkozás, a dohányzás, a súly, a vércukor- és a szérum-koleszterinszint a koronária-betegség rizikófaktorai. A szerzők is ezen

tényezők befolyását vizsgálták. Azt találták, hogy a koronária-betegség incidenciájában talált különbségeket nem lehetett csupán ezekkel a rizikófaktorokkal magyarázni (pl. az azonos mértékben dohányzó, de eltérő csoportba tartozó emberek között különböző volt a betegség gyakorisága). A betegség előfordulási gyakorisága korrelált azonban a Japán tradícióktól való eltávolodás mértékétől. A vizsgált emberek mind a tradíciók szellemében nevelkedtek fel. A leginkább „nyugatosodott” kaliforniai japánok gyakrabban szenvedtek koronária-betegségben, mint a tradicionálisabb életmódot folytató emigráns társaságok. Marmot és Syme<sup>90</sup> kiemelte: „ez az eredmény alátámasztja azt a feltevést, hogy a gyermekkorban megszokott kultúra (a gyermeknevelési szokás) befolyásolja a felnőttkori koronária-betegség manifesztációjának a valószínűségét és a nevelkedés és a betegség közötti kapcsolat a már megállapított koronáriás rizikófaktoroktól függetlennek tűnik”. A japánok esetében a tradíció nagy súlyt helyez a csoport összetartására, a csoportteljesítményre és a társadalmi stabilitásra. Feltehetően, hogy ebben a kulturális csoportban, más tradicionális közösségekhez hasonlóan, a szilárd közösség, az egymáshoz közelálló, s egymást segítő csoportok által megvédi az embereket a koronária-betegséghez vezető társadalmi stressz hatásaitól.

#### *Esettanulmány: Kulturális szokások és a parazitás betegségek*

Alland<sup>91</sup> tanulmányozta a bizonyos kulturális szokások és a parazitás betegségek incidenciája, eloszlása és terjedése között fennálló összefüggéseket. Az eredmények nagy része az egyéb fertőző betegségekre is érvényes. A kutató feltárta, hogy miképpen befolyásolja a betegség terjedését és visszaszorítását a lakóter elrendezése, a házak típusa és elrendezése, valamint a házban vagy a szobában élő emberek száma. Bizonyos alcsoportok szociális izolálódása, például a merev kasztrrendszer esetében – hatással lehet a járvány terjedésére. A népesség vándorlása, így a nomád életmód, szintén hozzájárulhat a paraziták és egyéb betegségek terjesztéséhez, nemritkán azáltal, hogy jobban szétoszódik a csoport emberi ürüléke. Csökkentik a fertőzésveszélyt az olyan kulturális szokások, melyek miatt az emberek elkülönülnek egyes paraziták környezetétől. Például a mély latrina készítésének a gyakorlata (az ürüléknek a folyóba való öntésével ellentétben) véd a vizelettel vagy a széklettel terjedő parazitás fertőzésekkel szemben. A vízkészlet fertőződését megakadályozza, ha azt a háziállatoktól és az emberi lakóhelytől távol helyezik el, valamint ha az ivóvízkészletet szeparálják a tisztálkodásra és tisztításra használt víztől. Az olyan szokások, mint például a gyakori köpés, szintén hozzájárul a közösségen belüli virális és egyéb betegségek terjesztéséhez. A beteglátogatás vagy a nagy közösségi szertartások, illetve ünnepek gyakorlata is hatással lehet a járványok terjedésére. Bizonyos mezőgazdasági eljárások, mint pl. a rizstermesztés növeli a schistosomiasis és más parazitás betegségek veszélyét. A ruházat is fontos tényező. A szorosra szabott ruha kétségtelenül megfelelőbb életteret nyújt a tetvek és a bolhák számára, mint a laza tógyszerű öltözködés. A



családon belül közösen hordott ruházat is terjesztheti a fertőzéseket. Ezek és más kulturális tényezők is hatással lehetnek a parazitás, bakteriális, vírus és gombás betegségek számos fajtájának az előfordulására.

### Esettanulmány: AIDS és a brazil városok szexuális szokásai

PARKER<sup>25</sup> tanulmányozta a brazil városi területek szexuális attitűdjét és gyakorlatát azzal kapcsolatosan, hogy Brazíliában megnőtt az AIDS incidenciája. Felmérésére alapozva vitába szállt azzal a feltevessel, hogy „a szexuális hagyomány a kultúrától független állandó magatartási minta, s mint ilyen teljesen független a speciális társadalmi és kulturális kontextusoktól”. Feltételezése szerint az Egyesült Államokban és Nyugat-Európában kifejlesztett, az AIDS terjedését magyarázó és prevenciójára szolgáló modellek nem alkalmazhatók a brazil körülmények között. Az a feltevés, miszerint a szexuális magatartásnak 3 típusa van – a homoszexuális, a heteroszexuális és a biszexuális – és ezek a csoportok élesen elkülönülnek egymástól, nem érvényes Brazíliára, ahol sokkal összetettebb ez a kérdés. Például nem minden homoszexuális igazán az. A brazil kultúra megkülönböztet aktív, behatoló partnert (a *homem* vagy „a férfi”) és passzív „nőt” (*viado* vagy *bicha*). Főleg az utóbbihoz tapad társadalmi stigma, míg a *homem* szabadon érintkezhet férfiakkal és nőkkel anélkül, hogy sérülne maszkulin identitása. Ugyanígy elkülönítik az aktívabb férfi prostituáltakat (a *miche*) és a passzívabb transzvesztitát vagy *travestit*. Így az az általános nézet, hogy csak a passzív partnerek homoszexuálisak, *homossexuais-ok*, míg az aktív fél azonos neművel való kapcsolatát nem kategorizálják. Ez teszi lehetetlenné a preventív stratégiákat és az egészségügyi felvilágosítást, mely jelenleg csak a nyilvánvaló *viadosokra* irányul.

A brazil gyakorlat másik fontos jellegzetessége az anális érintkezés széleskörű alkalmazása – mind a férfiak mind férfi és nő között. Nagyon általános gyakorlat ez a női prostituált és férfi partnere között. A serdülőkorban is gyakori az anális együttlét, hogy elkerüljék a nemkívánt terhességet és érintetlen maradjon a szüzesség – ami mindmáig a fiatal nők szexuális tisztaságának fontos jele. A Brazília szerte gyakori anális érintkezés az Európai és Egyesült Államok-beli szokásoktól teljesen eltér és jellemzi a brazil AIDS helyzetet is. Ezek a magatartásminták teljesen megváltoztatják a „magas kockázati tényezőjű” csoportok definícióját és az AIDS-nek a teljes populációban történő elterjedéséhez vezethet. Parker tehát így összegezi: „az AIDS epidemiológia kutatásának úgy kell felfognia a betegséget, mint ami egyidejűleg szocio-kulturális és biológiai jelenség, és csak mindezeket számításba véve lehet a preventív stratégiákat kidolgozni”.

Meg kell említeni, hogy egyre nagyobb a jelentősége a jelenleg tapasztalható népvándorlás egészségügyi vonatkozásainak. A kutatások összekapcsolják a migrációt, a menekülthelyzetet bizonyos mentális és

testi betegségek megnövekedett incidenciájával, habár a migráció és a betegségek közötti összefüggések még nem tisztázottak. Ezek a vizsgálatok (melyekből idéztünk már a 10. és a 11. fejezetben) rámutatnak arra, hogy pl. az egyes bevándorlók között a mentális betegségek, a szuicid kísérletek és a magasvérnyomás betegség nagyobb számban fordulnak elő, mint a befogadó ország őslakosai között. Az amerikai japánok koronária betegségének gyakoribb előfordulásához hasonlóan úgy tűnik, hogy a bevándorló és a befogadó közösség életmódja az ország gazdasági helyzetével és az újonnan jöttekkel kapcsolatos attitűdjével párosulva – mind hozzájárulhatnak a stressz okozta állapotok megnövekedett incidenciájához.

### Változatok az orvosi kezelés és diagnózis terén

Epidemiológiai módszerekkel megvizsgálhatjuk a diagnosztikus munkában és a kezelési szokásokban meglévő, országok közötti különbségeket is. A 10. fejezetben pl. már említettük azokat a különbségeket, melyeket a brit és az Egyesült Államok-beli, illetve a brit és francia pszichiáterek között tapasztalhatunk – eltérő gyakorisággal diagnosztizálják a skizofréniát és az affektív zavarokat. Az orvosi kezeléssel kapcsolatban is össze lehet hasonlítani két országot, a sajátos terápia (mint pl. a tonsillectomia) gyakoriságát vetik össze egy bizonyos, kezelésre szoruló állapottal (az előbbi esetben a recurrens tonsillitisszel). Ha az egyik országban a tonsillectomia arányához viszonyítva jelentősen magasabb a tonsillectomia aránya, a kutató felvetheti az orvost és a beteget befolyásoló kulturális tényezők felelősségét. Nyilvánvaló, hogy ennél a jelenségnél szerepet játszanak a gazdasági és technológiai tényezők ugyanúgy, mint az orvosi munkaerő milyensége és a kórházi lehetőségek. Ezért van az, hogy ha a vizsgált országok hasonló társadalmi és gazdasági fejlettségi szinten állnak, még reálisabb képet festhetünk helyzetükről.

### Esettanulmány: Az Egyesült Államok, Kanada, Anglia és Wales összehasonlítása a sebészeti beavatkozások szempontjából

Vayda és mts.<sup>26</sup> összehasonlították az 1966 és 1976 közötti összes sebészeti beavatkozás gyakoriságát Kanada, Anglia, Wales és az Egyesült Államok között. Elsősorban a következő tényezők közötti összefüggést vizsgálták:

1. A 100 000 főre eső operatív beavatkozások arányszámai.
2. Bizonyos adottságok (sebészeti munkaerő és ágy).
3. Nemzeti prioritás, melynek egyik mutatója, hogy a GDP-nek hány százalékát költötték az egészségügyre az adott országban.

4. A betegség prevalenciája, melyet az érintett betegség mortalitásával jellemez, ha a betegség kezelésének egyik formája a sebészeti beavatkozás volt.

10 féle, közönségesen előforduló beavatkozás mutatóit dolgozták fel és hasonlították össze a 3 országra vonatkozóan: lencsekivétel, tonsillectomia, prostatectomia, térdporc sebészet, inguinális herniaműtét, epekőműtét, colectomia, gastrectomia, hysterectomy és császármetszés. A vizsgált 10 év alatt az átfogó sebészeti arányok Angliában és Walesben nem változtak. A kanadai mutatók szintén lényegében konstansak maradtak, de az amerikai arányszámok körülbelül 25%-kal nőttek. A kanadai értékek az egész időszak alatt 60%-kal magasabbak voltak a brit értékekénél, de az Egyesült Államok értékei 80%-kal haladták meg az 1966-os brit adatokat és 125%-kal az 1976-os brit és walesi adatokat. Mindhárom országban nőtt a császármetszés aránya, 53%-ról 126%-ra. 1976-ban a kanadai és az államokbeli szülések 12%-a végződött császármetszéssel, Angliában és Walesben pedig csupán a 7%-a. A Kanadában és az Egyesült Államokban tapasztalt hysterectomiák száma kétszerese volt a brit adatoknak. Az 1976-os működő kórházi ágyak számát összehasonlítva a briteknél tapasztalták a legalacsonyabb ágyszámot (és a legkevesebb beavatkozást is). Kanada 30%-kal több ágygal rendelkezett, mint az Egyesült Államok, ennek ellenére az Egyesült Államokban végzett sebészeti beavatkozások száma 40%-kal magasabb volt a kanadainál. A vizsgált évtizedben Anglia és Wales körülbelül a GDP 5%-át költötte az egészségügyre, Kanada mintegy 7%-ot, az Egyesült Államok hozzávetőleg 9%-ot. A vizsgálat egyik országban sem talált világos összefüggést az operációs arányszámok és a kórházi ágyak száma vagy a gyógyító munkaerő nagysága között; de nem találtak összefüggést az operációs mutatók és a vizsgált betegségek mortalitása között sem. A különbséget az okozhatta, hogy eltérőek voltak a kezelési módok és a pácienssel való foglalkozás filozófiája, az országok értékrendje, az egészségügy prioritási helyzete (amit a GDP erre költött százaléka jellemez), a sebészeti technológiák (különösen fejlett volt e tekintetben az Egyesült Államok és Kanada szív-, ér- és mellkassebészete). A szerzők megjegyzik, hogy „a különböző operációs mutatók inkább a fogyasztó és az ellátó preferenciájára utalnak; így az eredményeket inkább az életminőség meghatározásával és a posztoperatív morbiditással kell értékelni, mint a mortalitással”. Annál is inkább így kell értékelni, mert a legtöbb operáció „elektív” vagy „tetszés szerint végzett”, és nem életveszélyt kell elhárítani a segítségével; ez a magyarázata annak, hogy a különböző operációs arányszámok miért nem függenek össze az adott betegségekhez tartozó mortalitásokkal. A tanulmány tehát kimutatta, hogy „van legalább három iparilag fejlett nyugati ország, ahol a sebészeti beavatkozás gyakorisága jelentősen eltér a többitől, anélkül, hogy ennek kedvezőtlen következménye lenne”. A sebész, a beteg és a társadalom kulturális értékrendje bizonyos mértékig meghatározza, hogy milyen gyakran oldanak meg egyes betegségeket sebészeti úton.

## Ajánlott irodalom

- Brabing, L. and Brabin, B. J. (1985) Cultural factors and transmission of hepatitis B virus. *Am. J. Epidemiol.* **122**, 725–30
- Marmot, M. (1981) Culture and illness: epidemiological evidence. In: Christie, M. J. and Mellet, P. G. (eds), *Foundations of Psychosomatics*. Chichester: Wiley, pp. 323–40
- Marmot, M. G. and Syme, S. L. (1976) Acculturation and coronary heart disease in Japanese Americans. *Am. J. Epidemiol.* **104**, 225–47
- Parker, R. (1987) Acquired immunodeficiency syndrome in urban Brazil. *Med. Anthropol. Q.* (New Series), **1**, 155–75
- Skegg, D. C. G., Corwin, P. A., Paul, C. and Doll, R. (1982) Importance of the male factor in cancer of the cervix. *Lancet* **2**, 581–3