

²⁷ Szász Mózes: *Az előljáróban megkívántató belső tulajdonságok és külső ábrázat-vonások*. Egy volt előljárónak ... Lázár István úrnak az Erdélyi Unitaria Ecclesiák superintendensének földi végső megtiszteltetésére leírta Szász Mózes Kolozsvár 1812.

²⁸ Gál K.: i.m.447 l. Vö. Uo.403 l.

²⁹ Spielmann József - Sebestyén Mihály - Deé Nagy Anna: *Miquel Servetus műve és Erdély* in: Korunk 1981. 7-8.sz. 799 l. Vö.Robert Wallace: *Antitrinitaria Biography*, London 1850. I.k. 453-461 l.

³⁰ *Protocollum ... 1783-1796* 288-290 l.

³¹ *Protocollum ... 1796-1803* 34 l.

³² Szabó Dezső: *A kolozsvári unitárius templom kriptája* in: *Ker-Magv* 1984. XC.24 l.

Dr.REND ARANKA

SZERZETT IMMUNHIÁNY SZINDRÓMA

Az AIDS (acquired immune deficiency syndrome; SIDA = syndrome immune deficiency acquired = szerzett immunhiány szindróma) a 20. század végének egyik legfontosabb problémája, mivel egészségügyi, gazdasági, társadalmi, etikai, jogi, humanitárius stb. vonatkozásai széles körben ismertek, de további következményei szinte beláthatatlanok. A fertőzés és megbetegedés az emberi élet legaktívabb éveiben történik, így a bekövetkező munkaképesség elvesztése, a hosszas ápolási költségek, majd a beteg halála komoly következményekkel jár mind az egyén és családja, mind az egyes országok gazdaságára nézve. A betegség következtében növekedni fognak az egészségügyi szolgáltatásokkal szembeni igények, csökken az érintett családok jövedelme, növekedik a szociális függőségbe kerülők száma és mindez rövid időn belül az illető társadalom nagyfokú elszegényedését eredményezi. Sajnos a harmadik világ számos országában bekövetkezett ilyen irányú változások bizonyítják, hogy nem csupán elméleti fejtegetésekről van szó.

A betegség felismerésének szomorú 15. évfordulóját "ünnepeljük" rövidesen, amennyiben 1981-ben figyeltek fel arra a jelenségre, hogy az Egyesült Államok néhány nagyvárosában (New-York, Los Angeles, San Francisco) fiatal homoszexuális férfiak nagy gyakorisággal betegedtek meg egy bizonyos kórokozó (*Pneumocystis carinii*) által okozott tüdőgyulladásban, valamint egy rendkívül gyors lefolyású megbetegedésben, Kaposi szarkómában.

Az orvosi vizsgálatok kiderítették, hogy mindeniküknél a szervezet betegségek ellen védekező, úgynevezett immunrendszere súlyosan károsodott az egyik fehérvérsejt sérülése következtében. Azután azt is megállapították, hogy emiatt számtalan más fertőzés alakulhat ki halálos

végkifejlettel, amelyek megfékezése általában az egészséges szervezetnek semmilyen nehézséget sem okoz. Ez vezetett a betegség szerzett immunhiány szindróma elnevezéséhez.

A továbbiakban megfigyelték a megbetegedés járványszerű, az egész világot átfogó, úgynevezett pandémiás elterjedését, és megkezdik a kísérleteket a kórokozók kimutatása céljából.

A kórokozó felfedezéséről 1983-ban a párizsi Pasteur Intézetből Montagnier és munkatársai, 1984-ben az Amerikai Nemzeti Rákkutató Intézetből Galle és munkatársai számoltak be, majd utólag, közös megállapodással HIV vírusnak nevezték el. Ezt az alig két év alatt történő kimutatását a betegség okozójának joggal nevezik az egyik leglátványosabb orvosi-mikrobiológiai felfedezésnek.

A HIV vírus megismerése új fejezetet nyitott az AIDS rövid történetében. A vírusok a legkisebb élő szervezetek, amelyek, a baktériumokkal ellentétben, csak élő sejtben képesek szaporodni. Ebben valószínűleg a sejt enzimszisztémáira vannak utalva. A kórokozók izolálására, szövettenyésztésben történő szaporítására alkalmas módszerek birtokában lehetővé vált a vírus-fehérje felépítésének, szaporodási mechanizmusának megismerése és ezáltal a kórfolyamatokban játszott szerepének tisztázása. A vírus-fehérjéi ellen képződött ellenanyagok vizsgálatára különböző módszereket fejlesztettek ki, amelyekkel a fertőzést ki lehetett mutatni, de azt is megállapították, hogy az AIDS csak a jéghegy csúcsa, mivel a fertőzöttek túlnyomó többsége hosszú ideig tünetmentes marad.¹

Közben a betegség elterjedt az egész világon és igen nagy halálozással járt. Az Egészségügyi Világszervezet adatai szerint 1994. október 1-ig 1 025 073 esetről történt jelentés, de a becsült megbetegedések száma ennél jóval több, körülbelül 4 000 000, mivel nem minden országban van bejelentési kötelezettség. Romániában 1985-ben 5 esetét ismertettek, majd 1989-ben és 1990-ben igazi járványtani robbanás-ként 278, majd 1 058 beteget.²

A betegség felismerésétől kezdve megfigyelték, hogy ez legfőképpen a lakosság jól elkülöníthető, úgynevezett rizikó csoportjaiban fordul elő, ezek a következők: 1. homoszexuális vagy biszexuális férfi; 2. intravénás kábítószerélvezők; 3. transzfúzióban (vérátömlesztésben) részesült egyén; 4. az előző csoportokba tartozók heteroszexuális partnerei.

A Karib-tengeri országok közül Haitiban van nagy szerepe az AIDS Észak-Amerikában való elterjedésében. Nem lehet megállapítani, hogy a kórokozót amerikai turisták hurcolták-e be vagy fordítva, de feltételezhető, hogy ez Zairéből történt, ugyanis az 1960-as években sok haiti vendégmunkás dolgozott ebben az afrikai országban, akik egy része az 1970-es években visszatért hazájába, mások Európába, az Egyesült Államokba vagy Kanadába települtek át.³

A betegség terjedése során a következő, valamikor jellemzőnek tartott előfordulási típusokat találjuk, amelyek azonban ma sok helyen összemosódnak.

Az első típusra jellemző, hogy a betegség kezdetben homoszexuális és kábítószerélvező férfiak által történt, a férfi/nő megbetegedési arány 10-15/1-hez a férfiak javára, ma már azonban a fertőzött nők és gyermekek száma is növekedőben van ezeken a földrajzi területeken is. Ez az előfordulási típus jellemző volt Észak-Amerikára, Európa egyes országaira, néhány latin-amerikai országra, Ausztráliára és Dél-Afrikára.

A második típusnál kezdettől fogva a terjedés heteroszexuális volt, egyenlő férfi/nő megbetegedéssel és ahol nagyon sok beteg gyermeket is észleltek. Ezt a típust Afrikában és Latin-Amerika legtöbb országában tartják jellemzőnek.

A harmadik típusnak érdekessége az eddig jelentett nagyon kevés eset (Ázsia, Óceánia és a Közel-Kelet országai), az előjelek azonban arra utalnak, hogy a betegség ezeken a területeken is rövid idő alatt nagyon el fog terjedni. Például a bangkoki szeropozitívek száma egy év alatt 50 %-kal nőtt.

A fent leírt típusokkal kapcsolatban tevődik fel a kérdés, hogy befolyásolják-e a betegség terjedését örökletes tényezők? Mai ismereteink szerint nincsenek erre utaló jelek, az ázsiai területeken egyszerűen a járvány megkésett fellépését tapasztaljuk.⁴

A fertőzés forrása. A HIV-vel fertőzött tünetmentes vagy enyhe klinikai tüneteket mutató, vagy AIDS-ben szenvedő beteg.

A fertőzés terjedési módja homoszexuális, vagy heteroszexuális nemi érintkezés beteg emberrel, fertőzött vérrrel szennyezett injekciós tű és fecskendő, fertőzött vér vagy vérkészítmények beadása, fertőzés átvitel anyáról magzatra, illetve újszülöttre és ritkábban a betegek vérével, nyálával és egyéb váladékaival létrejövő fertőzések, például egészségügyi dolgozók között. Mivel más fertőzési út nem fordul elő, már itt kihangsúlyozzuk, hogy a fentiek elkerülésével a fertőzések megelőzhetők.

A fertőzés *nem terjed* a tünetmentes vagy beteg egyénnel történő mindennapos direkt kontaktus (kézfogás, érintés stb.) révén és az általa használt anyagok, tárgyak közvetítésével sem. Levegő, víz, élelmiszerek közvetítésével történő átvitel is kizárt.⁵

A betegség kórfejlődésének alapján a szervezet védekező rendszerének, az immunrendszernek nagyfokú károsodása áll. Immunválasznak nevezzük a szervezetnek és ezen belül az immunrendszernek azt a képességét, hogy az idegen (nem saját) anyagokat felismerje, s ha élő anyagról (kórokozóról) van szó, elpusztítsa, majd az idegen anyagot magából kiküszöbölje. A szervezet által nem sajátjának felismert anyagokat nevezzük antigéneknek. Antigénnek tekinti a szervezet például a más fajból származó és szervezetbe bejutó vagy bejuttatott anyagokat, például mikroorganizmusokat, idegen fehérje injekcióját, egyes táplálkozási fehérjéket, azonos faj más egyedeiből származó és a szervezetbe jutó anyagokat (vérátömlesztés, szervátültetés stb.).

Az immunrendszer az egész szervezetünkben működik, erre a tevékenységre szakosodott sejtekből áll, amelyek közül a legfontosabbak a fehérvérsejtek, illetve ezek egyik csoportja, a limfociták, amelyek T és B

sejtekből állnak. Több T típusú sejt létezik, ezek közül a legfontosabb a T₄, amely az immunrendszer többi sejtjének a tevékenységét hangolja össze a fertőzés elleni védekezés folyamán.

Amikor egy kórokozó behatol a szervezetbe, a T₄ sejtek felismerik az idegen sejtet és mozgósítják a T és B sejteket. A T sejtek közvetlenül támadják meg a betolakodót, ez a celluláris immunvédekezés, míg a B sejtek közvetve, az általuk képzett ellenanyaggal védekeznek (humorális védekezés).

A HIV fertőzés alatt a vírus egyenesen a vezénylő T₄ sejteket támadja meg, amely megbénítja a szervezet ellenálló képességét. Ez azt jelenti, hogy bizonyos idő után, amely több év, sőt évtized is lehet, amikor már nagyon sok T₄ sejt károsodott, a szervezet nem lesz már képes többé, hogy védekezzék fertőzések vagy egyes rosszindulatú daganatok képződése ellen. A fent említett B sejtek által képzett ellenanyagok eddig nem ismert okokból egymagukban nem képeznek elégséges védelmet.^{6,7}

Lappangási ideje hosszú, 4 és 7 év között váltakozik, gyermekeknél rövidebb: 14-21 hónap. A maximális lappangási idő nem ismeretes, de feltételezhető, hogy jóval hosszabb (10-15 év) is lehet, hiszen a fertőzötteknél a vírus, egyes sejtekbe beépülve, különböző okokból bekövetkező akitválódására bármikor sor kerülhet.

A klinikai tünetek kialakulását tehát a fentebb leírt celluláris immunvédekezés csökkenése, esetleg teljes elpusztulása okozza. Ennek a következménye, hogy a banális fertőzések, amelyek immunvédekezés esetén tünetek nélkül, vagy csak enyhe tünetekkel jelentkeznek, ezeknél a betegeknél rendkívül súlyos formát öltenek, sokszor halálos kimenetellel. Mászor daganatok alakulhatnak ki a különböző szervekben, mindezek rendkívül változatos tüneteket eredményezhetnek.

A vírus és az emberi szervezet első találkozása az esetek döntő többségében nem okoznak tüneteket. Néha azonban a fertőzöttek 20-30 százalékában jellegzetes tünetek alakulhatnak ki, s ez a kórisme korai felállítását teszi lehetővé. Azonban mind a tüneteket produkáló, mind a tünetmentes HIV fertőzöttek, lévén vírus-hordozók, a továbbiakban fertőznek.

A fertőzés utáni tünetek: (AIDS related complex = ARC): megnagyobbodott nyirokcsomók, láz, amely más okkal nem magyarázható, fogyás, fáradékonyság, éjszakai izzadás, hasmenés. A laboratórium vérszegénységet, vérképzési zavarokat és emelkedett immunanyag-szintet mutat ki a vérben.

Ezek a tünetek, ha tartósak, az AIDS kezdeti tüneteinek tekinthetők a fertőzöttek 8-12 %-ban, de a legtöbb esetben ezek után hosszú tünetmentes szakasz következik.

Az AIDS betegség tehát kialakulhat az előzőekben leírt ARC elhúzódó formájában, máskor akután jelentkezik magas lázzal, izom-, ízületi fájdalommal, kifejezett fáradékonysággal és nyirokcsomó megnagyobbodással. A laboratórium gyorsult süllyedést és csökkent fehérvérsejtszámot mutat ki, majd rövidesen megjelennek a vírus antigénre specifikus vírus antitestek.

Az ARC és az AIDS között tehát közös a HIV fertőzés ténye. A tünetek között is sok a hasonlóság. A különbség inkább mennyiségi mint minőségi.

Az AIDS-ben jelentkező két nagy tünetcsoport az úgynevezett oportunisták fertőzések és a daganatos szövödmények közül a súlyosabb problémát az oportunisták fertőzések jelentik, a halálos, gyors végkifejlet elsősorban ezeknek a következménye.

Opportunisták fertőzéseknek azokat a fertőzéseket nevezzük, amelyekben a korábbi ismereteink szerint a gazdaszervezettel együttélő tudó mikroorganizmusok - ezek lehetnek vírusok, baktériumok, gombák - a celluláris immunvédekezés hatékonyságának csökkenését követő megromló biológiai egyensúly miatt fertőzőképesé, patogénné válnak.

Gyulladások esetén a szervezet ép védekező mechanizmusai jeleként kialakul egy szöveti válasz. HIV fertőzötteknél ez a válasz az egyéb betegségekhez képest gyengébb. Így például tuberkulotikus fertőzés esetén nincs jellegzetes granulomatózus reakció, amely ép immunrendszerű szervezetben a fertőző gócot körülveszi, ezáltal a betegség akadálytalanul terjedhet a szervezetben.

A HIV fertőzés szövödményei között az oportunisták fertőzések mellett a másik nagyobb tünetcsoport a daganatok. Keletkezésükben ugyanúgy a sejthez kötött immunrendszer tartósan csökkent működése játszik szerepet, mint a fertőzések kialakulásában. Jól ismert az a tény, hogy bármilyen természetű immunhiány esetén, amely lehet veleszületett vagy szerzett, a daganatos megbetegedések előfordulása nő. Nem általában mindenféle daganat, hanem csak egyes tumorfélések fordulnak elő gyakrabban (Kaposi szarkóma, B-sejtes non-Hodgkin limfóma). Ezek a tumorerőszakok azonban szintén bizonyos vírusfélésekkel vannak kapcsolatban.

Mint már említettük, a fertőzések nagyobb halálozással járnak, mint a tumorerőszakok, de a legnagyobb halálozás ezen komplikációk kombinációja esetében fordul elő.

Az AIDS által okozott elváltozások szinte minden szervben, szervrendszerben fellelhetők. Így a *bőrön és nyálkahártyákon* számos elváltozást okoz, amelyek ismerete és helyes értelmezése hozzásegíthet a korai kórisme felállításához. Ilyenek például a szőrtüsző-gyulladások, a szájnálkahártya vagy a nyelv gombás fertőzései, fogínygyulladás stb.

A légzőszervek megbetegedései AIDS-ben gyakoriak, mivel mind az AIDS oportunisták fertőzések, mind a tumoros megnyilvánulások gyakori támadáspontja lehet.

Egy másik, gyakran érintett szervrendszer az *idegrendszer*. A betegek egyharmadában alakulnak ki idegrendszeri tünetek. Minden tizedik betegnél neurológiai tünettől kezdődik a kórfolyamat. Ezek kialakulásában szintén a különböző fertőzések, a központi idegrendszerben létrejövő vagy oda szóródó tumorerőszakok és az agyérrendszeri szövödmények egyaránt szerepet játszanak.

Az idegrendszer gyakori érintettségét a vírusok az idegsejttel szembeni nagyfokú affinitásával magyarázhatjuk. Tünetei: elbutulás, gerincvelő megbetegedések és a perifériális idegek gyulladása.

A negyedik leggyakrabban érintett szervrendszer a *gyomor-béltraktus*, amelynek tüneteit szintén különböző fertőzések és daganatok okozzák.⁸

Csecsemő- és gyermekkori AIDS

A kóroki tényező, a HIV fertőzés itt is azonos, mégis van néhány egyéb jellegzetessége a betegségnek, amely csak erre az életszakaszra jellemző. Így például a járványtani bizonyítás jelentősége fontosabb, mint a felnőtté, ugyanis más okok is vezethetnek immunhiány szindrómához.

Tünettana is különbözik. Jellemző a testi-szellemi fejlődés zavara és a máj- és lépmegegyesültség. Az általános nyirokcsomó-duzzanat, tartós láz, hasmenés már a felnőttkori AIDS-hez hasonlóak. Ritkábbak viszont a felnőttkorban megszokott daganatok, tuberkulózis. Ezenkívül néhány laboratóriumi eltérés is eléggé jellegzetes.⁹

Ha a betegség fennállását a tünetek alapján feltételezzük, tekintetbe kell venni néhány más lehetőséget is, amelyek hasonló tüneteket képezve szóba jöhetnek: kisgyermeknél különböző más okokból létrejött alultápláltság, máskor kanyaró gyanúja merülhet fel, felnőttéknél tuberkulózis, rákbetegség, krónikus alkoholizmus, kiütéses tifusz. A diagnózist a laboratóriumi vizsgálatok döntenek el.¹⁰

A *betegség diagnózisa* céljából alapvető jelentőségű a kórokozó vírus vagy az ellene képződött anyagok vagy mindkettő kimutatása. Az előbbi a kórokozó aktuális jelenlétét vizsgálja, az utóbbi azt a tényt, hogy a szervezet a kórokozó vírussal már érintkezésbe került és immunológiai válaszolt. A vírus kimutatása elektronmikroszkópos vizsgálattal történik, az ellene képzett ellenanyagokat szűrővizsgálatokon leginkább a különböző enzim-immunológiai tesztekkel mérik.

A HIV vírus kimutatásának két fázisa van: az első a szűrés, második a konfirmálás. Vér- és vércsökkentvényekkel a fertőzés megállapítására a szűrés elégséges (a vércsökkentvényt, ha fertőzött, természetesen nem használják fel). Diagnózis felállítására azonban egy vizsgált személynél feltétlenül szükséges kimutatni, hogy a fertőzés valóban létezik, így további vizsgálatokat végeznek.¹¹

A *kezelést* tekintve az eddigi próbálkozások, amelyek a HIV vírus megsemmisítésére irányultak, nem hozták teljes mértékben a várt eredményt. Így napjainkban nagyobb biztonsággal még csak a kialakult fertőzések és daganatokat próbálják gyógyítani. Hasonló a helyzet a specifikus megelőzés, védőoltás esetében is, amely valószínű, hogy a betegség végleges megoldását jelenthetné.

A kezelésben kialakult irányelvek tükrözik azt a fejlődést is, amely az AIDS-ről szóló ismereteink terén bekövetkezett. Amíg nem ismerték a kórokozót, a sérült immunrendszer funkcióit próbálták helyreállítani. Ezt a célt szolgálták a különböző immunterápiás eljárások, de eredménytelenül.

Amikor ismertté vált a kórokozó, vírusellenes szerekek kísérleteztek. Egyik ismertebb ilyen hatású gyógyszer az AZT = Zidovudin. Alkalmazásának időpontját illetően megoszlanak a vélemények. Egyes kutatók javasolják, hogy a HIV pozitivitás alatt, tehát a betegség megjelenése előtt kell alkalmazni, tehát preventive, mivel később, mikor a szervezet immun-

rendszere már teljesen összeomlott, az AZT-nek már semmilyen hatása nincs a szövődményekre. Más kutatók szerint veszélyes megelőzésre használni, mivel a gyógyszernek is számos mellékhatása van, mint például toxikus hatás a vérképző rendszerre, bőrtünetek, pszichés zavarok és más szervrendszerben kialakult káros hatások. Leírták azonban a közelmúltban, hogy az AZT megakadályozza a vírus anyáról magzatra való átvitelét, amely mindenképpen nagyon jelentős gyógyhatás lenne.¹²

Más antivirális szerek a "ddl" (2; 3' - dideoxinozin) és "ddC" (zalcitabin).

Mindhárom antivirális szert lehet külön-külön vagy egymással tár-sítva használni¹³ a beteg laboratóriumi leleteinek alapján.

A terápiás lehetőségek ellenére is ritka a hosszú *túlélés* az AIDS-ben, ez átlag 20,8 hónap a diagnózis felállítása és a halál bekövetkezése között. Ezenkívül úgy tűnik, hogy az egyik betegség hatékony kezelése, illetve megelőzése csak egy másik AIDS-szel kapcsolatos megbetegedés halálteki szerepének előtörését eredményezi (csökkennek a *Pneumocystis carinii* által okozott tüdőgyulladások, növekednek viszont az idegrendsze-ri halálokok).¹⁴

Elégé ismertek és nagy érdeklődésre tartanak számot az AIDS betegek és HIV fertőzöttek *pszichoszociális problémái*.

Amint az eddig leírtakból is kitűnik, az AIDS súlyos fertőző betegség, amely alapvetően különbözik az eddig ismert fertőző betegségektől. Ez a különbség a gyakorlati tevékenységben mindennapos gondot jelenthet.

Az életet súlyosan veszélyeztető bármely betegség sikeres lelki adaptációja a következő tényezők függvénye: az alapbetegség tünetei, a személyiség pszichikai jellegzetességei, az egyén interperszonális kapcsolatrendszerei és a szociokulturális viszonyok.

Kulcskérdés a fertőzöttség tudatának, mint különlegesen erős stresszhatásnak a feldolgozása.

Az AIDS diagnózis, illetve a HIV pozitivitás ténye katasztrofális esemény. A betegek ugyanis általában tudják, hogy a betegség gyors, hanyatló lefolyással jár, a megfelelő kezelési lehetőségek hiánya, a csekély meglévő gyógyszer, azok rendkívüli drágasága, amely nem áll arányban a lehetséges szerény eredményekkel, valamint a klinikai tünetek kialakulása után a halálos kimenetel nagy valószínűsége súlyos depressziót okozhat. Az ehhez a tudathoz való alkalmazkodásnak, mint más halálos betegségeknél is láthatjuk, négy fázisa van.

A *kezdeti krízis* a tagadás vagy elutasítás. Ez váltakozva jelentkezik erős szorongásos periódusokkal. Sokszor olyan méretű lehet, hogy a beteg teljesen közömbös magatartást erőltet magára, figyelmen kívül hagyva az orvosi tanácsokat és előírásokat. Ritka a szerencsés kivétel, a mindezek ellenére jól kollaboráló beteg. Ennek a kezdeti krízisnek a megszüntetése nem lehet cél, mivel a többi lelki adaptálódásban káros lehet. Ha az elutasítás intenzitása fokozódik, erős érzelmi reakciók alakulhatnak ki: félelem, büntudat, szomorúság, düh, esetenként öngyilkossági készletés.

Következik az *alkudozás ideje*, hogy még jó volna élni egy keveset tünet- és panaszmentesen, különböző terveket még megvalósítani, valamit befejezni, valamit még élvezni.

Az *elfogadás* csendes belenyugvásában a beteg már együtt él az elmúlás gondolatával, csak rövid terveket készít, alkalmazkodik az állapotához.

Az utolsó fázis, a *baláltra való felkészülés* időszaka, amikor már lázadás nélkül nyugszik bele a megváltozhatatlanba.¹⁵

Az interperszonális kapcsolatokban jelentkező komplikációk igen fontosak. A rizikócsoporthoz való tartozásuk (homoszexuálisok, kábítószer-élvezők), súlyos pszichoszociális teherként nehezedik rájuk. A nem toleráns társadalmi viszonyok között ezek a kapcsolatok teljesen felbomlhatnak. Ebben a kérdésben az orvosnak lényeges szerepe van, ha sikerül szűkíteni a kört, amely értesül a beteg fertőzöttségéről ("stigmatizált" voltáról). Ezenkívül nagyon óvatosan kell a beteg vagy csak a fertőzött számára a betegségével való információkat közölni.¹⁶

Specifikus terápia hiányában az egyetlen hatásos fegyver, amellyel rendelkezünk az AIDS terjedésének befolyásolásában, a *megelőzés*, ez ugyanis elméletileg 100 %-ban elérhető felvilágosító, nevelő munkával.¹⁷ Egészségügyi, emberbaráti, ifjúsági szervezetek, egyházak, magánszemélyek fogtak össze egyrészt a szörnyű csapás elviselésében a bajba jutott embereknek, másrészt terjesztetni azokat az ismereteket, amelyekkel a fertőzést meg lehet előzni. Ezek között egyik legfontosabb, tudatosítani a társadalom tagjaiban ennek a betegségnek a súlyosságát, de ugyanakkor eloszlatni az előítéleteket, mítoszokat és a megalapozatlan félelmet ezzel kapcsolatban.¹⁸ Sajnos létezik egy menekülési tendencia is, az alkohol vagy kábítószer abuzus felé, mind a betegek, mind a gondozók vagy családtagok részéről. A betegség számos, eddig nem létező erkölcsi és jogi problémát is felvetett: például azt, hogy sok család megbetegedéstől való félelmében nem vállalja a beteget, illetve a fertőzött családtag ellátását és ápolását, a beteg gyermekeket az óvodák, iskolák nem fogadják be, munkahelyeikről elbocsátják a felnőtteket, így valósággal kiközösítik őket. Többek között ezért is van szükség szakszerű felvilágosító munkára, amelybe beletartozik a gyermekek körében végzett felvilágosító munka és szexuális nevelés is. Felnőtteknél az emberek felelősségtudatát akarják erősíteni, hangsúlyozzák a hűség fontosságát a partnerkapcsolatokban, a megfelelő védekezést stb.. Ezek által, mai ismereteink szerint a HIV fertőzés elkerülhető, a fertőzés nem sorsszerű.¹⁹

Jegyzetek

¹ Dömök, I., Földes, I.: *AIDS. Szerzett immunhiány szindróma*. Med.Könyvkiadó, Budapest, 1987, 11-130.

² Ciobanu, P.: *SIDA o problemă de interes național*. In *Viata Medicală*, 1995, 7, feb. 17, 1-8.

³ Dömök, I., Földes, I.: i.m. 14-25.

- ⁴ *Civitas consultation on HIV/AIDS*, Cluj, Romania, 15-20 apr. 1991, ed. by Robert J. Vitillo, 32-35.
- ⁵ Dömök, I., Földes, I.: i.m. 61-73.
- ⁶ Földes, I.: *Az AIDS járvány másfél évtizede*. In: *Lege Artis Medicinae*, 1994, 4, 1102-1108.
- ⁷ Doweiko, J.B.: *Hematologic aspects of HIV infection*, AIDS, 1993, 7, 753-757.
- ⁸ Dömök, I., Földes I.: i.m. 130-198.
- ⁹ Uo. 198-201.
- ¹⁰ *Caritas consultation on HIV/SIDA*, 15-20 apr. 1991: i.m. 197.
- ¹¹ Uo. 49-50.
- ¹² *Zidovudina stopeaza transmiterea materno-fetala* (după "Global AIDS News", nr.1/1994) - in. *Viața Medicală*, 1994, 24, iun. 17,3.
- ¹³ *Noi recomandări terapeutice* (după *Le Journal de SIDA*, nr. 52-53) - in: *Viața Medicală*, 1993, 39 oct.1. 7.
- ¹⁴ Klatt, E.C., Noguchi, T.T.: *Trendek AIDS-es betegek boncolási adatai alapján*. *Arch. Pathol. Lab. med.* 1994, 118, 884. - In: *Orvosi Hetilap*, 136, 1995. már. 19, 12. 605.
- ¹⁵ Polcz Alaine: *A balál iskolája*. Magvető Kiadó, Budapest, 1989, 241-243.
- ¹⁶ *Caritas consultation on HIV/SIDA*, 15-20 apr. 1991. I.M. 82-84.
- ¹⁷ Földes, I.: i.m. 1107.
- ¹⁸ Pápai Judit: *Megelőzés helyett pánikkeltés*. In: *A Hét*, xxvi., 1995. ápr. 21., 5.
- ¹⁹ Földes, I.: i.m. 1108.

SZÓSZÉK - ÚRASZTALA

Dr. REZI ELEK

LELKI MÉLTÓSÁG

Mt 5,5; 11,29/b

Napjaink felgyorsult világában, az általános gazdasági és társadalmi bizonytalanságok közepette egyre inkább azt halljuk, látjuk, tapasztaljuk, hogy a törtetőké, az élelmeseké, a demagóg módon kiabálóké, a hatalomhoz és a tekintélyhez minden áron ragaszkodóké a világ.

Elszabadult az erőszak, amely ártatlan embereket, békés otthonokat, de megmaradásáért küszködő népeket is kiméletlenül súlyt. Nő a korrupció, a megvesztegetés és a megvesztegethetőség. A mások kihasználására, kijátékosására, átverésére való törekvés eléggé mindennaposává vált.

Kitermelődött, megjelent a "siker erkölcs" embertípusa, aki céljai elérése érdekében semmilyen eszköztől és senkitől sem riad meg. A "mindig szolgálatos lelkiismeret" mintha elszunnyadt volna.

A mindennapok említett rideg valóságához mérve talán különösen hangzik első hallásra a felolvasott bibliai vers: "Boldogok a szelídek, mert ők öröklik a földet". Különösen hangzik, mert úgy tűnik számunkra, hogy a "boldogságtól", a "föld bírásától" egyelőre mindenáron ki akarják szorítani, távol akarják tartani a szelídeket.

Sajnos, ma a szelídségnek nem tulajdonítanak nagy értéket. Ez abból fakad, hogy a szelídségen többnyire gyengeséget, puhaságot, meghunyászkodást, sőt gyávaságot szoktak érteni, amelyet nemhogy erénynek tekintetének, hanem egyenesen lenézik, kigúnyolják, megvetik azt. A szelídségnek ilyen félreértelmezése azonban teljesen távol áll annak igazi jelentésétől és attól a tartalomtól, amelyet az Újszövetség, és különösen Jézus tanítása sugall.

A helyes értelmezés azt mutatja, hogy a szelídség az önmaga felett uralkodni tudó, kiegyensúlyozott lelkületű és józan gondolkodású ember ismertető jege. Azt az embertípust jelöli, aki cselekedeteiben a jó választása mellett dönt, aki hallgat lelkiismerete igenlő vagy nemet mondó szavára, aki mielőtt cselekedne, számot vet cselekedeteinek várható következményeivel, akit ha sértés ér, még akkor is tudja mérlegelni az adandó választ, azaz nem nyílik azonnal szitkozódásra a szája, nem lendül ütésre a karja. De nem tűri el pusztá belenyugvással a sértést, hanem lelki méltósággal emberhez méltón válaszol.