

## TÁRSADALMI KONFLIKTUSOK BIZONYÍTÁSA AZ EGÉSZSÉGFÖLDRAJZ EREDMÉNYEINEK FELHASZNÁLÁSÁVAL

*Uzzoli Annamária<sup>1</sup>*

### Bevezetés

Napjainkban közkedvelt téma a magyar egészségügy helyzetének és a magyar népesség rossz egészségi állapotának elemzése. Öröndetes, hogy mind a tudományos közéletben, mind pedig a napi sajtóban egyre többet foglalkoznak a kérdéssel. A napilapokat böngészve arról olvashatunk, hogy például manapság a legtöbb gyerek különböző lelki válsággal küszködik az iskolában; vagy Magyarország még mindig egyike a listavezetőknek az öngyilkosságok számát tekintve; vagy példának okáért igen magas a lakosság körében a valamilyen káros szenvedélyt űzők aránya és riasztóak az egyes civilizációs betegségekről (pl. szív- és érrendszeri, mozgásszervi, pszichés és neurotikus) érkező adatok. Az ilyen és hasonló információk mellet nem lehet és nem is szabad szó nélkül elmenni. Tudományos érdeklődésem is részben ez okból irányult a téma felé.

Témaválasztásomban aktuális feladatnak tartom a magyar társadalom egészségi állapotának vizsgálatát. Ugyanis hazánk mortalitási statisztikája, a magyar népesség egészségi állapota egyike a legrosszabbaknak Európában. Jelentős a lemaradásunk Nyugat-Európa, elsősorban az Európai Unió tagországaival szemben. A demográfiai mutatók (születéskor várható átlagos élettartam, élveszületések és halálozások száma, természetes szaporodás) értékei nem sokban térnek el a legrosszabb európai statisztikáktól, azaz a volt szocialista országokban tapasztalható értékektől (*1. táblázat*). A romló mortalitási (halálozási) statisztikák hátterében a romló morbiditási (megbetegedési) statisztikák állnak. Tanulmányomban elsősorban az egészségi állapotban tapasztalható társadalmi-területi különbségeket és azok hátterében álló ok-okozati összefüggéseket, társadalmi konfliktusokat vizsgálom.

*1. táblázat.* Népmozgalmi adatok Európában (*forrás:* Európa regionális földrajza, CD-ROM 2000)

	Születéskor Várható élettartam (év) 1997	Születéskor várható élettartam (év) 1997		Élveszületés (ezrelék) 1998	Halálozás (ezrelék) 1998	Természetes szaporodás (ezrelék) 1998
		Férfi	Nő			
<b>MAGYAR- ORSZÁG</b>	69	66,8	74,9	9,6	13,9	-4,3
<b>Ahol a legrosszabb a helyzet az adott szempont szerint:</b>	Lettország 68	Lettország 62,4	Románia 73,9	Lettország 7,6	Bulgária 14,3	Lettország -6,4
<b>Ahol a legjobb a helyzet az adott szempont szerint:</b>	Franciaország 79	Svédország 76,3	Franciaor- szág 82,0	Norvégia 13,2	Írország 8,4	Írország 6,0

<sup>1</sup> Uzzoli Annamária, doktorandusz, ELTE Regionális Földrajzi Tanszék, uzzoli@ludens.elte.hu

Tény, hogy Magyarországon ma az egészségügy betegségügy (*Szalai J. 1986*), illetve az ezredforduló Magyarországn a magyar egészségügy válságba került, a társadalmi konfliktusok és krízisjelenségek gyűjtőterepe lett (*Losonczy Á. 1998*). Valóban ilyen aggasztó a helyzet? A kérdés megválaszolására egy modern, ám jelentős nemzetközi és hazai múltra visszatekintő, napjainkban a társadalomföldrajzon belül teret hódító diszciplína, az egészségföldrajz szemléletét és kutatási eredményeit hívom segítségül. Az egészségföldrajz a társadalomföldrajzhoz tartozó, önálló, egységes multidiszciplinális tudományterület, amely a népesség egészségi állapota, egészséggel kapcsolatos viselkedése, és az ezekhez kötődő összetett társadalmi jelenségek földrajzi-térbeli vonatkozásaival foglalkozik (*Pál V. 1996*). Természetesen az egészségi állapot különbségei, és azok hátterében álló társadalmi konfliktusok vizsgálata komplex folyamat, mint tudományos probléma igazolásához is több tudományág kutatási eredményeinek felhasználására van szükség. Így a téma vizsgálata történhet orvostudományi, szociológiai, demográfiai és földrajzi –leginkább egészségföldrajzi- megközelítésben.

### **A kutatási probléma a tények és a hipotézisek tükrében**

A tanulmány az egészségi állapot területi különbségeivel foglalkozik, nem tér ki az egészségügyi rendszer területi egyenlőtlenségeinek tárgyalására. Ugyanis a területi vizsgálatokban néha tapasztalható finom fogalmi különbségtételként megemlíthető, hogy az egyenlőtlenség fogalmat inkább a társadalmi értéktartalmakat (pl. fejlettség, esély) is hordozó, míg a differenciáltság, különbség fogalmakat az értékmentes jellemzőkre, adottságokra használják (*Nemes Nagy J. 1998*). Az egészségi állapot területi különbségeinek meghatározásához, vagyis egy területegység népességének egészségi állapotának jellemzéséhez legtöbbször mortalitási (pl. nyers halálozási arányszám, csecsemőhalálozási arányszám, halálok-specifikus arányszám stb.) és morbiditási (nagyobb arányban előforduló jellemző betegségek) statisztikákat használnak fel (*Vargáné Hajdú P.-Boján F. 1996*). Azonban ezekből az adatokból az egészségi állapotot nem, legfeljebb a népesség betegség állapotát ismerhetjük meg.

Az egészségi állapot társadalmi-területi különbségeit vizsgálva fontos hangsúlyozni, hogy az egészségi állapot társadalmilag meghatározott (*Kopp M. 1997*). Célszerű szem előtt tartani, hogy „soha nem csupán területi vagy csak társadalmi különbségekről, hanem társadalmi-területi különbségekről van szó” (*Smith, D. M. 1982; Jones, K.-Moon, G. 1987*). Abból az alapfeltételből kell kiindulni, hogy adott a társadalmi egyenlőtlenség, így feltárhatóvá válnak a társadalmi rétegződés és az egészségi állapot egyes jellemzőinek összefüggései. A leggyakoribb értelmezés, hogy az egyes társadalmi rétegeken belül az egészségre ható egyéni kockázatok magasabb vagy alacsonyabb szintje okozza az egészségi állapot különbségeit (*Makara P. 1997*).

A magyar népesség egészségi állapotának területi különbségeit vizsgálva jelentős eltérések vannak az egyes megyék, sőt a városi és a falusi népesség között a népmozgalmi adatok, a halálozási arányok és a jellemző halálokok tekintetében. A legtöbb élveszületés Borsod-Abaúj-Zemplén, a legkevesebb Nógrád megyében volt regisztrálva, míg a halálozások legalacsonyabb száma Nógrád, legmagasabb száma pedig Bács-Kiskun megyében volt 1997-ben. Ugyanebben az évben a természetes szaporodás legkedvezőbbben Szabolcs-Szatmár-Bereg, legkedvezőtlenebbül Jász-Nagykun-Szolnok megyében alakult. A légzőszervi betegségekben meghaltak száma legmagasabb Nógrád, Borsod-Abaúj-Zemplén és Tolna megyében, a keringési rendszer betegségeinek legnagyobb aránya Nógrád, Zala és Békés megyében volt 1995-ben, míg a tüdőrákban meghaltak legmagasabb száma Jász-Nagykun-

Szolnok megyében, legalacsonyabb száma Zala megyében volt. Röviden összefoglalhatjuk, hogy a legkedvezőtlenebb egészségi állapotú lakosságot Szabolcs-Szatmár-Bereg és Borsod-Abaúj-Zemplén megyében találjuk, míg a legkedvezőbb egészségi állapotú lakosság Budapesten és a nyugati megyékben, Vas, Győr-Moson-Sopron és Veszprém megyékben él (Illés I. 1996). Szabolcs-Szatmár-Bereg és Borsod-Abaúj-Zemplén megyék a rendszerváltás nagy vesztesei voltak a kilencvenes években. Ezekben a megyékben a szegénység és a társadalmon belüli viszonylagos szociális-gazdasági lemaradás eredményezi a magasabb megbetegedési arányokat. Nem önmagában a rosszabb szociális helyzet, hanem annak következtében kialakult depressziós tünetegyüttes, azaz a lemaradás szubjektív átélésének érzése a leglényegesebb egészségügyi veszélyeztető tényező ezeken a területeken. Vagyis a szociális-gazdasági lemaradás és az egészségi állapot közötti igen szoros összefüggés nagyrészt a depressziós tünetegyüttes súlyosságán keresztül érvényesül (*Kopp M.-Skrabski Á. 2000*).

Érdekes, hogy a mortalitási és morbiditási adatok szerint kedvező helyzetű Budapest, általában az országos átlag körüli értékeket mutat. Ezzel szemben Budapest kerületei között, sőt kerületrészek, városrészek között is jelentős különbségek vannak az egészségi állapot alakulásában. Nem véletlen, hogy a budapesti kerületek lakosságára számított várható élettartamok legmagasabb és legalacsonyabb értékei között 10 év különbség van: a II. kerületben ez Belgiumhoz hasonló, a X. kerületben pedig Szíriához hasonló (Budapest Városfejlesztési Konceptió 1999). Minden második fővárosi polgár keringési, minden negyedik daganatos megbetegedés miatt hunyt el. A legtöbbben Újpesten (IV. kerület) és Józsefvárosban (VIII. kerület), legkevesebben a XV., a II. és a XXII. kerületben halnak meg.

Miként válnak tudományos problémává az előbb felsorakoztatott tények? Hogyan bizonyíthatjuk általuk a társadalmi konfliktusok meglétét? A társadalmi konfliktusokat milyen társadalmi környezetben célszerű vizsgálni?

Eddigi vizsgálataim mintaterületül Budapestet mint nagyvárosi környezetet választottam (*Uzzoli A. 2000, Uzzoli A. 2001*)<sup>2</sup>. Ez a nagyvárosi környezet sem egységes akár a társadalmi összetételt, akár a beépítettség fokát, akár a helyi funkciókat tekintjük. A mintavételi csoportok az egyes kerületekben élő népesség köréből kerültek ki. Kiválasztásukban szempont volt a területi elhelyezkedés (budai vagy pesti, központi vagy külvárosi), a lakóhelyi megoszlás (lakótelep, kertváros, bérlakás), a zöldterületek aránya (legmagasabb a XII., legalacsonyabb a VII. kerületben) vagy az egykori iparterületek környéke (elsősorban az átmeneti zónában). A tudományos probléma megfogalmazásánál abból indulok ki, hogy a nagyvárosban élő népesség egészségi állapotában is jelentős különbségek vannak. Ezeknek a különbségeknek a magyarázata legtöbbször valamilyen területi vagy társadalmi konfliktushoz vezetnek el. A társadalmi konfliktusokat jellemzően tehát nagyvárosi környezetbe helyezve kívánom vizsgálni.

A nagyvárosi társadalmi környezet mely elemei hatnak az egészségi állapotra? Ezek az elemek negatívan, semlegesén vagy pozitívan fejtenek ki hatást az egészségi állapotra? Döntően milyen tényezők hatnak a nagyvárosi népesség egészségi állapotára? Ezek közül melyek tekinthetők egészségügyi kockázati tényezőknek? A kockázati tényezők hogyan akkumulálódnak a nagyvárosi környezetben? Hatásukra milyen jellemző betegségek jelennek meg? Egyáltalán beszélhetünk tipikus nagyvárosi betegségekről? A kérdések megválaszolása

<sup>2</sup> Vizsgálataim során három alkalommal kérdőíves felméréshez folyamodtam:

1. A VIII. kerületi népesség egészségi állapotának felmérésére 1998 júliusában került sor 152 db kérdőív kitöltésével a kerületi járóbeteg szakrendelőben.
2. A fiatalok (14-19 év közöttiek) egészségi és szociális helyzetének felmérésére egy kimagasló tanulmányi eredményű és egy hátrányos helyzetű gyerekeket oktató középiskolában került sor 2000 márciusában 50-50 db kérdőív bevonásával.
3. A fővárosi népesség egészségi állapotában tapasztalható különbségeket a lakóhely típusa szeit vizsgálta 300 db kérdőív felhasználásával 2000 júliusában.

több szempont miatt is fontos. Egyrészt a nagyvárosban tapasztalt területi különbségeket vonatkoztathatjuk az egészségi állapotban tapasztalható regionális eltérésekre. Másrészt Budapest falusias beépítésű területein élő népesség egészségi állapotát tanulmányozva magyarázatot találhatunk a városi és falusi népesség egészségi állapotában tapasztalható különbségekre. Harmadrészt megfogalmazhatjuk a város mint egészségügyi központ fogalmát és bizonyíthatjuk a város mint egészség és/vagy betegség centrum meglétét.

Oksági hipotéziseim elsősorban az egészségi állapot mint vizsgált jelenség bizonyos jellemzőinek bizonyítására, igazolására vonatkoznak. Hipotéziseim a következők:

1. Egy adott területen élő népesség egészségi állapotában léteznek társadalmi-területi különbségek.
  - 1.1. Az egészségi állapot társadalmi különbségei feltételezik a társadalmi egyenlőtlenség meglétét.
  - 1.2. Az egészségi állapot területi különbségeit különböző mortalitási és morbiditási statisztikák igazolják.
2. Az egészségi állapot társadalmi-területi különbségeinek háttérében jól meghatározható okok, tényezők állnak.
  - 2.1. Az egészségi állapot különbségei az egyéni kockázati tényezőkkel magyarázhatók.
    - 2.1.1. Az egyéni kockázati tényezők az egyén társadalmi helyzetéből adódnak.
    - 2.1.2. Az egyéni kockázati tényezők az egészségkárosító magatartásformákkal vannak összefüggésben.
  - 2.2. Az egészségi állapot különbségei a különböző életmód típusokkal magyarázhatók.
    - 2.2.1. Az egészségi állapot legfontosabb meghatározó tényezője az életmód.
3. Az egészségi állapot társadalmi-területi különbségeiben szerepe van a nagyvárosi környezetnek.
  - 3.1. A nagyvárosi társadalmi környezet különböző hatással van az egészségi állapot alakulására.
    - 3.1.1. A nagyvárosi társadalmi környezet pozitív hatást fejt ki az egészségi állapotra.
    - 3.1.2. A nagyvárosi társadalmi környezet semleges hatást fejt ki az egészségi állapotra.
    - 3.1.3. A nagyvárosi társadalmi környezet negatív hatást fejt ki az egészségi állapotra.
4. A nagyvárosi környezetben jellemző betegségek és halálokok különíthetők el.

Alapvető célom a témával kapcsolatos eddig megjelent részben szociológiai, részben társadalomorvostani vizsgálatok eredményeinek földrajzi adaptálása. Az elméleti megközelítéseken túl kérdőíves felméréseim gyakorlati eredményeit és tapasztalatait szeretném bemutatni.

### **A környezetszennyezés hatása a nagyvárosi környezetre**

A környezet és az egészségi állapot közötti összefüggések feltárása különböző vizsgálati szinteken történhet (*1. ábra*): molekuláris, individuális, lokális, regionális, országos, nemzetközi és globális szinten (*Elliott, P. 1993*). A (nagy)város mint lakókörnyezet -lokális szint-számos előnyt és hátrányt jelent az ott élő népesség számára. Döntően a társadalmi funkciók sokszínűsége (változatos munkalehetőségek, magasabb színvonalú szolgáltatások, fejlett infrastruktúra stb.) jelenti a városok fő vonzerénév a falvakkal szemben. Azonban a városi környezet az ember mint biológiai lény számára általában ártalmasabb, mint a falusi környezet (*Kerényi A. 1994*):

- A városok a környezetszennyezés egyik fő forrásai: a kommunális hulladékon túl különböző mennyiségű és minőségű szennyező anyag termelődik a városban.
- A városi környezet az egyik legerősebben elszennyeződött élőhely: a súlyosbodó levegőszennyezés miatt elsősorban a légzőszervi betegségek (asztma, krónikus légcsőhurut, allergiás panaszok, daganatos betegségek) száma ugrásszerűen növekedett.
- A városi környezet sajátos szennyeződése a zajszennyezés: különösen a lakótelepeken, a sűrű beépítésű területeken okoz gondot, ahol ráadásul a szűk mozgástér lelki problémák kialakulását is okozhatja.
- A városi környezetben gyakoribbak a mentális betegségek: az egymástól eltérő lakókörnyezetek különböző mértékben járulhatnak hozzá a lelki betegségek kialakulásához.

1. ábra. A környezet és egészség kapcsolatának vizsgálati szintjei  
(forrás: Elliott, P. – Global epidemiology (220. o.). In: Environmental change and human health 1993.)

	Individuális (az egyének szintje)	Regionális szint	Nemzetközi szint
Celluláris (a sejtek szintje)	Lokális szint	Országos szint	Globális

Nemcsak hátrányos, hanem előnyös is lehet nagyvárosi környezetben élni. A városok ivóvíze általában egészségesebb, mint a falvaké, rendszeresen ellenőrzik a vízminőséget. Habár az ivóvíz fertőtlenítése klórozással hosszabb idő alatt károsíthatja is az emberi szervezetet. A nagyvárosokban jobbak a higiénés feltételek, ez kedvezően befolyásolhatja az egészség alakulását.

Egyébként a betegségek legalább 20%-a a környezeti hatásoknak tulajdonítható (*Kincses Gy. 1994*), bár nem teljesen tisztázott az egyes környezeti elemek szerepe a különböző betegségek kialakulásában. Így van ez a nagyvárosi környezetben is, kizárólagosan a levegőszennyezés és az elsősorban „lassú és hosszú” halálokok terjedése közti összefüggések tárhatók fel. A mortalitási és morbiditási viszonyszámok szerint a szennyezett levegőjű területeken a légzőszervi megbetegedések és a halálozások 25%-át, a légzőszervi daganatos megbetegedések és a halálozások ugyancsak 25%-át és a szív- és érrendszeri megbetegedések, s halálozások 20%-át a levegő szennyezettsége okozza (*Fodor I. 1992*). Lényegében a városi és nagyvárosi környezetben az ember egészségi állapotát különféle hatások érik, melyek egyenként és/vagy egymást erősítve egészségkárosodást okozhatnak. A környezetszennyezés káros következményei, kiváltképpen a városokban ilyen szempontból vitathatatlanok.

Hogyan lehet ellensúlyozni a nagyvárosokban a környezetszennyezésből származó negatív hatásokat? Globális szinten természetesen a városi légszennyezőanyag-kibocsátást lenne szükséges csökkenteni, de ennek megoldása majd a 21. század komoly feladata lesz. Addig is talán helyi szinten többet lehet tenni az ügy érdekében. Hangsúlyt kellene fektetni az emberek valós igényeinek és szükségleteinek kielégítésére. A rekreációs lehetőségek (üdülés, pihenés, szabadidő eltöltése) ellensúlyozhatják a környezet káros hatásait. A városi zöldfelületek (parkok, közterek, üdülőövezetek, pihenőerdők) növelése, megóvása és karbantartása a helyi közösségek feladata. A városi zöldfelületek megléte és állapota a városi életmóddal is összefüggésben van. A városi lakosság a környezeti ártalmak fokozódásával egyre inkább szükségesnek érzi, hogy néhány órát rendszeresen a szabadban töltsön (*Lányi G. 2000*). Főleg azoknak számít ez, akiknek nincs saját kertje, hétvégi háza vagy nyaralója. Fontos, hogy a napi használatra szánt parkok, terek ott legyenek kialakítva, ahol ténylegesen igénybe veszik őket. Kérdőíves felmérésem alapján a kb. 15-20 percnyi gyaloglással elérhető

zöldfelületek használata a jelentősebb. Ennek függvényében változik a napi testmozgásra szánt idő is (2. ábra). Minél közelebb van a park, annál inkább használatba veszik az emberek és annál több időt töltenek testmozgással. A legközelebbi parkok, terek –a kb. öt perc távolságra lévők- szomszédságában élők akár napi egy órát is eltöltenek könnyed gyaloglással, sétálással. Sajnálatosan magas azoknak a száma, akik a jó lehetőségek ellenére sem használják ki a zöldterületek adta előnyöket. Ez főképpen a belső pesti kerületekben élőkre igaz. Ennek okai nemcsak a parkok állapotában, minőségében, rendezetlenségében és alacsony számában keresendők, hanem az emberek hozzáállásában is.

2. ábra. A sétálásra szánt napi idő a zöldterületek távolságának arányában (Forrás: Saját szerkesztés egy 2000-ben végzett kérdőíves felmérés alapján (Uzzoli A. 2000))

		A zöldterületek távolsága (perc)						
		0-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	Nem tudja
	60	●●●●●●●●●● ●●●●●●●●●● ●●	●●●●●●●● ●●●●●●●●	●●●●●●●● ●●●●●●●●	●●●	●●●●●	●●●●●● ●●●	
	60-45	●●●●●●●●●●	●●●●●●●● ●●	●●●●●	●	●●●●●		●
A sétálásra szánt napi idő (perc)	45-30	●●●●●●●● ●●●●●●●● ●●	●●●●●●	●●●●●●	●●●			●
	30-15	●●●●●●●● ●●●●●●●● ●●●●●●●	●●●●●●●● ●●●●●●●	●●●●●●●● ●●●●●●	●●	●	●●●	●●
	15-0	●●●●●●●●	●●●●●●	●●●●●●	●●		●●●	●●
	Nem végzi	●●●●●●●● ●●●	●●●●●●	●●●●●●		●	●●	●●●

### A városi társadalmi problémák szerepe az egészségi állapot alakulásában

Az egészségi állapot különbségeinek háttérében álló társadalmi konfliktusok feltárásakor figyelembe kell venni azokat a társadalmi problémákat, melyek jellemzően a nagyvárosi környezetben jelentkeznek. A hagyományos életformák válsága, az elsődleges emberi kapcsolatok (családi, rokoni, szomszédsági) fellazulása, a deviáns viselkedési formák, a bűnözés, a prostitúció, az alkoholizmus, az öngyilkosság, a lakásínség, a szegénység történetileg a városban, főként a nagyvárosban jelentek meg (Beluszky P.-Szirmai V. 2000). Ezeknek a tényezőknek nagyobb jelentősége van az ökológiai tényezőknél, így tehát érdemes őket egy kicsit részletesebben vizsgálni.

Egy tanulmány<sup>3</sup> a lakás társadalmi-környezeti jellemzőinek, a lakóövezet jellegének, a háztartások betegség általi érintettségének, a háztartásfő alacsony iskolai végzettségének, a munkanélküliségnek, a lakással kapcsolatos kifizetetlen számláknak, díjhátralékoknak a szegénységgel való összefüggéseit vizsgálta. A szociálisan nem megfelelő, illetve kedvezőtlen lakóövezetben élő háztartások szegénységi kockázata háromszorosa az országosnak, a rossz állapotú és/vagy nedves lakásban élők pedig 3,6-szorosa. A nem biztonságos, illetve veszélyeztetett lakókörnyezet elsősorban Budapestet jellemzi A rossz

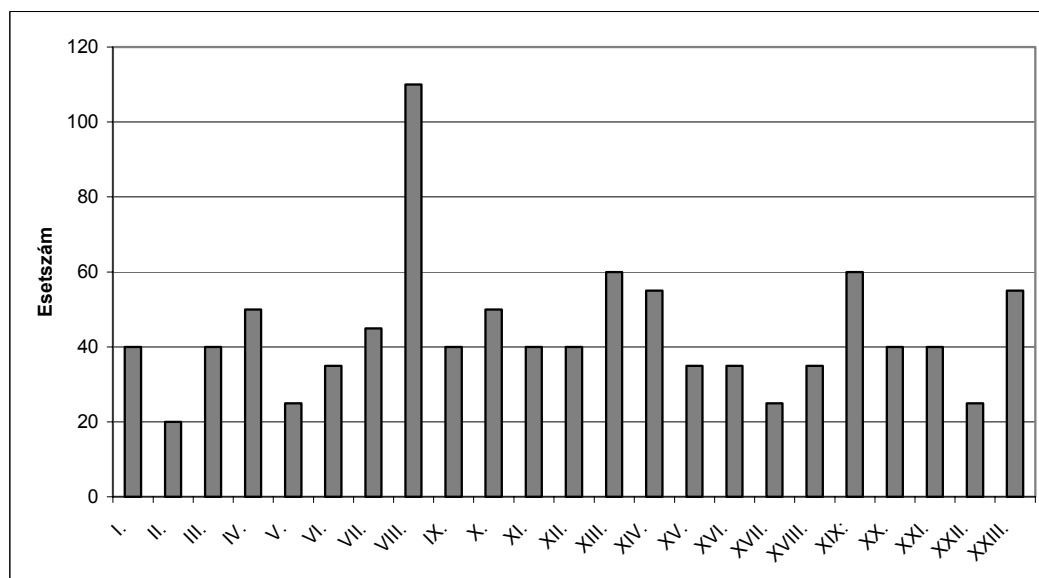
<sup>3</sup> A szegények jellemzői a mai Magyarországon. KSH Budapest, 1999.

lakásnak és lakókörnyezetnek az alacsony jövedelemmel való összefüggése egyértelműen kimutatható. A háztartás valamelyik tagjának betegsége, azaz a tartósan beteg személy léte a háztartásban a szegényeket érinti. Mivel a fővárosban a szegények aránya az országos átlag alatt marad, így itt a szegénység és a betegség megjelenése közötti összefüggés egyértelműen nem magyarázható és nem mutatható ki. Ebben az esetben a problémát inkább az okozza, hogy a szociális problémákból adódó szegénység egyfajta az egészséggel, az egészségmegőrzéssel kapcsolatos csökkent önértékelés párosul. Az anyagi és szociális hátrányokkal küszködő szegények helyzetükből adódó stresszhelyzetekkel találják magukat szemben, mely állandó frusztrációt jelent számukra. Ennek megoldásává válhat az öngyilkosság, az alkoholizmus vagy a drogfüggőség kialakulása.

Budapest kerületei közül a VIII. kerület, Józsefváros a legalkalmasabb a bűnözés, a prostitúció, a lakókörnyezet állapota, valamint a lakásminőség egészségi állapotra kifejtett hatásának elemzésére. Az egyik legellentmondásosabb kerületről van szó: szokás a „magyar Harlemnek” is nevezni. A kerületen belül a legtöbb problémával Középső-Józsefváros, annak is egy jól körülhatárolható területe, elsősorban a Népszínház u. és Baross u. közti rész küszködik. Ezen a részen a slumosodás, a szegregáció – a helyi népesség közel harmada cigány származású-, a gettósodás folyamata erőteljes, a prostitúció magterülete is itt található. Két alkalommal is végeztem kérdőíves felmérést a kerületben, melyek a társadalmi környezet és a helyi népesség egészségi állapota közti összefüggésekre irányultak. Tény, hogy a leértékelődött lakókörnyezetben többen és súlyosabb egészségügyi panaszokkal fordulnak orvoshoz. Ennél talán többet mond, hogy a legalacsonyabb státusú kerületrészből kevesebb beteg regisztrálható a betegforgalmi statisztikákban. Ez nem azt jelzi, hogy ők egészségesebbek lennének, hanem azt, hogy szociális helyzetüknél fogva már el sem jutnak az orvosig, a szakkivizsgálásokig. Sajnos ezekből a rossz helyzetű belvárosi városrészekből kevés információ érkezik, a betegségeket nem kezelik, sőt fel sem fedezik. Sokan az itt élők közül úgy vélekedik, hogy ha az ember megbetegszik, vajmi kevés az, ami segíthet rajta.

A kerület hátrányos egészségügyi helyzetére vonatkozik, hogy itt regisztrálták 1995-ben a legtöbb TBC megbetegedést a fővárosban (3. ábra).

3. ábra. A fővárosi kerületekben regisztrált TBC megbetegedések száma 1995-ben (forrás: VIII. kerületi ÁNTSZ)



Annak ellenére, hogy Középső-Józsefvárosban működik a nemzetközi hírű SOTE Klinikák intézménye. A tuberkulózis esetek magasabb aránya egyrészt magyarázható a rossz

szociális körülményekkel, másrészt magyarázható azzal is, hogy a kerületben több hajléktalan szálló is működik.

A nagyvárosi környezet betegít, mely egyrészt ökológiai tényezőkkel, másrészt társadalmi-szociális tényezőkkel magyarázható. Társadalmi konfliktusok nemcsak ebből a megközelítésből bizonyíthatók, hanem a lakosság véleményén keresztül is. Lakóhely szerinti megoszlásban vizsgáltam azt egy kérdőíves felmérésben, hogy a helyi népesség egyéni értékrendjében milyen helyet foglal el az egészségmegőrzés, illetve mit tekintenek egészséget kockáztató tényezőnek (4. ábra). Az emberek véleménye alapján a környezetszennyezés a legmeghatározóbb tényező az egészségi állapot alakulásában. Általában az egészségügyi rendszer minőségét nem találják meghatározónak a betegségek kialakulásában. Érdekes, hogy a családi-emberi kapcsolatok mint pozitív tényező jelenik meg az egészségi állapotot befolyásoló tényezők között. A legfontosabb meghatározó tényezőt, az életmódot nem tekintik az egészséget kockáztató tényezőnek. Ez sajnos abból fakad, hogy az emberek még mindig nem ismerték fel egyéni felelősségüket saját egészségük megőrzésében. Az anyagi helyzet megítélése egyértelműen a lakóhelytől függ. A kedvezőbb társadalmi környezetben az anyagiaknak nincs jelentősége, míg a hátrányosabb kerületekben ez a tényező mint kockázati tényező jelenik meg.

4. ábra. Az egészségügyi kockázati tényezők megítélése a lakóhely szerint (forrás: Saját szerkesztés egy 2000-ben végzett kérdőíves felmérés alapján (Uzzoli A. 2000))

	Anyagi helyzet	Lakás-körülmények	Családi viszonyok	Életmód	Környezet-szennyezés	Egészségügyi ellátás minősége
Pasarét (Buda, II.)	0	+	+	+	-	0
Rákosszentmihály (Pest, XVI.)	0	+	+	+	-	0
Krisztinaváros (Buda, I.-XII.)	-	+	0	0	-	+
Albertfalva (Buda, XI.)	0	+	+	+	-	+
Középső-Józsefváros (Pest, VIII.)	-	0	+	0	-	0
Angyalföld (Pest, XIII.)	-	0	+	+	0	0

Jelmagyarázat: – negatív megítélés; + pozitív megítélés; 0 semleges megítélés

### Konfliktusok a nagyvárosi környezet állapota és a népesség egészségi állapota között

A nagyvárosi környezet állapota és az egészségi állapot közötti összefüggések lényegében a társadalmi konfliktusok négy nagy csoportját jelölik ki. Véleményem szerint ezek a konfliktusok pedig a következő környezeti elemek között állanak fenn:

1. A városi forgalom erősödése – A környezeti ártalmakat ellensúlyozó városi rekreációs lehetőségek
2. A lakóhely típusa – A lakókörnyezet életmódot befolyásoló szerepe
3. A szociális problémákat is akkumuláló társadalmi környezet – Az egészséggel, az egészségmegőrzéssel kapcsolatos magatartásformák kialakulása

A motorizáció, a városi forgalom erősödése a környezetszennyezés fő forrásai. Az ebből adódó környezeti ártalmak közvetve vagy közvetlenül különböző betegségek kialakulásához



vezetnek. A környezetszennyezés mértéke nem csupán fizikailag befolyásolja az egészség alakulását, hanem az egyes környezeti ártalmak elviselése rombolja az emberi szervezet fizikai és pszichikai ellenálló képességét, mentális-neurotikus panaszokat idézhet elő. Ezek ellensúlyozása a napi életritmus részeként valósítható meg, melyekben elsősorban a naponta igénybe vehető rekreációs lehetőségeknek van jelentős szerepe. A városi zöldfelületek növelése és karbantartása, a mindennapos kikapcsolódásra alkalmas parkok, terek szórakozási lehetőségeket is (pl. a lakosok találkozóhelyei lehetnek) nyújthatnak a helyi népesség számára.

A jellemző fővárosi lakóhely típusok –a városias beépítésű bérházas, a lakótelepi, a kertvárosias- hatással lehetnek a helyi népesség életmódjának alakulására. Az életmód a szokásszerűen végzett tevékenységek rendszere, mellyel az ember kielégíti és meg is teremti szükségleteit, kapcsolatokat létesít más emberekkel (*Vitányi I. 2000*). Ha a mindennapos tevékenységek azon rendszerét vizsgáljuk, mely az egészségmegőrzéssel kapcsolatos, jelentős különbségek lehetnek az egyes lakóhely típusok között. Milyen mozgásteret biztosít a lakókörnyezet az ott élő emberek számára? Vannak-e lehetőségek az emberi kapcsolatok, viszonyok kialakítására? Ismerik-e egymást, jól érzik-e magukat együtt az ott élők? Milyen az egészséggel, az egészségmegőrzéssel kapcsolatos szolgáltatásokat tudnak igénybe venni az emberek? Egyáltalán szeretnek-e ott élni a lakosok? A kérdésekre válaszolva az egyes lakóhely típusok eltérő feltételeket nyújtanak lakosaik számára, és ez a tény meghatározó lehet az egészségi állapot alakulásában.

A leértékelődött társadalmi környezetben a szociális problémák felhalmozódása egyrészt szociális korlát az egyén számára: kirekesztődik azokból a lehetőségekből, melyek az egészségmegőrzés szempontjából fontosak lennének számára. Másrészt a hátrányos szociális helyzet eleve elértékteleníti az egészség jelentőségét. Általában a leghátrányosabb helyzetben élők számára nem fontos, nem érték az egészség, ebből fakadóan nem is képesek a panaszok, betegségek fenismerésére, értelmezésére. Túl későn vagy egyáltalán nem jutnak el az orvosig, a szakszerű ápolásig. Róluk tudjuk a legkevesebbet.

A tanulmány az Oktatási Minisztérium és Miniszterelnöki Hivatal támogatásával készült.

## Irodalom

- A szegények jellemzői a mai Magyarországon. KSH Budapest, 1999. 40-43. o.
- Babbie, Earl (1995): A társadalomtudományi kutatás gyakorlata. Balassi Kiadó, Budapest. 125-136. o.
- Beluszky Pál-Szirmai Viktória (2000): A települések társadalma. In: Magyarország településkörnyezete. Magyarország az ezredfordulón. MTA Stratégiai Kutatások, Budapest, 77-98. o.
- Budapest Városfejlesztési Konceptiója (1999. november)
- Elliott, Paul (1993): Global epidemiology. In: Environmental change and human health. CIBA Foundation Symposium pp. 220.
- Fodor István (1992): Mennyit ér az ember egészsége? Környezet és Fejlődés 4-5. 84-87. o.
- Illés Iván (1996): Az egészségügyi ellátás rendszere. In: Perczel György (szerk.): Magyarország társadalmi-gazdasági földrajza. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 500-518. o.
- Kelvyn, Jones-Graham, Moon (1987): Health, disease and society – A critical medical geography. Portsmouth Polytechnic. Routledge and Kegan Paul, London-New York
- Kerényi Attila (1994): Környezetünk-egészségünk. Magazin Kiadó, Budapest. 61-64. o.
- Kopp Mária-Skrabski Árpád (2000): Pszichoszociális tényezők és egészségi állapot. Demográfia 2-3. 252-277. o.
- Lányi Gábor (2000): Településkörnyezet I. A természet a településben. In: Magyarország településkörnyezete. Magyarország az ezredfordulón. MTA Stratégiai Kutatások, Budapest, 99-98. o.

- Losonczy Ágnes (1998): Utak és korlátok az egészségügyben. Magyarország az ezredfordulón. MTA Stratégiai Kutatások, Budapest
- Makara Péter (1997): Társadalmi-területi egyenlőtlenség az egészségi állapotban, az egészségügyben. A Falu 1997/ősz 49-53.
- Nemes Nagy József (1998): A tér a társadalomkutatásban. MTA Stratégiai Kutatások, Budapest
- Pál Viktor (1996): Az egészségföldrajz néhány terminológiai és tudomány-rendszer-tani kérdése. Geográfus Doktoranduszok I. Országos Konferenciája. Konferencia kiadvány, Pécs
- Szalai Júlia(1986): Az egészségügy betegségei. Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest
- Uzzoli Annamária (2000): Az egészségi állapot vizsgálata Budapest VIII. kerületében. Comitatus 7-8. 48-56. o.
- Uzzoli Annamária (2000): A 14-19 év közötti fiatalok életkörülményeinek vizsgálata esettanulmányok útján. Tér és Társadalom 2-3. 229-237. o.
- Uzzoli Annamária (2001): A társadalmi környezet hatása a helyi népesség egészségi állapotára. Geográfus Doktoranduszok IV. Országos Konferenciája. Konferencia kiadvány, CD-ROM. Szeged
- Uzzoli Annamária (2000): Az egészségügyi kockázati tényezők szerepe. Geográfus Doktoranduszok V. Országos Konferenciája. Konferencia kiadvány. Szerk.: Molnár Judit. Miskolci Egyetem 2000. október 6-7. 384-389. o.
- Vargáné Hajdú Piroska-Boján Ferenc (1996): Demográfiai és epidemiológiai módszerek a népegészségügyben. Literatura Medica Kiadó, Budapest
- Vitányi Iván (2000): Az életmód, az életvitel, a kultúra és a tudat átalakulása. Ezredforduló 2000/3. 14-18. o.