

Pécsi Tudományegyetem Természettudományi Kar

Sporttudományi és Testnevelési Intézet

EGÉSZSÉGTAN, ISKOLAI EGÉSZSÉGTAN

Szerző

Dr. Tóth Ákos

Lektor

Dr. Dravetzky Éva

Pécs, 2014

ISBN 978-963-642-645-3



TARTALOM

Bevezetés

1. Egészség, alapfogalmak

1.1. Az egészség és a wellness fogalma

1.2. Szalutogenezis

1.3. Egészségfejlesztés

1.4. Az egészséget meghatározó tényezők és „mérésük”

2. A magyar populáció egészségi állapota

2.1. Információ források

2.2. Az egészségi állapot indikátorai populációs szinten

2.2.1. A lakosság számának alakulása Magyarországon

2.2.2. Születéskor várható élettartam

2.2.2. 65 éves korban várható élettartam

2.2.4. Lakossági egészségfelmérések (ELEF)

2.3. A magyar gyermekpopuláció egészségi állapota

2.3.1. Csecsemőhalálozás

2.3.2. Terhességmegszakítások

2.3.3. Kora-, illetve kis súllyal születés

2.3.4. Egészségmagatartás, rizikó és protektív tényezők (kérdőíves vizsgálatok)

3. A XXI. századi fiatalság egészségét különösen veszélyeztető tényezők

3.1. Túl korán kezdett, felelőtlen szexuális magatartás

3.2. Függőségek kialakulása

3.2.1. Játékszenvedély, internet-függőség

3.2.2. Dohányzás

3.2.3. Alkoholfogyasztás

3.2.4. Kábítószer

3.3. Táplálkozással kapcsolatos rizikók

- 3.3.1. Anorexia nervosa
- 3.3.2. Bulímia
- 3.3.3. Ortorexia nervosa
- 3.3.4. Elhízás (obezitás)
- 3.4. Mozgásszegény életmód
- 3.5. A lelki, érzelmi egészséget veszélyeztető tényezők

Irodalomjegyzék

Bevezetés

E rövid, összefoglaló jellegű, felkészülést segítő összeállítás korántsem törekszik a tananyag teljes tartalmának megismertetésére. Abból a célból íródott, hogy segítsen a leendő pedagógusoknak, rekreációs szakembereknek eligazodni abban a hatalmas ismeretanyagban, amely az emberiséget ösidők óta foglalkoztató kérdésekre - hogy ti. hogyan lehet „túlélni”, legyőzni a betegségeket, egészségben maradni, „tökéletes közérzetben” (Cooper, 1987), jól-létben minél tovább élni - keres választ.

Ha az egészségtant mint egyetemi tantárgyat tekintjük, az elnevezésében szereplő „egészség” alapján a mára önálló diszciplínaként (tudományág, tudományterület) megjelenő¹ egészségtudományok-hoz sorolhatnánk. Ha viszont arra a kérdésre keresünk választ, hogy mit is jelent tulajdonképpen az egészségtudomány fogalma, nem sikerül egyértelmű definíciót találni rá. A Nemzeti Kutatás-nyilvántartási Rendszer taxonómiája szerint az orvostudományok alpontjaként jelenik meg. Ez azt jelzi, hogy orvostudományi alappilléreken nyugszik. Természetesen az egészségtan tantárgy tartalmából nem nélkülözhetők az élettani, anatómiai ismeretek. Feltételezzük azonban, hogy e területeken a hallgatók korábbi tanulmányaik során az alapismereteket már megszerezték.

Ha az egészségtant, mint a nevelés, oktatás, egészségfejlesztés gyakorlatát megalapozó tantárgyat tekintjük, akkor viszont sokkal inkább sorolható a nevelés- és sporttudományok diszciplínához, sőt sok tekintetben a bölcsészettudományokhoz is. Az egészség társadalmi vonatkozásai szempontjából pedig nem maradhatnak ki szociológiai és közgazdasági alapismeretek sem, azokat is a tantárgy alappilléreinek kell tekintenünk.

E gondolatsorral azt kívántuk érzékeltetni, hogy az egészségtan szintetizáló jellegű tantárgy, támaszkodik az alap és mesterszakokon az alapozó tantárgyak keretében megszerzett tudásanyagra, és ezeket az ismereteket igyekszik komplex módon visszaforgatni az oktatás, nevelés gyakorlati területeire.

Jegyzetünk célja ennek segítése mellett ízelítőt adni arról, hogy a testnevelés és sporttudományokban, az egészségpszichológiában, ill. egészségpszichológiában az „egészség-kutatások” terén milyen irányokban folynak jelenleg hazai és nemzetközi szinten kutatások, mintegy kedvet ébreszteni a tudományos kutatómunkához.

1

<https://www.google.hu/#q=Az+egy+egy+egy+tudom%C3%A1nyter%C3%BCletekhez+tartoz%C3%B3+tudom%C3%A1ny%C3%A1gak%2C+valamint+a+m%C5%B1v%C3%A9szeti+%C3%A1gak+felsorol%C3%A1sa>

1. Egészség, alapfogalmak

1.1. Az egészség és a wellness fogalma

Az egészség fogalmát az idők folyamán a változó világképeknek, ideológiáknak megfelelően, az egészséggel, betegséggel kapcsolatos ismeretek gyarapodásával és a gyógyításra is jelentős hatású technikai fejlődéssel más és más értelmezésben használták.

Az egészségtannal foglalkozó mai tankönyvek szinte mindegyike az Egészségügyi Világszervezet (WHO) alapszabályában rögzített meghatározására hivatkozik, mely szerint: „Az egészség a teljes fizikai, mentális és szociális jólét állapota, és nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiánya”. E meghatározásban lévő tagadás (mi nem jelenti egymagában az egészséget) mintegy előre szembeszáll azzal az elképzeléssel, hogy a betegségek legyőzésével megteremthető az emberek egészsége. Rámutat arra, hogy az egészségnek testi, lelki, szociális összetevői vannak.

Az egészség komplex megközelítésének fontosságát, valamint a megelőzésben rejlő lehetőségeket érzékletes metaforával világítja meg – a mintegy 40 évvel később megjelent művében – A. Antonovsky (a következő fejezetben bemutatásra kerülő „szalutogenezis” megteremtője), akitől Varga Károly: A szalutogenezisről – képben és fogalomban című cikkében idéz (Varga, 2005b):

„Adva van a „raging river” (a dühöngő vad folyó), tele fuldokló emberekkel, s a kortárs nyugati egészségügyünk hősies és technikailag felkészült erőfeszítéssel ebből halászatja ki az elmerülőket. Csak e lefelé sodródókra fordítva odaadó figyelmét (amiért persze megfizetik és néha nem is rosszul), sohasem néz a folyón fölfelé, legalább a következő kanyarig, hogy megláthatná: ki vagy mi lökdöste bele ezeket az embereket a sodró vízbe.”

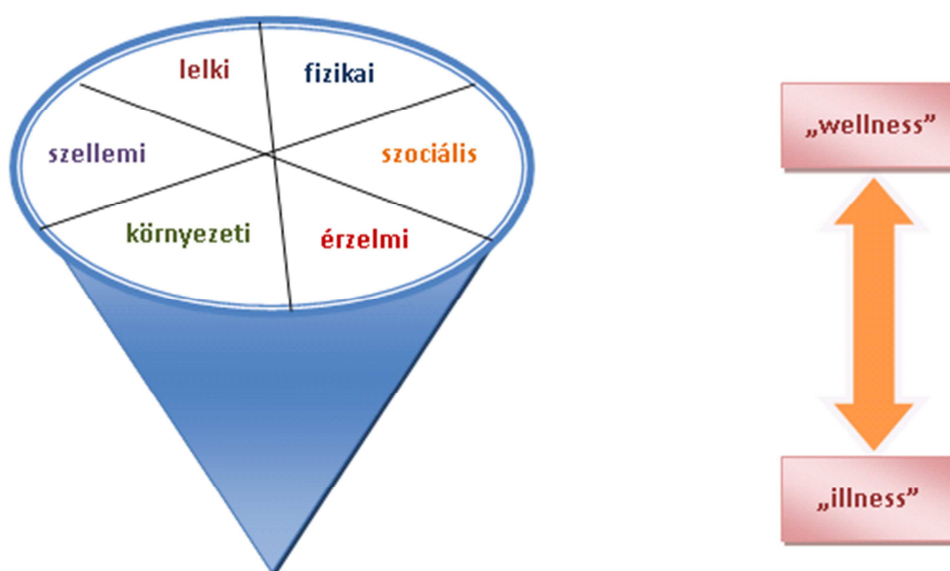
Erre az adott korszakban, a modern nyugati egészségügyre jellemző „biomedikális” megközelítés kritikájaként, nem kis gúnnyal, így folytatja a metaforát, hogy: „...ez az iskola úgy képzei el, hogy az emberek feljebb a folyón maguktól ugrálnak a sodrásba, de eszük ágában sincs megtanulni úszni.”

Az ugyanerre a metaforára építkező „behavioral medicine” (magatartástudományi iskola) a folyóba esés okát az ártalmas életstílusból származtatja, valamint nem feledkezik meg arról sem, hogy e mögött szociális és kulturális feltételek állnak.

A WHO definíció megadja az egészség három legfőbb összetevőjét (vagy a kutatásokban használt idegen szóval dimenzióját) mint: „fizikai”, „mentális” és „szociális” jólét. Az utóbbi évtizedekben rohamos fejlődésnek indult elméleti és empirikus kutatások e három dimenziót kibontva, illetve a köztük lévő kapcsolatokat vizsgálva többé-kevésbé eltérő modelleket állítottak fel. E modellek kulcsfogalma (amelyet nem szoktak magyarra fordítani), a **wellness**. A wellness kifejezés meghonosodása a magyar nyelvben viszonylag új keletű, az 1970-es években terjedt el, és többféle értelemben is használják. Egyrészt kapcsolódik a rendszerint gyógyvizes, pihenést, felüdülést szolgáltató intézményekhez (lásd. wellness hotelek). Az egészségtudományi kutatásokban azonban a wellness jelentése ennél sokkal tágabb. Donald Ardell (1986, 1996.) meghatározása szerint a wellness életstílus, életfelfogás, életfilozófia, tudatos törekvés az egzisztenciára. A felelősségérzeten

alapul, különösképpen a saját egészségünket meghatározó életminőségünket illetően. A wellness mint életérzés már az ókori kultúrában is fellelhető, tudományos kutatás tárgyát azonban csak a 20. század utolsó évtizedei óta képezi.

T. Adams és munkatársai (1997) által közölt wellness modell koncepciója szerint a wellness hat fő egészség-dimenziót foglal magába: a fizikai, a szellemi, az érzelmi, a szociális, a környezeti és a lelki egészséget. Az alábbi „tölcsér modell”, a csúcsával lefelé állított kúp függőleges tengelye felel meg a „wellness-illness” azaz „jól-lét - nemjól-lét” skálának, míg az erre merőleges síkon ábrázolják a percipiált egészség dimenzióit. Nyilvánvaló, hogy minél nagyobbra tágul a kör, annál magasabb szintű wellness érhető el. A modell jól érzékelteti, hogy az egészség-dimenziók változására az észlelt wellness érzékenyen reagál, de nem szükségszerű, hogy bármely elem csökkenése feltétlenül alacsonyabb szintű wellnesshez vezessen. Egyik „tortaszelet” csökkenését, kompenzálhatja a másik növekedése. Például a lelki erősség kompenzálhatja a környezet negatív hatásait vagy akár a fizikai egészség gyengülését.



1. ábra: A „tölcsér” modell²

² Forrás: Tóth Á.(2007): Rekreatív fizikai aktivitás és percipiált egészség. Kutatás pécsi egyetemi hallgatók körében. Szakdolgozat, Pécs, PTE,ETK

1.2. Szalutogenezis

Még a 2000-es évek elején, amikor egy konferencia-előadásunkban a „szalutogenezis” fogalmát használtuk, több neves kutató is (bizalmasan) megkérdezte tőlünk, hogy mit jelent az, hogy „szalutogenezis”?

Az utóbbi években azonban a hazai szakirodalomban is már lépten-nyomon találkozunk ezzel a fogalommal, amiben nem kis része van annak a cikksorozatnak, amely az Egészségfejlesztés című folyóiratban Varga Károly tollából megjelent (Varga, 2004, 2005a, 2005b). Szemléletesen, érzékletes képekkel és metaforákkal világítja meg a fogalom lényegét, visszanyúlva a szalutogenezis – kutatások gyökeréig.

Vannak olyan idegen nyelvből átvett fogalmak, amelyeket nem érdemes, mert gyakran nem is lehet, olyan kifejezően magyarra fordítani, mint amilyen az eredeti volt. Ezek közé tartoznak (magyar helyesírással) a szalutogenezis, a szalutogenetikus kifejezések, vagy a félig „megmagyarított” és a későbbiekben ismertetendő „koherenciaérzet” is.

„A szalutogenezis fogalomban rejlő latin terminus, salus salutis - háttérben Salus-szal, az üdv és jólét istennőjével- elsősorban az egészséget jelenti, de ezen kívül a jólét, üdv, boldogulás, megmenekülés, élet tágabb szinonimikáját is magába foglalja.” A genezis jelentése: eredet, keletkezés, származás. Azaz a szalutogenezis az egészség, a jól-lét stb. eredetét, az egészség forrásait jeleníti.

Hogy ez a fogalom egyre nagyobb tért hódít az egészségtudományokban, az annak a paradigmaváltásnak köszönhető, amelyet az Ottawai Charta (1989) megjelenése fémjel. Az Ottawai Charta-át mintegy 50 nyelvre lefordították, s az egészségfejlesztés dokumentuma lett szerte a világon. Mi volt ez a paradigmaváltás?

Ha történelmi síkon vizsgáljuk az egészség-betegség-gyógyítás felfogásait, meglehetősen változatos figyelhető meg, magának az egészségnek a felfogásában is.

Kezdetben az úgynevezett vallásos-mágikus paradigma középpontjában a testtől elkülönült lélek állt. A hiedelem szerint a betegségeket a „démonok” és az „ördög” okozzák.

A tudományok, a technikai fejlődésével (de már az ókori görögöknél is fellelhető), hogy a betegségeket valamilyen testi- szervi elváltozásra vezették vissza. Az úgynevezett organikus, medicinális vagy biológiai modell elsősorban a betegségre koncentrált. Ez a megközelítési mód nevezhető patogenetikus modellnek.

A biomedikális és patogenetikus szemléletmódot a XX. században felváltja egy újszerű megközelítés, illetve kutatási irányvonal: a betegségek etiológiájának tanulmányozása helyett az egészséget meghatározó tényezőkre helyeződik át a hangsúly.

A paradigmacserék szülőanyja rendszerint a vadonatúj kérdésfeltevés. „Hogy mitől betegednek meg az emberek, ennek „titkait” már a 19. és 20. századi orvostudomány leleplezte, főleg a modern életvilág stresszoraiban, és az kezdett izgató rejtéllyé válni, hogy ezek közegeiben hogyan képesek egyesek egészségesek maradni, illetve újra azzá válni.” (Varga, 2004)

A „szalutogenezis” fogalom megalkotója Aaron Antonovsky, aki „Unraveling the Mystery of Health” (1987) című könyvében foglalja össze életműve tudományos újdonságát, az „egészség genezisének titkát”, aminek lényege az életstratégiában érvényesülő koherenciaérzet. Kidolgozza ennek operacionalizálására a „sense of coherence” (koherenciaérzet) konstruktumot és mérőeszközét, az ún. SOC skálát. A SOC skála érvényességét, megbízhatóságát a szalutogenetikus iskola követői számos országban igazolták. (Köztük magyarországi mintán saját kutatócsoportunk is (Jeges, 2008)).

A koherencia-érzet általános irányultságot jelent. „A személynek saját magával és a világgal szemben tanúsított és átélt beállítódása, annak a biztonsága, hogy a minket körülvevő és a bennünk megnyilvánuló világ kiszámítható, és az események nagy valószínűséggel befolyásolhatóak.” (Skrabski, 2004)

A koherencia biztosítja a folyamatos kihívások közepette az egyensúlyt, a harmóniát. Magában foglalja a sikeres megküzdés képességét és azt a biztonságot, hogy az egyén bízik abban, hogy a változó körülmények között mindig képes lesz megfelelő erőforrásokat mozgósítani, akár saját erő, akár külső segítség formájában. Minél erősebb az ember koherencia-érzete, annál magasabb az egészségi pozíciója az egészség-betegség kontinuumon, ill. annál nagyobb az esélye, hogy egészséges marad.

Antonovsky a koherencia-érzet konstruktumára a következő, többször átcsiszolt végleges definícióját így fogalmazta meg:

„A koherencia-érzet globális orientáció, amely annak mértékét fejezi ki, amennyire valaki átfogó és tartós – bár dinamikusan rugalmas – bizalomérzést ápol az iránt, hogy:

az élete során akár a belső, akár a külső környezetéből származó stimulusok (ingerek, hatások) strukturáltak, előreláthatók és értelmezhetők (sense of comprehensibility);

az ezen stimulusok (ingerek, hatások) által támasztott követelményeknek való megfeleléshez rendelkezik elegendő erőforrással (sense of manageability);

e követelmények kihívásoknak vehetők, vagyis van értelme annak, hogy erőbefektetéssel elköteleződjék a velük való foglalkozásra (sense of meaningfulness). (Antonovsky, 1987)

A meghatározásban a dinamikus szó arra utal, hogy az életesemények és a koherencia-érzet kölcsönhatásban vannak egymással, amennyiben a megtapasztalt történések befolyásolják az egyén koherencia-érzésének fejlődését; ugyanakkor felnőtt korra az ember koherencia-érzete már viszonylag stabil; ezért képes az erős koherenciaérzet a külső körülmények egészségi állapotára gyakorolt hatását befolyásolni.

A fentiek összegzéseként, ill. a hagyományos, patogenetikus és a szalutogenetikus modell összevetésére lásd. az alábbi táblázatot:

1. táblázat: A patogenetikus és szalutogenetikus modell jellemzői

	Patogenetikus modell	Szalutogenetikus modell
Az egészség és betegség koncepciója	Dichotómia	Kontinuum
A betegségkonceptió alkalmazhatósága	A betegségre koncentráció Redukcionista	A beteg személy története Holisztikus
Az egészség és betegség tényezői	Rizikótényezők, negatív stresszorok	Egészségessé tevő erőforrások Koherenciaérzés
A beavatkozás típusa	A gyógyító eszközök használata	Aktív adaptáció, rizikómérséklés és az erőforrások fejlesztése

Forrás: Bahrs et alii, 2003

Mivel a szalutogenetikus modell az 1990-es évektől szerte a világon az egészségfejlesztés, az egészségnevelés terén végzett kutatások és gyakorlati alkalmazások meghatározó kerete lett, az FCHE (Federal Centre for Health Education) egy átfogó tanulmányt is kiadott a modell értékeléséről, kritikájáról, továbbá a különböző egészségelméletekről és más modellekről.³

1.3. Egészségfejlesztés

Az úgynevezett szalutogenetikus szemléletmódot valójában csak az ezt közvetlenül megelőző patogenetikus paradigma ellentételezéseként tekinthetjük újszerű felfogásmódnak, paradigmának. Hiszen az egészségtan, az egészség tana különösen a XX. század elején viszonylag nagy hangsúlyt kapott az oktatásban, nevelésben. A mai idős generáció még jól emlékszik a növénytan, állattan, majd a külön szereplő egészségtan tantárgyra. Kiváló tanárok voltak, akik a történelemtanítás, vagy a szépirodalom tanításába is beleszőttek egészségi ismereteket (pl. nagy kolerajárványok, pestisjárványok kapcsán a higiéné fontosságára). Vagy: léteztek ingyenesen, iskolai keretek közt sportszakkörök, ahová nemcsak a tehetséges gyerekek járhattak. Volt tömegsport, ha esetleg nem is nevezték annak. Az általános iskolások körében is rendszeresen voltak kis házi versenyek, amelyeken mindenki részt vett. Figyeltek a helyes testtartásra. Nagyszüleink, illetve a mai középkorúak szülei idejében nagyon sok olyan tanítást fedezhetünk fel, amiket a mai publikációkban úgy olvashatunk, mintha a mai kor felfedezései lennének. (Lehet, hogy régen tapasztalati, vagy valláserkölcsi alapokon, vagy akár kényszerűségből tették, de végül is az egészségre hasznosak voltak). Néhány jó példa: a szoptatás fontossága, minél többet a szabad levegőn, sok zöldséget, főzeléket egyél, ne igyál, ne dohányozzál,

³ Ezzel kapcsolatosan olvashatunk Kis – Tamás Loránd: A modern egészségelmélet alakulása. A biomedikális, a salutogenetikus és napjaink egészségfejlesztő szemlélete című tanulmányban, amely a KOMPÁNIA Alapítvány kortársoktató képzésének keretében készült, 2005-ben.

sportoljál sokat, élj „erkölcsösen” stb. (Természetesen, sok helytelen dolgot is tettek, ami a mai tudásunk szerint káros volt.)

Az „egészségtan” elnevezés helyett ma, éppen a fentiekben bemutatott ún. paradigmaváltás hangsúlyozására kedveltebb az „egészségfejlesztés” elnevezés. Az „egészségfejlesztés” tematikáját illetően megegyezik a XX. század elején -természetesen az akkori orvos- és társadalomtudományi ismeretek színvonalának megfelelő- egészség-tan könyvek, illetve tankönyvek tematikájának. Valamennyien foglalkoznak az egyén és a társadalom „egészségét”, „egészségességét” meghatározó külső és belső körülményekkel. Útmutatást adnak arra, hogy milyen eszközökkel, milyen módon lehet elősegíteni egyéni és társadalmi szinten az egészség „megvalósítását”. Sajnos az egészség = egész-ség elnevezés megtévesztő, mert ha szó szerint vesszük, azt sugallja, hogy létezik valamiféle stabil, kész, befejezett „egész” állapot: ha valaki úgy érzi, hogy egészséges, akkor már nem is kell tennie semmit az „egészsége” érdekében. Korábban divatban volt az „egészségmegőrzés” elnevezés is, ami már utal arra, hogy ha valaki „egészséges”, nem „ülhet a babérjain”, tennie kell valamit, hogy az is maradjon. S még lényegre törőbb az „egészségfejlesztés”, elnevezés, mert érzékelteti, hogy az „egész” nem kész állapot, lehet az egész-t is „fokozni”, mint a tölcser modell síkjában lévő teljes kört nagyobb sugarú körrel, magasabb „wellness” szintre helyezni.

Egészségfejlesztés címmel számos könyv, jegyzet, tankönyv jelent meg magyar és idegen nyelven (lásd. felsorolt irodalom). Jelen anyagunkban, kitűzött célunknak megfelelően, elsősorban a testkultúrális képzésben résztvevők (rekreációs szakemberek, testnevelő tanárok stb.) számára készítjük a hatalmas ismeretanyagban való eligazodást segítő könyvünket. Az egészségtan, illetve egészségfejlesztés legfontosabb témáit ezért elsősorban a fiatalokat megcélözva tekintjük át, és csupán vázlatosan, utalva a szakirodalomra.

Az egészség fogalmával kapcsolatos gondolatok után ki kell térni arra is, hogyan lehet „kézzel foghatóvá” tenni e fogalom tartalmát. Hogyan lehet megítélni azt, hogy valaki egészséges-e, egyéni és populációs szinten (pl. egy-egy ország lakosainak egészségi állapotára mi jellemző globálisan). A következő fejezetekben e témákat érintjük.

1.4. Az egészséget meghatározó tényezők és „mérésük”

Vannak olyan tényezők, amik egy megszületett gyermek esetében már adottak, és nem befolyásolhatók, ilyenek a genetikai adottságok. Ezek számos lehetőséget eleve behatárolnak. Bár vannak olyan genetikai adottságok, pl. bizonyos betegségekre való hajlam, amelyek ismeretében a betegség kialakulása vagy következményei megelőzhetőek. Ilyen például a lisztérzékenység, amely jelenleg nem gyógyítható, de egy életre szóló diétával „egészséges” élet biztosítható. Az elhízásra való hajlam szintén „kordában tartható” helyes életmóddal, diétával és sok fizikai aktivitással. A daganatos betegségekre való hajlamot örököltek körében is a kockázati tényezők csökkentésével kisebb valószínűséggel alakul ki a betegség.

Egyénileg szintén nemigen befolyásolhatók a környezeti ártalmak, mint például levegőszennyezettség, élelmiszerek egészséget károsító összetevői, egészségtelen munkakörülmények.

Nem befolyásolhatjuk azt, hogy hova szülessünk. Kik a szüleink, hogyan élnek, milyen társadalmi környezet vesz körül bennünket. A gyermek fejlődését, mind testi, lelki, szellemi, szociális téren, melyek az egészség alapvető dimenziói, jelentősen meghatározzák, és gyakran életre szólóan befolyásolják ezek a tényezők.

Természetesen, az egyén nagyrészt azt sem képes befolyásolni, hogy milyen a számára elérhető egészségügyi ellátás, egyáltalán elérhető-e az ellátás.

S mindezekén túl még számos olyan tényező létezik, amelyeknek az egészségre hatása van, és vagy nem is ismertek ezek, vagy nem elkerülhetők.

Ugyanakkor számos olyan tényező is van, amely az egyén felelősségén múlik, hogy pozitív (protektív) vagy negatív (rizikó) hatást vált-e ki az egyén egészsége szempontjából.

Egzakt tudományos kutatási eredmények támasztják alá, hogy a fentiekben vázolt egészség-dimenziók mentén (fizikai, szellemi, környezeti, szociális, lelki, érzelmi egészség) milyen magatartást, életstílust, életvezetést kellene folytatni, hogy minél egészségesebbek legyünk.

De honnan lehet tudni, hogy mennyire vagyunk egészségesek? Az „egészségesség” megítélésére gyakran van szükség. Általában orvosi, esetleg pszichológusi igazolás szükséges például ahhoz, valakit alkalmasnak minősítsenek valamely szakmára vagy munkakör betöltésére, vagy az autóvezetésre. Az igazolás alapja rendszerint az, hogy megvizsgálják nincs-e az illetőnek olyan betegsége, amely miatt alkalmatlan lenne a feladat elvégzésére.

A betegségek etiológiájának feltárásában vagy a terápiák hatékonyságának, a gyógyulás mértékének megítélése szempontjából nagyon fontos az egészségi állapot egzakt mérése. Ennek során nem elegendő csak a klinikai leletek, laborparaméterek feltárása, illetve nyomon követése, hanem a testi–lelki tényezőket együttesen kell vizsgálni (pszichoszomatika).

Az utóbbi évtizedekben elsősorban az egészségpszichológiai kutatásokban előtérbe került az általános egészségi állapot „mérése”, az ún. önértékelő skálák alkalmazása. Számos tudományos kutatás igazolja ugyanis, hogy az egészség önértékelése az általános egészségi állapot valid (érvényes) jellemzője. Nagy elemszámú követéses vizsgálatok szerint például (csupán egyetlen kérdéssel vizsgálva: „Ön szerint az egészségi állapota: kiváló, jó, megfelelő vagy rossz?”) hosszú távra jobban előre jelezték a halálozást, mint az orvosi diagnózis (Idler, 1997). Természetesen az egészség önértékelése és a mortalitás közti összefüggés sztochasztikusan értendő, azaz valószínűségi szinten érvényes.

Az általános egészségi állapottal és az újabban még komplexebb wellness –szel kapcsolatos kutatások számos „kutatási eszközt”, kérdőívet dolgoztak ki ezek mérésére. (Pl.: Hallbert, (1977), Ardell (1986. 1996) Ezek általában a percipiált (észlelt, érzékelt) egészségi, ill. wellness állapotot képesek mérni. Több konstruktumot (sajátos fogalomrendszert) és ezek tételekre, kérdésekre lebontott, empirikusan mérhető skáláit

magyar mintákon is validálták (érvényesítették). Ilyen például az optimális életprofil vagy elfogadott rövidítésben az OLP kérdőív („Optimal Living Profile”), mely méri az egyén egészséggel kapcsolatos főbb életstílus és életmód elemeit, az adott pillanatban fennálló „well-being” szintjét, valamint az egészsége javítására irányuló szándékát, ill. tetteit a különböző egészségdimenziók mentén. Az OLP hat egészség-összetevőt vizsgál ötfokozatú skálán mért itemek (állítások formájában megfogalmazott kérdések) segítségével. A komponensek a következők: környezeti dimenzió – 17 item, szellemi – 16 item, lelki (spirituális) – 16 item, érzelmi – 21 item, szociális – 20 item, fizikai egészség – 47 item.

Az egészségi állapottal összefüggő számos kérdőív közül azért emeljük ki az OLP kérdőívet, mert ezt a sport- és rekreációtudományi kutatások terén különösen jól alkalmazhatónak tartjuk a különböző tréningek, edzéstípusok, vagy akár pszichológiai tréningek hatásvizsgálatának komplex mérésére, a változások jellemzésére. A wellness státusz számszerűsített értéke a kutatások során tehát indikátorváltozónak tekinthető. Ezzel kapcsolatos néhány hazai kutatási eredmény is született (Tóth, 2009, Szovák, 2012, Tóth, 2014).

2. A magyar populáció egészségi állapota

A magyarországi lakosság egészségi állapotának populációs szintű megismeréséhez induljunk ki tágabb földrajzi környezetünk országaiból.

2.1. Információforrások

Az Európai Bizottság uniós szintű jelentései az egyes tagországokból származó különböző statisztikákat, többek között az egészségüggyel kapcsolatos információkat és ismereteket is, egységbe foglalva készíti el éves jelentéseit.

(A http://ec.europa.eu/health/reports/european/index_hu.htm címen érhetjük el a 2012-es évről készült jelentést, és azokat a linkeket, ahonnan bővebb információkat nyerhetünk.)

A közösségi egészségügyi programról szóló jelentések összehasonlítható információkkal szolgálnak a következők tekintetében:

- az emberek egészsége és az egészséghez kötődő magatartásformák (pl. életmóddal és más egészséget befolyásoló tényezővel kapcsolatos adatok)
- betegségek (pl. a krónikus, súlyos- és ritka betegségek előfordulása és nyomon követésének módjai)
- egészségügyi rendszerek (pl. az ellátás mindenki számára való hozzáférhetőségére, az ellátás minőségére, az egészségügyben dolgozókra, illetve az egészségügyi ellátórendszerek pénzügyi fenntarthatóságára vonatkozó mutatók).

Az Eurostat által készített, egészségüggyel kapcsolatos statisztikai jelentések célja az egészségügyi programmal kapcsolatos adatbázisok és kiadványok folyamatos javítása.

Egyedi fertőző betegségek előfordulására vonatkozó jelentések:

- olyan betegségek, amelyek jelentős megbetegedéseket és/vagy halálozásokat okoznak vagy okozhatnak az Európai Unióban

- amelyek esetében az információcsere a közegészségügyi veszélyek korai jelzésére alkalmas lehet
- súlyos betegségek, amelyeket országos szinten nem ismernének fel, és amelyek esetében az adatok összesítése lehetővé teszi, hogy a hipotéziseket szélesebb körű ismeretanyagra alapozzák
- olyan betegségek, amelyek esetében az egészségvédelmet javító, hatékony megelőző intézkedések állnak rendelkezésre.

Egyéb egészséggel kapcsolatos jelentések:

Az uniós főosztályok és ügynökségek jelentései (környezetvédelem, fenntartható fejlődés, drogok, táplálkozásbiztonság stb).

2.2. Az egészségi állapot indikátorai populációs szinten

Az alábbiakban a „Health at a Glance Europe 2012” (Egészségügyi pillanatkép Európában 2012) című kiadvány alapján foglaljuk össze azokat az indikátorokat, amelyekkel jellemezhető egy-egy ország népességének egészségi állapota, egészségügyi ellátása, illetve az azt meghatározó tényezők.

1. Az egészségi állapot „kemény” mutatói. Ezek azok a statisztikai adatok, amelyek a népesség egészségi állapotának jellemzését leginkább a következmények oldaláról közelíti. Például:

- A születéskor várható élettartam és az egészségben eltöltött élettartam
- 65 éves korban várható és az egészségben eltöltött élettartam
- Összes okból bekövetkezett halálozás (mortalitás)
- Szív- és agyérbetegségek halálozása
- Rák halálozás
- Közlekedési balesetekből származó halálozás
- Öngyilkosságok
- Csecsemőhalálozás
- Csecsemők egészségi állapota: alacsony születési súly
- Bizonyos kiemelt betegségcsoportok prevalenciája és incidenciája (HIV/AIDS, rák, cukorbetegség, demencia, asztma stb.).

2. Második indikátorcsoport a lakosság egészségkultúráltságával, egészségmagatartásával függnek össze, például:

- Dohányzás és alkoholfogyasztás a gyermekek körében
- Túlsúly és elhízás a gyermekek körében
- Gyümölcs és zöldségfogyasztás a gyermekek körében
- Fizikai aktivitás a gyermekek körében
- Dohányzás és alkoholfogyasztás a felnőttek körében
- Túlsúly és elhízás a felnőttek körében

- Gyümölcs és zöldségfogyasztás a felnőttek körében
- Fizikai aktivitás a felnőttek körében

3. Az egészségügyi ellátás forrásai és aktivitása

- Orvosok száma
- Orvos-beteg találkozások száma
- Ápolásra vonatkozó adatok
- Technikai felszereltség (CT, MRI)
- Kórházi ágyak száma
- Kórházi elbocsátások száma
- Kórházi tartózkodás átlagos hossza
- Különböző műtéti beavatkozások száma (coronary angioplasty, szürkehályog műtétek, csipő- és térd protézis beültetések száma)
- Gyógyszerkészítmények fogyasztása
- Beteljesítetlen ellátási szükséglet.

3. Az egészségügyi ellátás minősége

- Krónikus állapotok ellátása
- Elkerülhető kórházi felvételek (légzőszervi betegségek, konrollálatlan diabétesz, akut ellátás)
- Kórházi halálozás acut myocardiális infarktust követően
- Kórházi halálozás agyérbetegséget követően
- Beteg biztonság
- Kezelési vagy operáció utáni komplikációk
- Szülési trauma
- Rákellátás
- Rákszűrés (méhnyakrák, emlőrák, végbélrák), túlélés és mortalitás
- Fertőző betegségek ellátása
- Gyermek védőoltás programja
- Idősek influenza elleni védőoltása

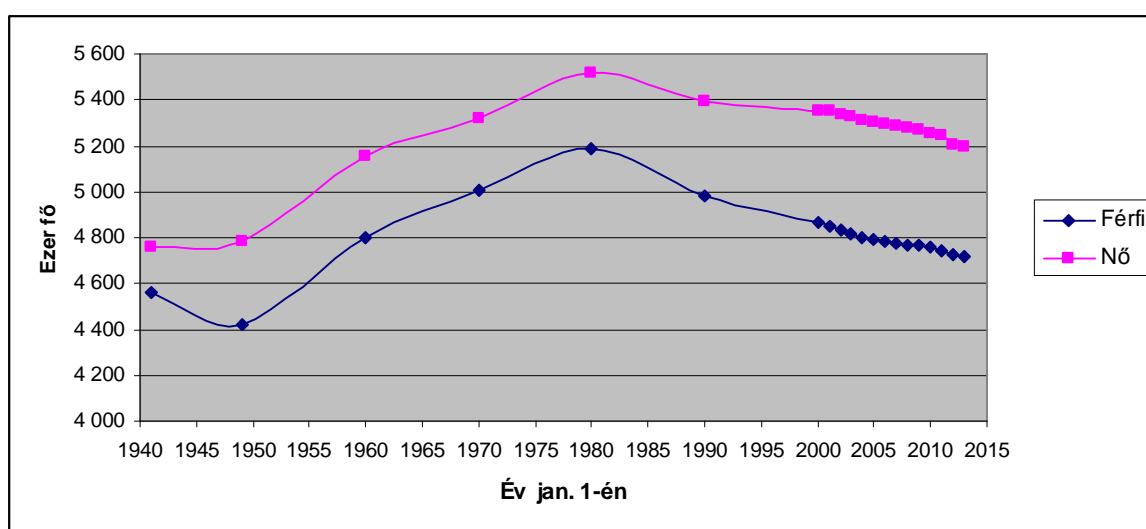
4. Egészségügyi kiadások és finanszírozás

- Az egészségügyi ellátás fedezete
- Egy főre jutó egészségügyi kiadások
- Egészségügyi kiadások a GDP-hez viszonyítva
- Egészségügyi kiadások működés szerint
- Gyógyszerkiadások
- Az egészségügyi ellátás finanszírozása
- Egészségügyi szolgáltatások.

A kiadvány röviden ismerteti az egészség és egészségügyi rendszerek fenti indikátorai alapján 35 európai ország, beleértve az Európai Unió 27 tagállamát és 5 tagságra jelölt országot, valamint három EFTA (European Free Trade Association) ország egészségi állapotának jellemzőit. Ezeket az indikátorokat nagyrészt az European Community Health Indicators (ECHI) listájából választották ki, és a bemutatásra került adatok az Európai Unió (ECHIM, 2012) statisztikáiból származnak.

2.2.1. A lakosság számának alakulása Magyarországon

Egy ország lakosságszámának alakulását számos társadalmi-gazdasági tényező befolyásolja, és ha nem is közvetlenül, de valamilyen szinten tükrözi a populáció „egészségességét”.



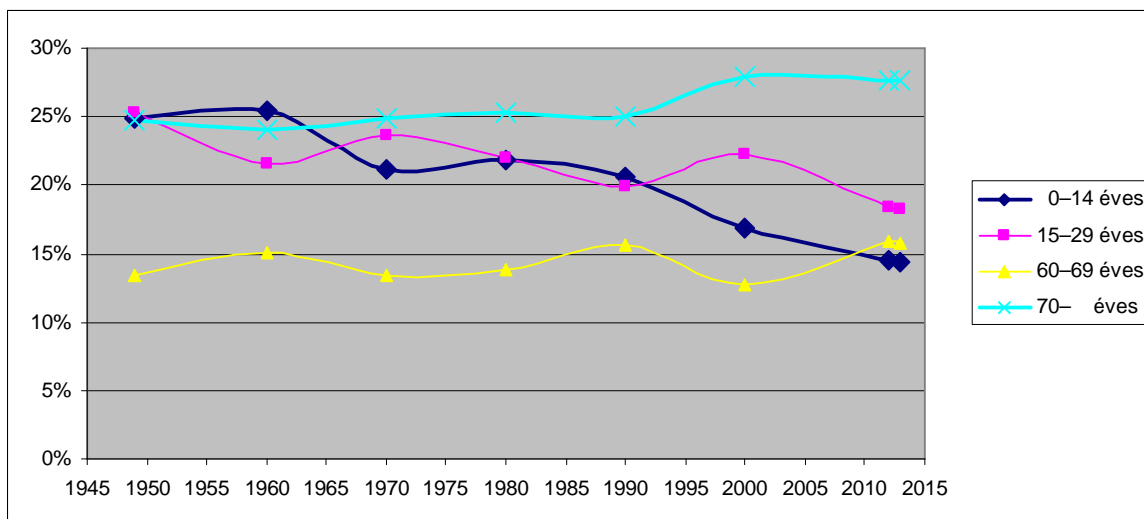
1. ábra: A népesség nemek szerinti számának alakulása Magyarországon

(adatforrás: Demográfiai Évkönyv 2012 adatbázisa)

A magyarországi lakosok száma az 1980-as évektől folyamatosan csökken. Ennek oka elsősorban az alacsony születési szám.

Az ábráról az is leolvasható, hogy a férfiak lakosságszáma drasztikusabban csökkent, mint a nőké, az utóbbi években azonban a nők is kezdik „utolérni” e téren a férfiakat.

A 2. ábra jól mutatja, hogyan nyílik az olló a legfiatalabb és a legidősebbek korcsoportok arányát illetően. Míg az 1960-as évekig a 15 éven aluliak és a 70 éves és idősebbek aránya közel azonos volt, 2013-ra csaknem kétszer annyi lett az idősek, mint a legfiatalabbak aránya. Ennek oka a születésszám csökkenése mellett -az az egyébként örövendetes tény-, hogy az átlagéletkor meghosszabbodott. A következmény azonban a népesség ijesztő mértékű elöregedése.



2. ábra: Korcsoportok arányának változása Magyarországon
(adatforrás: Demográfiai Évkönyv 2012 adatbázisa)

2.2.2. Születéskor várható élettartam

A születéskor várható élettartam Európa minden országában növekedett. Minden életkorban csökkent a halálozási arány. Ennek oka szintén számos összetevőnek köszönhető. Például, általánosságban: magasabb iskolázottság és jobb életstílus (életmód), az egészségügyi ellátás és az egészségügyi szolgáltatások magasabb szintje. Egészségesebb táplálkozás, javuló közegészségügyi és lakásviszonyok játszanak benne szerepet, bizonyos országok esetében a gazdasági fejlődés.

A születéskor várható átlagos életkor 2008 és 2010 között az Európai Unió 27 tagállamában férfiak esetében elérte a 75,3, nők esetében a 81,7 évet. A növekedés 1998-2010 között 2,7, illetve 2,3 év volt. Az EU tagállamai több mint kétharmadában a várható élettartam meghaladta férfiaknál a 75, nőknél a 80 évet.

A születéskor várható legmagasabb életkort 2008-2010-ben a svédországi nőknél és férfiaknál állapították meg, ami 85,0, illetve 79,4 év volt.

A legalacsonyabb születéskor várható élettartam ebben az időszakban a nőknél Bulgáriában és Romániában volt; a férfiaknál pedig Litvániában. A nőknél a legalacsonyabb érték 77,3 év, a férfiaknál: 67,3 év.

Magyarországon a legfrissebb adatok szerint (KSH STADAT) 2012-ben a születéskor várható élettartam országosan nőknél 78,4 év, férfiaknál 71,5 év. Nem sokkal haladja meg tehát az európai országokban tapasztalható legalacsonyabb értékeket!

1. táblázat: Születéskor várható átlagos élettartam területi egységenként Magyarországon (1990-)

Területi egység	Születéskor várható átlagos élettartam					
	férfi			nő		
	1990	2001	2012	1990	2001	2012
Budapest	66,30	69,28	73,58	73,78	76,52	79,23
Pest	63,81	68,68	71,94	73,33	76,54	78,22
Közép-Magyarország	65,47	69,10	72,92	73,66	76,53	78,85
Fejér	65,37	68,54	71,47	73,81	76,41	78,36
Komárom-Esztergom	64,21	67,95	70,27	72,52	76,25	77,57
Veszprém	65,62	69,01	71,70	74,95	76,08	79,11
Közép-Dunántúl	65,11	68,53	71,22	73,83	76,24	78,39
Győr-Moson-Sopron	66,81	69,48	71,95	75,02	78,04	78,71
Vas	66,00	68,84	70,66	73,94	77,12	78,25
Zala	65,77	68,24	71,84	74,56	76,83	78,96
Nyugat-Dunántúl	66,26	68,93	71,57	74,59	77,44	78,67
Baranya	65,46	68,20	70,99	72,94	75,63	78,12
Somogy	65,12	67,28	70,29	73,34	75,39	78,07
Tolna	64,85	67,96	71,88	74,23	76,57	78,85
Dél-Dunántúl	65,18	67,83	70,97	73,40	75,79	78,27
Dunántúl	65,49	68,43	71,26	73,93	76,48	78,45
Borsod-Abaúj-Zemplén	63,38	66,59	68,95	72,72	76,10	76,76
Heves	65,18	66,77	70,78	75,16	76,78	78,03
Nógrád	64,76	67,14	70,47	73,88	75,97	77,71
Észak-Magyarország	64,05	66,73	69,68	73,53	76,26	77,25
Hajdú-Bihar	65,72	68,04	71,83	73,63	76,63	79,23
Jász-Nagykun-Szolnok	65,60	67,43	70,55	73,24	76,25	77,62
Szabolcs-Szatmár-Bereg	63,34	65,78	70,05	73,25	75,74	78,26
Észak-Alföld	64,81	67,03	70,83	73,39	76,17	78,44
Bács-Kiskun	63,77	67,41	70,96	73,64	76,73	78,22
Békés	65,79	68,84	71,06	74,35	76,60	77,54
Csongrád	65,60	68,68	71,50	73,64	76,56	78,78
Dél-Alföld	64,92	68,21	71,13	73,84	76,64	78,20
Alföld és Észak	64,60	67,32	70,57	73,58	76,36	77,99
Ország összesen	65,13	68,15	71,45	73,71	76,46	78,38

Forrás:

KSH

STADAT

(http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wdsd008.html)

Az 1. táblázatból látszik, hogy az elmúlt 20 évben Magyarországon is nőtt a születéskor várható élettartam. Jelentős területi különbségek figyelhetők meg azonban. Az ország különböző részein (megyénként, ill. régióként) néha több éves eltérés is tapasztalható.

2.2.3. 65 éves korban várható élettartam

A „Health at a Glance Europe” kiadvány főbb megállapításairól a 2010-es évvel bezárólag készült egy magyar nyelvű összefoglaló, amely az interneten: http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2012_exs_hu.pdf címen található.

Az alábbiakban ebből az összefoglalóból idézünk néhány megállapítást, amelyeket más forrásokból nyert magyarországi adatokkal egészítünk ki.

„Európa országaiban a 65 éves korban várható élettartam is lényegesen megnőtt: ez az Európai Unióban 2008 és 2010 között a férfiak esetében átlagosan 16,5 év, a nők esetében 20,1 év.”

„Az Európai Unióban a születéskor várható, egészségben eltöltött életek, azaz az aktivitás korlátozása nélkül leélt évek száma 2008 és 2010 között nők esetében 62,2, férfiak esetében 61,0 év volt. A nemek közötti eltérés itt sokkal kisebb, mint a várható élettartam esetében, ami azt mutatja, hogy a nők életének nagyobb hányada telik aktivitásuk valamiféle korlátozása mellett”

Az EHLEIS (European Health & Life Expectancy, Information System) Országjelentések, No. 6 – 2013 márciusi számában megjelent: Egészségesen várható élettartam - Magyarország című tanulmány szerint:

„A magyarországi várható élettartam (LE) 65 éves kori értéke 1,5 évvel emelkedett a nők és 1,1 évvel a férfiak esetében a 2000-2010 közötti időszakban. A mutató értéke 1995-2001 között mindkét nemre vonatkozóan alacsonyabb volt az EU15 átlagánál és továbbra is az EU25 átlaga (21,3 év a nők és 17,8 a férfiak esetében) alatt maradt; 2010-ben 3,7 évvel a férfiaknál és 3,1 évvel a nőknél.”

„A várható élettartam (LE) 65 éves kori értéke 2010-ben Magyarországon 18,2 év volt a nők és 14,1 év a férfiak esetében. A SILC 2010 adatai alapján egy 65 éves nő 5,9 évet (további éveinek 32%-át) töltheti el korlátozottságmentesen, 7,6 évet (42%) mérsékelt, és 4,7 évet (26%) súlyos korlátozottságban. Egy ugyanilyen korú férfi még 5,4 évet fog élni egészségesen (korlátozottságmentesen) (még várható éveinek 38%-át) és további 5,7 évet (41%) mérsékelt, és 3,0 évet (21%) súlyos korlátozottságban. Noha összességében a férfiak a nőknél rövidebb ideig élnek, a jó vagy nagyon jó vélt egészségben eltöltött éveik száma majdnem azonos. A nők a férfiakhoz képest életük nagyobb hányadát töltik betegségben. Az eredmények értelmezésben nem árt kellő óvatossággal eljárni, mivel az intézeti népesség a számítás alapjául szolgáló felmérésből kimarad, valamint a mintanagyság miatt, melynek értéke tág határok között ingadozik.”

Az Egészségügyi pillanatkép Európában 2012 című kiadvány magyar nyelvű összefoglalójából idézünk még további néhány megállapítást:

„Változnak az egészségre ható kockázati tényezők

A legtöbb európai országban csökkent a dohányárak fogyasztása, ami a figyelemfelkeltő kampányoknak, a reklámtilalmaknak és a magasabb adóztatásnak tulajdonítható.”

„Sok európai országban az alkoholfogyasztás is csökkent.. A reklámozás visszaszorítása, az értékesítés korlátozása és az adóztatás mind hatékony módszerek bizonyultak.”

„Az Európai Unió országaiban a felnőtt lakosságnak már 52%-a túlsúlyos, ebből 17% elhízottnak tekinthető. A 27 tagú Unió tagországai közül a túlsúlyosak aránya országos szinten 18 országban 50% felett van.”

” Az elhízás gyakorisága – amely az egészségre nagyobb kockázatot jelent, mint a túlsúly – 8%-tól (Románia és Svájc) 25%-ig (Magyarország és az Egyesült Királyság) terjed.”

„Az egy főre jutó orvosok és nővérek száma majdnem minden országban magasabb, mint valaha, de a jelenlegi és a jövőben várható orvos- és nővérhiány aggodalomra ad okot.”

„Az ellátás minősége a legtöbb európai országban javult, habár minden ország javíthat a krónikus betegségekben szenvedők elkerülhető kórházi beutalásának terén”

„Sok európai országban lassult vagy csökkent az egészségügyi kiadások növekedése.”

2.2.4. Lakossági egészségfelmérések (ELEF)

Az eddigiekben vázolt indikátorok adatforrásai elsősorban az intézményi jelentések, a népszámlálási adatok, különböző nyilvántartások, adatbázisok. Hagyományosan és globálisan jól alkalmazhatók a tendenciák leírására és nemzetközi összehasonlításokra. Nem elégségesek azonban arra, hogy az egészségi állapottal összefüggő olyan társadalmi tényezőkről is képet kapjunk, mint pl. a lakosság egészségre fordított kiadásai, táplálkozási szokásai, életmódja, egészség-magatartásának jellemzői, az étellel való általános elégedettsége, szubjektív jól-léte. A szalutogenetikus koncepciónak megfelelően, amely az egészséget komplex és dinamikus modellel vizsgálja, szükség van arra is, hogy reprezentatív mintákon rendszeresen kutatást végezzünk, amelynek legalkalmasabb módszere a kérdőíves adatgyűjtés.

„Az Európai Unió 2008–2013-ra vonatkozó egészségügyi programjának egyik legfontosabb célkitűzése, hogy összehasonlítható adatokkal szolgáljon az európai polgárok egészségi állapotáról. Ezért nagy súlyt fektet az egészségügyi mutatók kidolgozására, valamint az adatgyűjtésekkel kapcsolatos tevékenységekre. Az Európai Parlament és Tanács 2008 decemberében hatályba lépett rendelete előírja a lakossági kikérdezésen alapuló egészségiállapot-felmérés végrehajtását a tagországokban. A tervek szerint az egységes módszertani előírások alapján lebonyolított felmérések évente megismétlődnek, így uniós szinten is összehasonlítható információkhoz juthatunk.”

Magyarországon 2009 őszén került sor az első, nemzetközileg standardizált európai lakossági egészségfelmérésre (ELEF), mely 449 településen, 7000 fő megkérdezésével zajlott. A vizsgálat a 15 éves és idősebb, magánháztartásokban élő lakosságra terjedt ki, így ebből az adatgyűjtésből az intézményekben – pl. öregek otthonában, szociális intézményekben, börtönben – élők kimaradtak. A mintába került személyeket a jelzett időszakban kérdezőbiztosok keresték fel, és egy kérdőívet töltöttek ki az egészségi

állapotokról, valamint az egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatos véleményükről. (Egészségfelmérés 2009. Statisztikai tükör,(2010) IV. évf. 50. szám)

A kutatás kitért az egészség önértékelésére, vizsgálta a mindennapi tevékenységekben való korlátozottságot, a lakosság véleményét arról, hogy mennyit tehetnek saját maguk az egészségükért. Az egészségügyi ellátások igénybevételét, az azzal való elégedettséget és még számos tényezőt. Az eredmények alapján nyert legfőbb megállapításai egybecsengenek a már ismertetett indikátorok alakulásával, azaz a lakosság egészségi állapota az elmúlt évtized második felében kismértékű javulást mutat, az egészségtudatosság, a prevenció, az egészségmegőrzés egyre több ember számára kezd fontossá válni.

2.3. A magyar gyermekpopuláció egészségi állapota

A gyermekpopuláció egészségi állapota lényegében ugyanazokkal az indikátorokkal jellemezhető, mint a felnőtteké. Kiemelendők azonban azok a statisztikai mutatók, amelyek a gyermekkor sajátosságaival szorosabban összefüggnek. Ilyen sajátosság pl. hogy sok szempontból, különösen csecsemőkorban és az első életévekben meghatározó jelentőségűek lehetnek a születéssel kapcsolatos tényezők (pl.: kora- vagy kis súllyal születés). Továbbá a gyermekkor jellemzője a rendkívül gyors ütemű testi és szellemi fejlődés.

Populációs szinten fontos egészségi állapot indikátorok tehát a csecsemőhalálozás, a koraszülések aránya, a magzati halálozási mutatók, valamint azok a statisztikai adatok, amelyek a testi és szellemi fejlődést, illetve az e téren való lemaradást jellemzik.

Továbbá a gyermekpopulációra vonatkozóan is szükségesek időnként reprezentatív mintákon kérdőíves vizsgálatokat végezni, hogy megismerjük, kora gyermekkorban elsősorban a szülők, később maguknak a gyermekeknek az egészségmagatartását, és az egészséget veszélyeztető rizikótényezők előfordulási gyakoriságait.

2.3.1. Csecsemőhalálozás

2. táblázat: A csecsemőhalálozás (=ezer élveszületésre jutó csecsemőhalott) aránya korcsoport szerint Magyarországon (1970-)

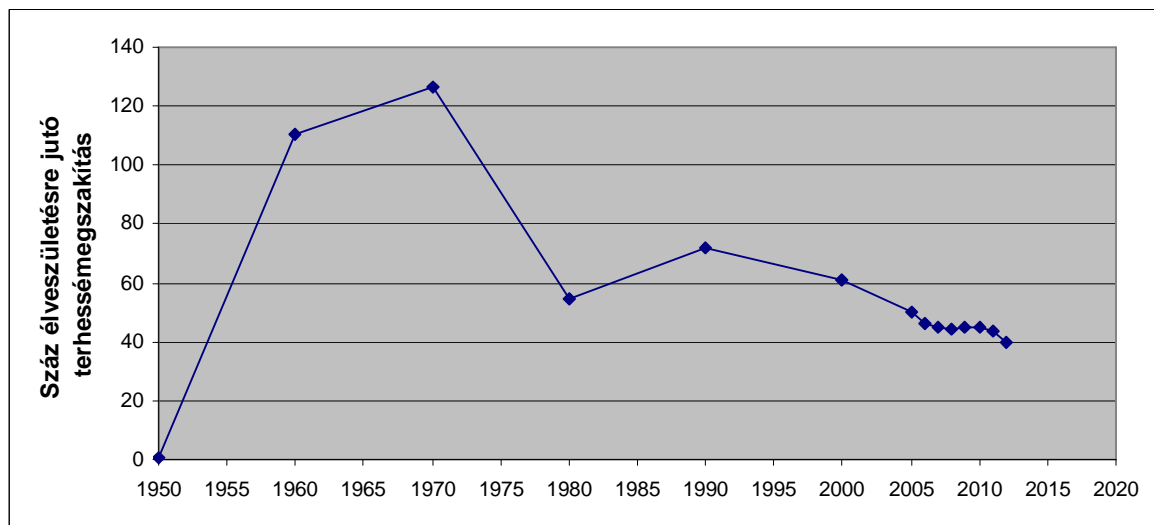
Év	1 napon aluli	1–6 napos	7–27 napos	28 napos és idősebb	Összesen
1970	13,6	10,9	4,0	7,5	35,9
1980	7,8	7,5	2,5	5,3	23,2
1990	4,3	4,5	2,1	4,0	14,8
2000	2,3	2,3	1,6	3,1	9,2
2001	1,8	2,2	1,4	2,8	8,1

2002	1,8	1,9	1,5	1,9	7,2
2003	1,7	1,9	1,2	2,5	7,3
2004	1,4	2,0	1,1	2,2	6,6
2005	1,2	1,5	1,4	2,2	6,2
2006	1,1	1,6	0,9	2,0	5,7
2007	1,4	1,5	1,1	2,0	5,9
2008	1,2	1,5	1,0	1,8	5,6
2009	1,0	1,3	1,1	1,7	5,1
2010	1,2	1,5	0,8	1,9	5,3
2011	1,0	1,1	0,9	1,8	4,9
2012	1,0	1,2	1,1	1,6	4,9

Forrás: Egészségügyi statisztikai évkönyv 2012

A csecsemőhalálozás alakulása folyamatos javulást mutat.

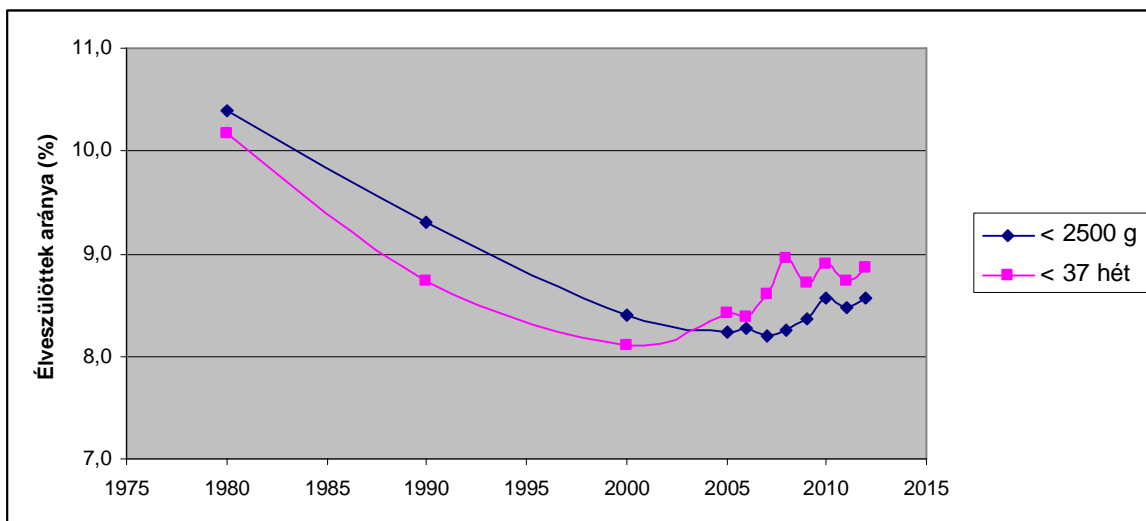
2.3.2. Terhességmegszakítások



3. ábra: Száz élveszületésre jutó terhességmegszakítások száma Magyarországon (1950-)

(Forrás: Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2012 adatbázisa)

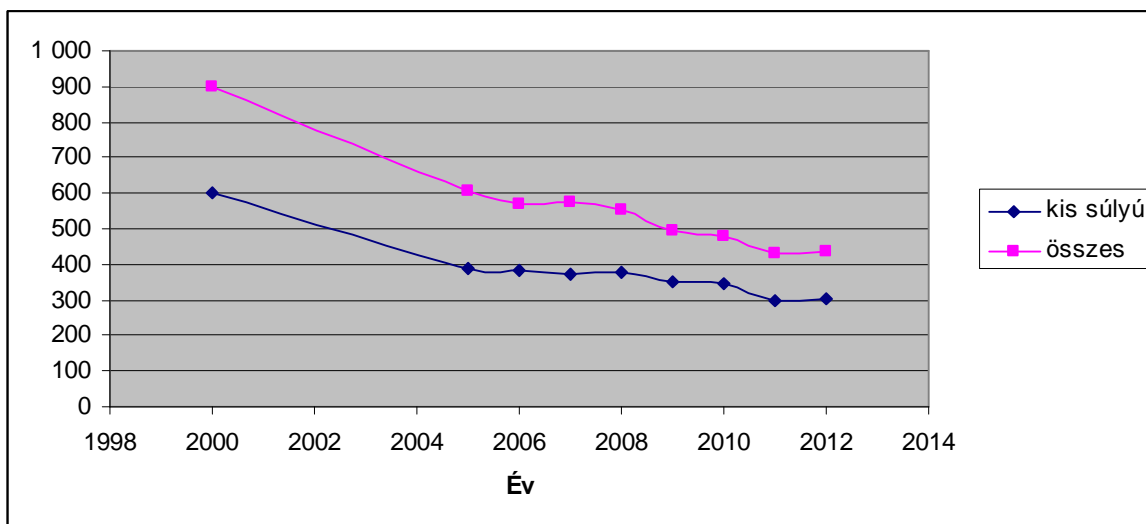
2.3.3. Kora-, illetve kis súllyal születés



4. ábra: Kis születési súllyal, illetve a 37. gestációs hét előtt született élveszülöttek aránya Magyarországon (1980-) (Forrás: Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2012 adatbázisa)

A koraszülöttek és a kis súllyal született csecsemők aránya igen kedvezőtlen képet mutat. 2000 óta kisebb ingadozásoktól eltekintve jelentős mértékben emelkedett a koraszülöttek és a kis súllyal születettek aránya. A 37. terhességi hét betöltése előtti megszületések aránya jelentősebben emelkedett, mint a 2500 grammnál alacsonyabb születési súlyú csecsemők aránya.

Az orvostudomány rohamos fejlődésének köszönhetően ma a kis súlyú csecsemők életben maradási esélyei jelentősen megnöttek. Annak ellenére ugyanis, hogy a kis súllyal született csecsemők száma emelkedett, az egy éven belül meghalt csecsemők száma tovább csökkent. Természetesen ebben nem kizárólag csak ez a tényező játszik szerepet



6. ábra Kis súllyal született csecsemők és egy éven belül meghalt csecsemők száma (2000- 2012) (Forrás: Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2012 adatbázisa)

2.3.4. Egészségmagatartás, rizikó és protektív tényezők (kérdőíves vizsgálatok)

E témában az információk forrása elsősorban reprezentatív mintákon végzett kutatási eredmények. A kutatások leggyakrabban alkalmazott módszerei a kérdőíves (és az ezt előkészítő, illetve ezek eredményeit értelmező) fókuszcsoportos vizsgálatok. Történnek rendszeresen megismételt keresztmetszeti vizsgálatok (kvázi követéses vizsgálatok), azaz amelyek standard kérdésblokkok alapján alkalmasak a változások követésére, s időnként nagyobb volumenű, átfogó témákban mélyrehatóbb kutatások.

A kora gyermekkorban (0-7 éves korban) az egészségmagatartást és a gyermekek fejlődését befolyásoló rizikó- és protektív tényezőket nyilván csak a felnőttek, elsősorban a szülők, a védőnők, illetve a gyermekkel foglalkozó felnőttek magatartására vonatkoztathatjuk, illetve vizsgálhatjuk kérdőíves módszerrel.

A Társadalmi Megújulás Operatív Program (TÁMOP) [„Kiemelt program a koragyermekkorai fejlesztésért”](#) című projekt keretében 2013 nyarán országos reprezentatív mintán felmérés készült a 0-7 éves gyermekek egészségi állapotáról, fejlődési üteméről a szülők és a védőnők megítélése alapján. E projekt egyik célkitűzése volt megismerni a szülők gyermeknevelési attitűdjeit, valamint az egészségügyi ellátás színvonalának és a szülők gyermeknevelési gyakorlatának hatásait a gyermekek fejlődésére. A kutatást nemzetközi vizsgálatokban alkalmazott standardizált kérdőívekkel végezték, így az eredmények nemzetközi összehasonlításokra is alkalmasak. (Az elkészült tanulmány eredményei hamarosan publikálásra kerülnek).

A iskoláskorú gyermekek egészségi állapotával, illetve egészségmagatartásával kapcsolatos információk legbővebb forrása a „Health Behaviour in School-Aged Children – HBSC” (Iskoláskorú gyerekek egészségmagatartása) című nemzetközi kutatás.

„A kutatás 1982-ben három ország (Ausztria, Finnország és Norvégia) kutatócsoportjainak kezdeményezésére indult el (Aaro és mtsai, 1986). Az első felmérés az 1983/84-es tanévben valósult meg öt ország (a fentiekhez csatlakozott Anglia és Dánia) részvételével. A WHO hamarosan adoptálta a kutatást, amely 1984-től az Európai Iroda egyik kiemelt programjaként működik. Az 1985/1986-os tanévtől a résztvevő országok négyévenként gyűjtenek adatokat keresztmetszeti felmérések keretében.

Az azóta eltelt időszakban egyre növekvő számú ország csatlakozott a programhoz; a nemzetközi multidiszciplináris kutatócsoport (szociológusok, pszichológusok, gyermekgyógyászok, epidemiológusok, humánbiológusok, közegészségügyi, stb. szakemberek közreműködésével) jelenleg 43 tagországot illetve régiót tömörít (bizonyos államok nem teljes egészében, hanem csak egy vagy néhány régióval képviseltetik magukat). Az európai országokon kívül jelenleg az Amerikai Egyesült Államok, Kanada és Izrael tagjai a nemzetközi hálózatnak.”

„Az alaperedményeket, azok interpretálását és az ezeken alapuló szakmai ajánlásokat minden ország kutatási jelentés formájában nemzeti nyelven teszi közzé az egyes felméréseket követően, hogy a kutatás monitorozó funkciója megvalósulhasson. Ezzel párhuzamosan a nemzetközi kutatási jelentésen is dolgozik a nemzetközi kutatócsoport. Ez

mindig a WHO gondozásában és kiadásában lát napvilágot, és minden felmérést követően az első nemzetközi publikáció. Minden további nemzetközi tanulmány, cikk, prezentáció csak ezt követően jelenhet meg az adott felmérés eredményeiről.”⁴

A 2010 évi nemzetközi HBSC kutatásról szóló magyar jelentés, amely Németh Ágnes és Költő András szerkesztésében jelent meg, ezen a linken

<http://www.csagy.hu/kutataspolicy/hazai/item/310-iskolaskoru-gyermekek-egeszsegmagatartasa> érhető el.

A kutatás teljes anyaga pedig: http://www.ogyei.hu/anyagok/HBSC_2010.pdf linken.

Az alábbiakban ezeknek a kutatási jelentéseknek az alapján mutatjuk be a serdülőkorú magyar gyermekek egészségmagatartásának jellemzőit, elsősorban az egészségüket veszélyeztető rizikótényezők előfordulási gyakorisága szempontjából.

A 2010-es HBSC projekt keretében Magyarországon „358 iskola 416 osztályának 8114 tanulója töltötte ki a kérdőívet. A végleges megvalósult mintanagyság 8096 fő volt”, 5., 7., 9. és 11. osztályos tanulók.

A következő kérdésköröket vizsgálták:

„Egységmagatartás

- táplálkozási szokások, testtömeg-kontrollálás
- fizikai aktivitás
- fizikailag passzív szabadidő-eltöltési tevékenységek
- rizikómagatartások (szerhasználat: dohányzás, alkohol- és illegális drogfogyasztás)
- szexuális magatartás
- sérülések, balesetek (egy nemzetközileg kötelező kérdés)

Szubbjektív jóllét

- egészség értékelése,
- krónikus betegségek
- élettel való elégedettség
- pszichoszomatikus panaszok (egy kérdés)
- gyógyszerhasználat
- depresszív tünetek

⁴ A fenti idézetek forrása: www.tankonyvtar.hu: Szöveggyűjtemény: 14. fejezet - 9. Az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (Health Behaviour in School-Aged Children - HBSC) nemzetközi kutatás módszertana. Nyírády Adrienn (szerk) Budapesti Corvinus Egyetem),

http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0010_2A_24_A_Drogyfogyasztas_nemzetkozi_indikatorai_szovegyujtemeny_Szerk_Nyiradi_Adrienn_/ch14.html. (Letöltés dátuma: 2014. február 15.)

- önértékelés
- testkép, tápláltsági állapot

Háttértényezők

- demográfia (nem, életkor, lakóhely, iskolatípus)
- család (szerkezet, kapcsolatok, szülői nevelési stílus)
- kortársak (barátok, a velük töltött idő, kapcsolattartás, szociális önértékelés)
- iskola (iskolához való viszony, terhelés, tanulmányi eredmény, tanárok megítélése, osztályközösség, kortársbántalmazás, verekedés)
- szociális egyenlőtlenségek (család szubjektív és objektív szocio-ökonómiai helyzete)
- biológiai fejlődés (pubertás)
- szenzoros élménykeresés”.

Milyen megállapításokat szűrtek le a vizsgálat alapján a magyar kutatók? Ezek közül csupán egy-kettőt emelünk ki. Javasoljuk azonban a teljes kutatási jelentés tanulmányozását, ahol a szerzők a hazai adatokat az európai országok adataival való összehasonlításban is értékelik.

Táplálkozás

Hétköznaponként a vizsgált fiatalok kevesebb, mint fele fogyaszt reggelit, vasárnapokon is csak legfeljebb kétharmaduk. A táplálék összetételéről csak hozzávetőleges adatok vannak, de a (WHO, 2008) ajánlása, a javasolt napi 400 g zöldség, gyümölcsfogyasztástól messze elmarad.

Fizikai aktivitás

A fizikai aktivitás tekintetében még lesújtóbb a kép. A fiatalok csupán 20 %-áról mondható el, hogy a nemzetközi ajánlásoknak megfelelő mértékben aktív fizikailag. S az életkorral egyre kevesebb az eleget mozgók aránya. „A fizikailag passzív szabadidős tevékenységekre jóval több időt áldoznak a fiatalok. A tévé- (videó, DVD) nézés legtöbbször napirendjében állandó: hétköznapokon a diákoknak közel 60%-a naponta legalább 2 órán át néz tévét, míg a hét végén ez tízből nyolc tanulóra jellemző. Ebben a korosztályban a napi tévénézés ajánlott maximuma 2 óra (AAP, 2001).” (Ajánlásokat részletesebben lásd: Lee, 2001)

Rizikómagatartás

Dohányzás

A káros magatartásformák, illetve a különféle pszichoaktív és egészséget károsító szerek fogyasztásával kapcsolatban azt vizsgálták a kutatók, hogy milyen életkorban fordult elő először, és milyen gyakorisággal.

„A különféle pszichoaktív és egészséget károsító szerek fogyasztásával való kísérletezés – így a dohánytermékeké is – jellemzően serdülőkorban kezdődik, ami természetesnek mondható, és részben az élménykereső magatartás fokozódásával magyarázható”.

„A magyar 11–18 évesek közel fele rágyújtott már, és bár eredményeink arra engednek következtetni, hogy a fiúk általában korábban kipróbálják a dohányzást, mint a lányok, utóbbiak középiskolás korukra „behozzák lemaradásukat” a kipróbálási arányokban.”

Alkoholfogyasztás

Ez esetben is a különféle alkoholos italok kipróbálásának idejére és fogyasztásuk gyakoriságára kérdeztek rá a kutatók. Már az 5. évfolyamon a megkérdezettek egyharmada kipróbálta az alkoholt, a 11. évfolyamosok közül csak 1 a 10-ből nem ivott (több kortyot kitevő mennyiségű) alkoholt.

A fiúk általában előbb próbálták ki az alkoholt, mint a lányok.

Illegális szerek és egyéb drogok fogyasztása

„Az illegális szerek és drogok visszaélészerű szerkipróbálás és -fogyasztása a magyar fiatalok körében jelentősen növekedett a 90-es és a 2000-es évek közepe között” Ez a tendencia más európai országokban is megfigyelhető. A 9. és 11. évfolyamos fiatalok a leggyakrabban a kannabiszt, a marihuánát és a hasist próbálták ki, e korosztály közel negyede már kipróbált valamilyen kábítószer. Szerencsére, a legtöbb fiatal csak a kipróbálásig jutott el, nem vált gyakori fogyasztóvá.”

Fontos megállapítása a jelentésnek, hogy:

„A rizikómagatartásokra és a pszichoaktív szerek fogyasztására általában jellemző, hogy a középiskolások körében a szakmunkás- és szakiskolai tanulók sokkal nagyobb veszélynek vannak kitéve, mint az érettségit adó iskolák diákjai.” Ez igazolja, hogy a magatartásalakítás szempontjából a biológiai, kémiai és ezzel együtt az egészségtani ismereteknek nagy jelentősége van, mert az érettségit is adó iskolákban ezekből több ismeretet szereznek a diákok.

Szexuális magatartás

A mai ingerdús környezetben és a biológiai érettség fiatalabb életkorokra tolódásával veszélyforrást jelent a gyerekekre a túl korán kezdett szexuális élet. Ezen a téren a 2006-os adatfelvételhez képest is kedvezőtlen helyzet, hogy –ha kis mértékben is- de növekedett az első szexuális kapcsolatot 13 évesen vagy még fiatalabb életkorban elkezdők száma.

S igen magasnak mondható a vizsgált életkorú fiatalok körében - akik a gyermekvállalásra nyilvánvalóan még nincsenek felkészülve-, azok aránya (közel 10 %), akik védekezés nélkül, gyakran alkoholfogyasztást követően létesítenek testi kapcsolatot.

A legújabb, közlés alatt lévő tanulmányunk szerint (melynek szerzői. Sipos Erika és Tóth Ákos) a 16-17 éves fiatalok úgy gondolják, hogy jól ismerik a nem kívánt terhesség elleni megfelelő védekezési módokat, a terhesség megszakítás következményeit, szemben a szülész nőgyógyász szakorvosok véleményével, akik tapasztalataik alapján jóval kevésbé pozitívan nyilatkoznak erről.

Mindezek a kutatási eredmények segítenek kijelölni az egészségtan azon területeit, amelyeken alaposabb ismereteket kell átadni a gyermekeknek az iskolákban, a szülőknek otthon és iskolán kívüli különböző fórumokon.

3. A XXI. századi fiatalság egészségét különösen veszélyeztető tényezők

A mai idős korosztály számára elképzelhetetlen volt, hogy gyermekeik, és még inkább unokáik egészségét milyen újabb rizikótényezők fogják fenyegetni. Megszabadulva a múlt század elején, ill. közepén még rettegett számos fertőző betegség fenyegetettségétől (gyermekbénulás, „torokgyík”, szamárköhögés, kanyaró, skarlát, mumpsz, TBC, amelyek védőoltásokkal nagyrészt kivédhetők), a modern világ csaknem hasonló súlyosságú, eddig legfeljebb keveseket érintő problémákat „termelt” ki. Gondoljunk csak a drogfüggőségre, a fiatalkorúak alkoholizmusára, a tömegesen előforduló depresszióra, öngyilkosságra, az elhízásra és következményeire, hogy csak néhányat említsünk. A motorizált világ, a technika csodáinak csaknem mindenki számára elérhetősége (TV, internet okos telefonok stb.) minden számos előnye mellett számtalan egészségre ártalmas, mindeddig ismeretlen veszélyforrást is hozott.

Nemcsak a tanulás, tanítás módszerei változnak rohamosan a számítógépes eszközök elterjedésével, de a tananyagok tartalma is változik. Az egészségtan súlypontjai is eltolódnak. Megőrizve az „örök” igazságokat (táplálkozás, mozgás, lelki szellemi élet gondozásának fontossága) sokkal nagyobb súlyt kell fektetni arra, hogyan lehet megóvni a fiatalokat a modern világ rizikótényezőitől, pl.: a függőségek kialakulásától, már szinte óvodáskortól kezdve. Hogyan lehetne visszatérni az „emberi” kommunikációra, megakadályozni az oly csábító virtuális világban élést. Hogyan lehetne elérni, hogy a fiatalok értékrendje visszazökkenjen abba a kerékvágásba, amely nem a népességfogyáshoz, önpusztító magatartásokhoz vezető életmódot, életstílust részesíti előnyben.

A következő fejezetekben a teljességre törekvés nélkül (mert az jelen könyv keretei között lehetetlen lenne), a kutatási eredmények alapján a mai fiatalság számára különösen veszélyeztető egy-egy rizikótényezőt, illetve annak egészségtani vonatkozásait emeljük ki. (A bemutatásuk sorrendje nem jelent valamiféle súlyossági sorrendet.)

3.1. Túl korán kezdett, felelőtlen szexuális magatartás

A HBSC legutóbbi felmérése szerint, a 2006-os adatfelvételhez képest is nőtt az első szexuális kapcsolatot 13 évesen vagy még fiatalabb életkorban elkezdők száma, ami nyilvánvalóan nem kívánatos jelenség. S még rosszabb, hogy az egyáltalán nem védekező fiatalok aránya is nőtt.

A szexuális kapcsolat megkezdése idejének korábbi életkorra tolódása számos tényező következménye. Pl.: A mai társadalom tele van szexuális ingerekkel és a nemiség nyílt, ún. explicit- verbális és vizuális tényanyaga minden más régebbi korszaknál könnyebben és teljesebb mértékben hozzáférhető az ifjúság számára (Szilágyi, 2000).

Az iskolákban általában nincsenek vagy csak kevesek számára adottak vonzó szabadidős programok. A napi, gyakran 8 óránál is többet dolgozó szülőktől nem várható el, hogy tartalmas programot kínáljanak az ebben az életkorban amúgy is a kortársakhoz, kortárs-csoportokhoz vonzódó gyermekek számára. Ha a gyermeknek túl sok szabadideje van, aminek tartalmas kitöltésére az iskola (a „szakemberek”, vagyis a pedagógusok, edzők stb.) vagy különböző ifjúsági szervezetek nem nyújtanak lehetőséget, nagy a veszélye annak, hogy a fiatalok szabadidejüket úgynevezett „pótcselekvéssel” töltik: TV nézéssel,

internetezéssel, vagy kósztolgatják a némelyek számára a felnőttiséget jelentő magatartást (dohányzás, alkoholfogyasztás, drogozás, szexuális kapcsolat). Természetesen mértékkel használva, és megfelelő módon kiválasztva a tartalmakat, a „modern” információforrások használatát nem tartjuk károsnak.

A fentiekben említett eszközök kontrollálatlan és túlzásba vitt használata helyett a kamaszkorú gyermekek érdeklődését azonban sokkal inkább a sportolásra, közösségi programokban való részvételre kellene irányítani. Ebben a szülőknek és a pedagógusoknak, az iskolának van komoly felelőssége.

Hogy a kellő ismeretekkel nem rendelkező fiatalok körében és túl korán elkezdett szexuális élet milyen veszélyeket rejt magában (pl. művi abortuszok, fertőzések stb), számos tanulmány igazolja.

Magyarországon 2011-ben – a legutóbbi rendelkezésre álló adatok szerint – a 14 év alattiak körében 170 művi terhességmegszakítást, a 15-19 évesek körében 4539 -et végeztek.⁵

A Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság szerint az egyik legfőbb probléma az, hogy a fiatalok még mindig tájékozatlanok, nincsenek tisztában a fogamzásgátlás lehetőségeivel. Bár a terhességmegszakítás igen gyakori, semmiképpen sem jelentéktelen orvosi beavatkozás. Testi és lelki következményei vannak, komoly szövődményei lehetnek. A művi abortusz következményeként fellépő elváltozások miatt a későbbiekben esetleg nem jön létre a már kívánt terhesség, vagy spontán abortuszok léphetnek fel. Minél fiatalabb korban történik a terhesség művi megszakítása, annál nagyobb kockázattal jár a későbbi gyermekvállalás szempontjából.

Magyarországon az Országos Egészségfejlesztési Intézet megbízásából Simich és munkatársai 2010-ben végeztek egy kutatást a szexuális magatartással kapcsolatban. Ennek során többek között arra voltak kíváncsiak, hogy a 16 évesek körében milyen motivációk az elsődlegesek a szexuális kapcsolat létesítésében. A felmérés adatai alapján ebben a korosztályban a fiúk 63 százaléka a lányok 57 százaléka létesített már szexuális kapcsolatot. A lányok esetében a leggyakoribb, szinte általánosnak mondható motiváció a „szerelem”, míg a fiúk azonban gyakran olyan okokat is említene, amelyek távol állnak a „szerelemtől” és kifejezett szellemi éretlenségről tanúskodnak. Ilyen említések az ital, a kábítószer, a pornó képek és filmek látványa, fogadások, egymással való rivalizálás. (Simich, 2010).

A legfrissebb adatokat (2012) a fiataloknak a fogamzásgátlással, illetve művi abortusszal kapcsolatos (saját megítélésük szerinti) tájékozottságáról a Baranya megyei 16-17 éves populációból vett - településre és iskolatípusra- reprezentatív minta alapján végzett kutatásunkból idézzük (Sipos, 2014):

A fiatalok 20 %-a nyilatkozott úgy, hogy jól ismeri a fogamzásgátlás módszereit, míg 12 %-uk, hogy egyáltalán nem ismeri.

⁵ <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/terhessegmegsz11.xls>

Ugyanakkor, szintén ebben a kutatásban megkérdezett 102 szülész-nőgyógyász szakorvos úgy nyilatkozott, hogy ebben a korosztályban a fiataloknak csupán kb. 3 %-a ismeri a fogamzásgátlás lehetőségeit, és kb. 17 %-a egyáltalán nincsenek tisztában ezekkel.

Ahhoz képest, hogy a 16-17 évesek kb. 60 %-a már létesített szexuális kapcsolatot, ez az eredmény meglepő. Az is elgondolkodtató, hogy – szintén az orvosok szerint- nem jellemző, hogy a lányok a szexuális élet megkezdése előtt felkeresnék a nőgyógyászt. Sőt csak kevesen tudnak arról, hogy vannak egyáltalán gyermek-nőgyógyász szakrendelések is.

Arra a kérdésre, hogy mi lehet az oka annak, hogy a 16-17 évesek körében jelentős az abortuszok száma, az orvosok leginkább a serdülők felelőtlen magatartását jelölték meg, ezt követően azt, hogy nem rendelkeznek elég ismerettel a nemi élet alapjairól, végül, hogy nem ismerik jól a fogamzásgátlás módszereit.

A kutatás tapasztalatai arra hívják fel a figyelmet, hogy fiatalok egészségügyi oktatásában, van mit tenni ezen a téren. Hogy mely módszerek lehetnek hatékonyak az abortuszok számának csökkentése érdekében, szintén témáját képezték kutatásunknak. A fiatalok és az orvosok szerint is a személyes beszélgetés, a tanácsadás a leghatékonyabb módszer. Az írott sajtó, a könyvek szerepe háttérbe szorult.

Mindez igazolja, hogy a pedagógusnak, a védőnőnek, az egészségügyi oktatójának is igen nagy felelőssége van a korai szexuális élet káros következményeinek a megelőzésében.

3.2. Függőségek kialakulása

3.2.1. Játékszenvedély, internet-függőség

Már az óvodáskorú gyermekeknél is tapasztalhatjuk, hogy ha okos telefont kap a kezébe, vagy leülhet a számítógép elé, megszűnik körülötte a világ, se lát se hall, szinte nem lehet elvenni tőle, előle a készüléket, szenvedélyesen játszik. A szülők örülnek, hogy milyen ügyes a gyerek. Valóban, rendkívül gyorsan elsajátítják a kisgyermek a számítógép kezelését, ami egy bizonyos mértékig nagyon hasznos, rengeteg fejlesztő játék is van, amely majd iskoláskorban is segíthet a tanulásban. A probléma akkor kezdődik, amikor ezek a tevékenységek túlsúlyba kerülnek, s a gyermekek egészséges fejlődéséhez sokszorosan fontosabb tevékenységektől veszik el az időt (mint pl. a szabad levegőn való mozgástól, játéktól, a családdal, testvérekkel, kortársaikkal való együttlétektől).

Nagyobb gyermekek között már egyre gyakrabban fordul elő, hogy valóságos számítógép, illetve internet-függők lesznek. Ez a függőség hasonlítható a játékgép szenvedélyhez, vagy akár a drogfüggőséghez is. Idegenekkel csetelnek, ismeretségeket kötnek, randikat beszélnek meg. Az anonimitás mögé rejtőzve, esetleg hamis adatokkal barátságokat kötnek, internetes „szerelmek” alakulhatnak, nemegyszer súlyos csalódásokat okozva egymásnak. Esetleg személyes adataikat kiadják, és így akár bűnözők áldozataivá is válhatnak. Az internetfüggő fiatal számára megszűnik a külvilág és annak a realitás szintjén való visszajelzése. Az internetről érkező információk a függő számára, esetleg hasonló internetfüggő társak negatív visszajelzései, extrém módon felerősödhetnek. Ezek súlyos büntudatot tudnak ébreszteni bennük. Leírtak ilyen okokból elkövetett öngyilkosságokat, illetve társakkal megbeszélve, egymást bíztatták erre.

Honnan lehet felismerni, hogy már az egészséget is veszélyeztető számítógép, ill. internet-függőség alakult ki? Shapira⁶ és munkatársai kidolgoztak erre egy kritériumrendszert:

Gyermekeknél is érvényes, hogy az alábbi „tünetek”-re fel kell figyelni, és mielőbb más tevékenységek felé kell irányítani a gyermeket, fiatal, ha:

- teljesen belefeledkezik a számítógép/internet használatába, és képtelen abbahagyni
- mértéktelenül sok időt tölt ezzel, többet, mint amennyit tervezett
- ha nem számítógépezhet, ingerlékennyé, depresszióssá válik
- elhanyagolja a tanulást, problémái lesznek emiatt
- társas viszonyai jelentősen sérülnek
- a fenti pszichés tünetek mellett egyéb problémái is lehetnek, pl.:
- étkezési rendellenességek, étkezések kihagyása
- kéz, ujjak zsibbadása, szemszárazság, hát- és derékfájás
- a személyes higiénia elhanyagolása
- alvászavarok vagy az alvásminták megváltozása.

3.2.2. Dohányzás

A legutóbbi (2010-es) HBSC vizsgálatok szerint a dohánytermékek kipróbálásának ideje, mint általában az egészségre káros magatartásformák kialakulásához vezető út kezdete, a serdülőkorra esik. A magyar fiúk kicsit korábban, már felső tagozatos általános iskolás korukban kipróbálták a dohányzást, a lányok kissé később. Eleinte csupán élménykeresés, vagy a többiek előtti „felnöttségük” bizonyítására, de mint a későbbi életkorok statisztikai mutatják, a „próbálgatások” gyakran vezetnek a dohányzásra való rászakához, majd függőség kialakulásához. S e tekintetben a nők is lassan utolérnek a férfiakat, a nők körében is tovább nőtt a dohányosok aránya. Közintézmények előtt sétálgatva, gyakran látunk az utcán –egyedül is– cigarettázó fiatal nőket és férfiakat, tekintve, hogy a munkahelyen belül, szerencsére, általában már tilos a dohányzás. Hogy már szenvedélyükké vált a dohányzás, bizonyítja, hogy nem képesek hosszú ideig meglenni a cigaretta nélkül.

A dohányzás egészségkárosító hatását nem részletezzük. Közismert, és tudományos kutatások igazolják, hogy a korai és magas halálozási arányszámok mögött, milyen nagy számban fedezhető fel a dohányzás, mint közvetlen vagy közvetett kiváltó ok.

Számos dohányzás elleni intervenciós programot indítottak, amelyek több-kevesebb sikert értek el. Hogy átütő sikerrel egyik sem büszkélkedhet, annak az lehet az oka, hogy, mint minden egészségkárosító magatartásforma, vagy szenvedélybetegség kialakulása mögött nagyon összetett társadalmi, környezeti, és részben genetikai tényezők is állnak. A komplex etiológiájú betegségek, rendszerint komplex és hosszantartó kezelésekkel „gyógyíthatók”. A dohányzás esetében is igaz, hogy a tiltás, vagy a negatív hatások hangsúlyozása nem elegendő. Különösen nem válik be ez a módszer a gyermekek vagy a fiatalok esetében. Minél inkább tiltanak valamit, ebben az életkorban gyakran, annál nagyobb a csábítás a tiltás megszegésére. A gyermekek egészségükkel szembeni felelősségérzetét pedig meglehetősen nehéz kialakítani.

⁶<http://psychcentral.com/blog/archives/2005/08/21/shapira-et-als-proposed-internet-addiction-diagnostic-criteria/>

A dohányzás esetében is a legfontosabbnak azt tartjuk, hogy a szabadidő eltöltésére tartalmaz és vonzó programokat nyújtunk a gyermekek és fiatalok számára.

3.2.3. Alkoholfogyasztás

Az alkohollal összefüggő halálozás is kimagasló hazánkban. Az Európai Unió országaihoz viszonyítva ugyan a magyarországi alkoholfogyasztás mennyiségileg nem lényegesen több, viszont, feltehetően a gyenge minőségű italok miatt, a májbetegek száma lényegesen magasabb.

A HBSC felmérése szerint az ötödik évfolyamos lányok egyharmada, és a fiúk 44 százaléka fogyasztott már alkoholt, ez az arány 7. évfolyamon 61, ill. 69 százalék, 9. évfolyamon 84 és 86%, míg a 11. évfolyamon mindkét nemnél kb. 91%. A felmérések szerint legalább kétszer volt már részeg az 5. osztályos lányok 2,3%-a, és a fiúk 4,1%-a, ez a későbbiekben 7. osztályban 7,4 és 15,7%-ra, 9. osztályban pedig 36 és 51%-ra emelkedik. A 11. évfolyamon tanuló lányok több mint fele, a fiúk közel háromnegyede volt már legalább kétszer részeg.

A fiúk napi és heti fogyasztását tekintve a sör szerepelt az első helyen, ezt követték a bor, boros kóla és pezsgő, majd harmadik helyen a rövid italok. Lányoknál első helyen a boros kóla, bor, pezsgő, ezt követően a rövid italok, majd harmadik helyen a sör.

Ha az interneten rákeresünk arra, hogy „Miért isznak a fiatalok”, sajnos a valós helyzetet bemutató, megdöbbentő video-riportokkal, újságcikkekkel találkozhatunk.

Ugyanakkor a médiában nap, mint nap találkozhatunk olyan műsorokkal, amelyek az alkoholos italok, bor, pálinka sikertörténeteiről számolnak be. „A magyar tradíciók az italozást nem tekintik elítélendőnek. Alkoholos italokat viszünk ajándékba, alkoholt nyitunk, ha bármiféle ünnepünk van.” (Simon, 2001)

Felnőtt korban az alkoholtartalmú italok fogyasztása, ha ritkán és mértékkel történik, természetesen nem káros, legalábbis az egészséges (főleg nem alkoholbeteg) emberek számára. (Az alkoholfüggőség a betegségek nemzetközi Osztályozásában és más orvosi szakkönyvekben is betegségként szerepel. E betegség nyilvánvalóan elkerülhető lenne alkoholfogyasztás nélkül.)

A fiatal szervezet számára azonban még a kismértékű alkoholfogyasztás is kerülendő. Nemcsak élettani hatásai miatt, hanem, mert a (közvetlen kellemes, hangulati, idegrendszeri hatásai miatt) egyre gyakoribbá válhat, s a rászokás veszélyeit rejti magába. Amelyik kultúrában jelen van az alkoholfogyasztás szokása, ott az ezzel, sőt a más drogokkal való visszaélés gyakorisága is magasabb. Ennek a ténynek a felismerése a történelem során számos társadalmat indított arra, hogy korlátozza vagy akár be is tiltsa az alkoholtartalmú italok forgalmazását és/vagy fogyasztását. A tiltás azonban egyetlen társadalomban sem vezetett tartós eredményre.

Az alkohol hatásairól Dr. Szikszay Petronella – dr. Tóth Miklós: „Deviáns alkoholológia” című könyvéből idézünk részleteket:

„Az alkohol egy kis molekulájú, enyhe szerves oldószer, mely pontosan e tulajdonságai miatt az emberi szervezet minden hártáján hamar áthatol, és a vér közvetítésével minden

sejtben megjelenik. Ezért minden szervünkre hatással van különböző módokban és mértékben. Azt nem lehet előre megjósolni, hogy kinél milyen szervet fogja hamarabb megbetegíteni a rendszeres alkoholfogyasztás, ebben nagy egyéni különbségek vannak.”

„Mint minden mérgező anyagnak, az alkoholnak is vannak mérgezéses tünetei.”

„Részegséghez eleinte az alkohol hatásának a nem ismerete, később a kontrollvesztés jelensége (ha elkezd inni, nem tudja abbahagyni), vagy a különböző fogadástól elfogyasztott hirtelen nagy mennyiségű alkohol vezet.”

Az akut alkoholmérgezés tünetei „...egymás után jelentkeznek, a folyamat előrehaladó, és gyakran valóban halál a vége, ha a beteg nem kerül idejében orvoshoz.” Sajnos ilyen esetekkel fiatalok körében is lehet találkozni.

„A folyamat 4 stádiumban zajlik, adott egyénnél a klinikai kép a véralkoholszint függvénye. Ezt az alkatot, az alapszemélyiséget, az aktuális testi-lelki állapotot és a külvilág hatásai befolyásolják. A nem alkoholbeteg (egészséges) embernél a fokozatok a következők:

I. stádium: izgalmi fázis

Ez 0,5-1,5 ezrelékes véralkohol szint között jelentkezik (1-2 üveg sör) és enyhe befolyásoltságnak is nevezhető. Jellegzetesek az izgalmi tünetek. A beteg „feldobott”, hangulata emelkedett, euforikus. Minden gondot, problémát kicsinek, könnyen megoldhatónak, vagy elhanyagolhatónak lát. A bőr kipirul, a szemek csillognak, fokozott a verejtékezés és a melegézés.” ... „Csökken viszont a figyelem, a memória, az ítélőképesség és az önkontroll, ezért a fokozott cselekvéskésztetés gyakran megdöbbenéssel, veszélyes vagy büntetendő cselekményekbe sodorja az embert.”

II. stádium: aluszékonyság, gátlódási (depresszív) stádium

Ez 1,5-2,5 ezrelékes véralkoholszint között jelentkezik (kb. 3-4 üveg sör), közepes fokú részegségnek is nevezhető. „...” A beszéd lelassul, fáradt, beteg ember benyomását kelti. Hangulata nyomottá válik, közérzete romlik, sírás, önvádolás, önsajnálás, önbecsmérlés jelentkezhet. A felfogás gyengül, a beszéd elhalkul, akadozó, dadogó lesz, értelmetlenné válhat. A mozgás, a járás bizonytalan, rendezetlen, tántorgó.” ... „Néha váratlan, agresszív kitörések jelentkezhetnek...”

III. fázis: narkotikus vagy mély alvás stádiuma

A véralkoholszint 2,5-3,5 ezrelék között van, és súlyos alkoholmérgezésnek is lehet nevezni. A beteg itt mélyen alszik, nehezen költethető, és azonnal visszaalszik. Csak igen erőteljes ingerekre reagál, gyakorlatilag eszméletlen, kómás. A bőr sápadt, a pulzus szapora, a légzés felületlen, elégtelen, ezért a bőr néha kékes-lilás színű. A hőszabályozás rossz, ezért a beteg könnyen kihűl vagy „megfagy”. Az izomzat elernyed („hullarészeg”), gyakran a záróizmok is, így a vizelet, széklet szabad utat nyer. A beteg ebben az állapotban már nem tud többet inni, de az előzőleg elfogyasztott nagy mennyiségű alkohol tovább szívódik fel a belekből és következik az utolsó, a

IV. fázis: légzésbénulási stádium

Általában 3,5 ezrelékes véralkoholszint fölött következik be, és igen súlyos alkoholmérgeezést jelent. A beteg kómában van, nem reagál külső ingerekre.

Keringési elégtelenség, majd sokk, hőszabályozási bénulás, végül légzésbénulás jellemzi ezt az állapotot. A légzést automatikusan működtető kisagy központ beszűnteti működését és a beteg „elfelejt lélegezni”. A beteg ebben az állapotban hányhat is, a hányadék a légutakba kerülhet, és így fulladásos halál is bekövetkezhet.”...”A két utolsó fázist, ha a betegnek szerencséje van, kórházban kezelik detoxikáció formájában, vagy a IV. stádiumban intenzív osztályon – néha gépi lélegeztetéssel.”

„A leírt részegségi fázisok egészséges emberre vonatkoznak és személyiségfüggők is. A rendszeres alkoholfogyasztást követően kialakult fokozott alkoholtűrő-képesség (tolerancianövekedés) miatt ezek a hatások nagy fokban megváltoznak. Enyhe ittasságúnak látszhat 6-8 üveg sör elfogyasztása után is ilyen esetben az ember..”

Nem kell hangsúlyozni, hogy a gyermek, illetve fiatalkorúak milyen veszélynek vannak kitéve egyrészt az ismeretek hiánya miatt, másrészt, mert a részegség gyakori témája a kabaréknak, kedves, vicces ábrázolásmódjuk miatt szimpatikus jelenségnek tűnhet, s ez elbagatellizálja az alkoholfogyasztás súlyos következményeit.

3.2.4. Kábítószer

Ahogy más európai országokban, Magyarországon is nőtt a fiatalok körében a kábítószer (drog) kipróbálás és használat gyakorisága. A 2010-es HBSC kutatás a 9 és 11. osztályosok körében vizsgálta ezt a kérdést. A vizsgált fiatalok közel egyharmada fogyasztott már életében valamilyen illegális szert, illetve visszaélészerűen gyógyszert vagy inhalánsokat. A kannabisz-fogyasztók aránya a legnagyobb az összes droghasználó fiatal között. A gyógyszer, valamint az alkohol gyógyszerrel történő együttes alkalmazása a második leggyakoribb szer. Az összes többi szerhasználat együttes előfordulása megközelítőleg 15 %.

„A rizikómagatartásokra és a pszichoaktív szerek fogyasztására általában jellemző, hogy a középiskolások körében a szakmunkás- és szakiskolai tanulók sokkal nagyobb veszélynek vannak kitéve, mint az érettségit adó iskolák diákjai.” A HBSC vizsgálatoknak ez a kutatási eredményei azt erősíti meg, hogy a biológiai, kémiai és ezzel együtt az egészségtani ismereteknek a magatartásalakítás szempontjából van jelentősége, mert az érettségit is adó iskolákban ezekből lényeges több ismeretet szereznek a diákok.

A kábítószerhez való hozzáférés lehetősége, minden ezt megelőzni próbáló intézkedés ellenére, már a kiskorúak körében is adott. Jó esetben a kipróbáló drogfogyasztó a kíváncsiságon túl, gyakran egy „beavatási ceremónia” részese kíván lenni, mintsem a kábulatot keresi. S szerencséje az ezt követő rosszullet miatt általában nem válik rendszeres drogfogyasztóvá. A kortárs csoportok negatív hatásának a veszélye (ismételt próbálgatás) azonban nagy azoknál a fiataloknál, akiknek nincs kellő tartalommal kitöltve a szabadideje, akiknek nincs meg a biztonságos családi háttere, illetve iskolai vagy egyéb problémáik vannak. Ilyen esetekben a drog által keltett állapot ideig-óráig megszabadítja a kellemetlen érzésektől, „feldobja” őket, esetleg rendkívüli (pl. művészi) teljesítményeket képesek produkálni. A rendszeres „próbálgatások” viszont könnyen vezetnek a rendszeres szerhasználatához, majd valódi kábítószerfüggéshez. Ezt mutatja, hogy akik még tudatában

is vannak a rászokás veszélyének, sem képesek, gyakran már néhány „kipróbálás után” sem, abbahagyni a drogfogyasztást. Azt állítják magukról, hogy ők bármikor abbahagyják a drogozást, teljesen szabadon döntenek arról, hogy használják-e a szert vagy sem. Az enyhébb szerekkel (máktea, kannabisz, marihuánás cigaretta, stb.) kezdik, eleinte csak időnként fogyasztják („hétvégi” drogfogyasztóknak is nevezik őket), majd egyre sűrűbben. S egyre kevésbé éri el ugyanaz a mennyiség ugyanazt a hatást, ezért egyre „keményebb” szerekhez és nagyobb adagokhoz nyúlnak.

A kábítószer függőség kialakulásában általában az alábbi öt rizikófaktor játszik döntő mértékben szerepet, amelynek jelei (illetve következményei) az alábbiak (Takách, 1998):

- „Kapcsolati zavar – éjszakai kimaradások, titkolózások, hazudozások, kölcsönös bizalomvesztés és veszekedések, negatív szülői példa,
- Elidegenedés – családtól, iskolától, hasonló korúaktól, mind kifejezettebbé válik az „anyagba zártság”.
- Kudarccézés – az egyénnek nincs jövőképe, nem lát előrevezető utat, céltalanná, talajvesztetté válik.
- Azonosulási képtelenség – a családi értékekkel, a társadalom, a közösség vagy a vallás elvárásaival. Spirituálisan „kiszáradt”, „kiégett” állapot, „belső üresség érzet” alakul ki.
- Társstalanság – az érzelmi kötődés, a bensőséges kapcsolat hiánya meghatározó személyekhez. Teljesen szenvtelené, érzéketlenné válik a hozzátartozói sorsa, öröme vagy bánata iránt.”

A kábítószer függőség kialakulása, mint az alkoholbetegségé is rendkívül összetett hatások következménye. Genetikai tényezők is szerepet játszhatnak benne, de döntő a külső, környezeti tényezők hatása.

A fiatalokkal foglalkozó pedagógusnak, oktatónak, edzőnek stb. és elsősorban a szülőnek fontos tudnia, hogy milyen jelekből veheti észre, hogy a fiatal (vagy bárki) kábítószerrel él.

Vannak nehezebben észrevehető és közvetlenül észlelhető jelek.

Általában, ha megváltozik a fiatal viselkedése, magatartása. Pl.: az addig jól tanuló, kiegyensúlyozottnak látszó fiatal túlérzékeny lesz, gyakran ideges, ingerlékeny, fáradt, levert, feledékeny. Gyakran tör rá indokolatlan kimerültség. Közönyös lesz, vagy éppen ok nélküli örömkítőrési vannak. Hazudozni kezd, megnő a zsebpénz igénye, majd pénz, értékek tűnnek el a lakásból.

Testi tünetek is fellépnek, pl.: beesett, hamuszürke arc, vérbő kötőhártyák, megnövekedett folyadékigény, szájszárazság, orrfolyás, étvágytalanság, fogyás, szűkebb (morfin) vagy éppen tágabb (hallucinogének) pupillák, tüsszúrások nyomai.

Gyanús használati tárgyak találhatók a szobájában, táskájában, zsebeiben (injekciós felszerelés, színes tabletták, kanalak stb.) Nagyon fontos felvilágosítani, elsősorban a fiatal lányokat a diszkóban, bulikban, szórakozóhelyeken való viselkedés szabályairól. Mivel az utóbbi időben egyre többfajta, íztelen, folyékony halmazállapotú kábítószer is megjelent a piacon, amelyből már néhány csepp elfogyasztása is órákon át tartó feledékenységet,

nagyfokú befolyásolhatóságot eredményez, külsőleg feltűnő jelek nélkül. A szórakozóhelyeken nagy számban fordulnak elő olyan férfiak, akik, amíg a lány magára hagyja, esetleg megkezdett üdítő poharát, ebbe belecsempészik a drogot, majd a pár perc múlva teljesen droghatás alá került, befolyásolható fiatal nővel azt tesznek, amit akarnak. Másnap az áldozat semmire sem emlékszik, nem tudja hol járt, mi történt vele, hány férfi használta ki bódult állapotát.

Az iskolai drogmegelőzés lehetőségeiről és az ezzel kapcsolatos kutatásokról, programokról részletes ismertetést ad a „Drogmegelőzés az iskolában” című könyv (Sipos, 1995), melynek tanulmányozása mindenkinek ajánlott. Az újabb kutatási eredményekről pedig Sándor János: „Az illegális drogfogyasztás, mint korunk új kockázati tényezője” című 7.4. fejezet (Barabás, 2006).

3.3. Táplálkozással kapcsolatos rizikók

Az egészségtan, egészségfejlesztés témájú könyvek legterjedelmesebb részét a táplálkozással kapcsolatos kérdéskörök ölelik fel. Nem véletlenül, hiszen „A táplálékkal bejuttatott tápanyagok alapvetően befolyásolják az egészséget: a helyes táplálkozás biztosítja az optimális testi és szellemi fejlődést, hozzájárul az egészség megőrzéséhez, egyúttal örömforrás is.” (Barabás, 2006)

A táplálkozástudománynak Magyarországon nagy hagyományai vannak. Számos könyv tankönyv jelent meg az utóbbi évtizedekben is (pl.: Mózsik, 2000), amelyben a tápanyagok összetételéről, a táplálkozással kapcsolatos élettani folyamatokról és az ezekkel összefüggő betegségekről is, korszerű tudományos ismeretek szerezhetők.

Sajnos, a médiában megjelennek a táplálkozással, élelmiszerekkel kapcsolatos „áltudományos” publikációk és reklámok is időnként, amelyek gyakran csupán üzleti érdekeket szolgálnak.

Mivel az énképükkel gyakran elégedetlen fiatalok (de idősebbek is néha) fogékonyak ezekre az információkra, ezek akár károsak is lehetnek, különösen a fejlődő szervezet számára. Fontos, hogy a pedagógusok tájékozottak legyenek a legújabb, tudományosan igazolt kutatási eredményekről.

Az „iskolai egészségtan” oktatásának hatékonyságát jelentősen növelheti, ha a tudományosan kellően megalapozott, korszerű ismereteket érdekes, élvezetes formában „tálaljuk”. Ehhez ajánlható minden korosztály számára az Athenaeum Kiadó gondozásában, 2009-ben megjelent: „Útikönyv a táplálékok világához. Idézzük fel ennivalóinkat!” című könyv, melynek szerzői dr. Százados Imre élelmiszerhigiénikus, mikrobiológus, címzetes egyetemi docens, és (fia) dr. Százados Miklós orvos, több népszerűsítő tudományos mű írója is. (Százados, 2009)

A szerzők olvasmányos és szórakoztató stílusban, találó metaforákkal kalauzolnak el bennünket a táplálékok és összetevőik világába. De nem csak az élelmiszerekkel, ételekkel, azok elkészítésével foglalkoznak, hanem bemutatják azok biológiai sajátosságait, élettani hatásait. E könyv szinte minden ismeretet átad, amit az egészségtan tantárgy keretében tudnunk kell, s aki megfogadja az ajánlott mértéktartó és egészséges táplálkozás szabályait,

nem kell lemondania egyetlen gasztronómiai élvezetről sem azért, hogy testsúlya optimális legyen.

Táplálékaink összetevőit, illetve élelmiszereinket egy-egy játékos című fejezetben ismerteti, hozzáfűzve a történelmi hagyományokat is. Példaképpen: „Vízország”-ban megismerkedhetünk a legfontosabb folyadékok egyikével. A „Sószikla”, majd a „Fűszerrét”, aztán Húshegység”, majd „Biohúshegy” mint a húshegység legmagasabb orma, következnek. A „Halóceán” című fejezet nyilván halféleségekkel és elkészítésükkel foglalkozik, és így tovább. Az utolsó fejezet címe: „Flavonoidmező”, amelyből ízelítőül idézünk egy részletet:

„A FLAVONOIDOK FELFEDEZÉSE

A flavonoidokat 1936-ban a Nobel-díjas Szent-Györgyi Albert fedezte fel. Kimutatta, hogy a citrusféléből (citrom, narancs) származó, flavonoidok csoportjába tartozó vegyületek csökkentik a hajszálerek átteresztőképességét. Erre a jelenségre utalva ezeket a vegyületeket P-vitaminnak (P: permeabilitás) nevezte el. Később a flavonoidok vitamin elmélete megdőlt, ezért ezt az elnevezést ma már nem használják.

A flavonoidokban egy gyűrűs szerkezetű, bonyolult felépítésű molekula képezi a közös alapvázat. Jelenleg mintegy négyezer ilyen vegyületet ismernek.”

„ISMERKEDÉS A FLAVONOIDFORRÁSOKKAL” című alfejezetből:

„A keresztesvirágúak rendjében található a káposzta, kelkáposzta, kalarábe, bimboskel, retek, torma, mustár. A liliomfélék családjába tartozik a vöröshagyma, fokhagyma, a poré- és a metélőhagyma. A burgonyafélék rendjének tagja a paradicsom, paprika, padlizsán. A csonthéjasok rendjében található az alma, körte, birs és a naspolya. Ugyanezen rend másik csoportjában foglal helyet a földieper, szamóca, málna, illetve a cseresznye, meggy, a kajszi- és őszibarack, a mandula, kökény, szilva, ringlő. Az ernyősvirágzatúak rendjében található a zeller, petrezselyem, a paszternák, a sárgarépa és a cékla. A tökfélék rendjébe a tökön kívül a cukkinit, uborkát, a sárga- és görögdinnyét és a mángoldot sorolták.”

És folytatódik a sor, hasonlóan a növények rokoni kapcsolatait is kifejező növényrendszertani adatokkal.

A fejezet utolsó alfejezete: „A FLAVONOIDOK HATÁSAI EGÉSZSÉGÜNKRE” címűből egy rész:

„A flavonoidok hatásának megértéséhez ismerni kell a szabadgyökök és az antioxidánsok fogalmát. A szabadgyökök olyan vegyületek, amelyek egy kötetlen elektronnal rendelkeznek, ezért a szervezetben könnyen reakcióba lépnek más vegyületekkel, és károsítják a sejthártyát és a sejt más részeit. A sejtmagban levő örökítő anyagban (DNS) mutációkat okozhatnak, és ezáltal hozzájárulnak olyan betegségek kialakulásához, mint például az érlemeszesedés, a rák, a szürkehályog, az ízületi gyulladások, továbbá a korai öregedés.

A szervezet a szabadgyökökkel szemben antioxidánsokkal védekezik. Az antioxidánsok olyan anyagok, amelyek az előbb említett elektront felvéve korlátozzák a szabadgyökök károsító hatásait.

A leghatásosabb antioxidánsok a C-, A-, és E-vitaminok, a s-karotin és a flavonoidok. A szabad gyökök elleni küzdelemben a nyomelemek közül kiemelkedő a cink, a réz, a mangán, és az antioxidáns enzimek működését elősegítő szelén.

A flavonoidok napjainkban az érdeklődés előterébe kerültek, mint az étrend olyan összetevői, amelyek jelentős szerepet játszanak a betegségek megelőzésében és egészségünk megőrzésében. A fokozott vitaminfogyasztás csak megfelelő flavonoid bevitellel együtt hatásos.”

Jelen egészségtan könyvünkben (remélve, hogy az olvasó a fentiekben ajánlott szakirodalmat tanulmányozza) csupán a táplálkozással kapcsolatos, napjainkban egyre nagyobb méreteket öltő, s különösen a fiatalok körében előforduló, súlyos problémákra (betegségekre) hívjuk fel a figyelmet.

3.3.1. Anorexia nervosa

Az alábbiakban részleteket idézünk Dr. Dinya Zoltán pszichiáter írásából, amely a [http://www.webbeteg.hu/cikkek/psziches/336/az-anorexia-\(anorexia-nervosa\)](http://www.webbeteg.hu/cikkek/psziches/336/az-anorexia-(anorexia-nervosa)) –en érhető el az interneten.

„Az anorexia nervosa elnevezés valójában megtévesztő, mert szó szerint idegi eredetű étvágytalanságot jelent, noha a betegek - noha kórosan soványak - valójában nem veszítik el az étvágyukat. Mi hát az anorexia?”.....” Az anorexia nervosa szórványos leírásai - művészekről, böjtölő szerzetesekről - már évszázadokkal korábban előfordulnak. Gull már 1873-ban leírta az anorexia hysterica kórképet, mely mára anorexia nervosa néven ismert.”

A tudomány mai állása szerint a kórkép hátterében elsősorban pszichológiai tényezők játszanak szerepet.

„Az anorexiás panaszok a serdülőkorral jelenhetnek meg, leggyakrabban 13-18 éves korban kezdődik, nőknél előfordulása tízszer gyakoribb. A vezető tünet egyfajta 'súlyfóbia', félelem az elhízástól. Ebben korunk szépségideálja, a média és a divat szerepe vitathatatlan. Döntően napjainkban is csontsovány modelleket látni a kifutókon, továbbra is a sovány alkat az irigyelt forma, követendő minta elsősorban a fiatal nők, lányok számára. Az anorexia gyakran tudatosan megkezdett fogyókúrával indul, melyet az egyén nem tud abbahagyni”.

Az anorexia már kezdeti jeleinek megjelenésekor is feltétlenül pszichológusi, pszichiátriai segítségre van szükség, elhatalmasodása esetén pedig kórházi kezelés is szükségessé válhat. A legsúlyosabb esetekben, sajnos a kórházi kezelés sem vezet mindig eredményre, számos halálos áldozata is van ennek a betegségnek.

Mik az anorexia tünetei?

- nagymértékű fogyás,
- testképzavar,
- a kövérségtől való kifejezett undorodás és félelem,
- a rendes testtömegnek az énképre gyakorolt indokolatlanul előnytelen hatása, valamint
- a havi vérzés zavara jellemző.

3.3.2. Bulimia

Valószínűleg mindenki hallott Diána hercegnőről, tragikus haláláról. A még mindig reflektorfényben álló, rendkívüli népszerűségnek örvendő Diánáról írják, hogy bulimiában szenvedett. Ez is hozzájárulhatott, egyesek szerint, hogy az 1995-ös évek táján ugrásszerűen megnőtt e betegség gyakorisága. Szerencsére a hercegnő állítólag kigyógyult betegségéből, s e hír talán reményt adott másoknak is a gyógyulásra.

Idézve szintén Dr. Dinya Zoltán pszichiátertől:

„A bulimia valójában mintegy háromszor gyakoribb jelenség, mint a korábban "egyedüli" evészavarként elfogadott anorexia, és jóval nehezebb is felismerni a bajt.

A bulimia az anorexiához hasonlóan gyakran diagnosztizált táplálkozási zavar, amelyek tünetei gyakran keverednek is egymással. Az anorexiával ellentétben itt vezető tünet a több-kevesebb rendszerességgel, de minimum heti gyakorisággal jelentkező falásrohamok, melyek során hatalmas kalóriamennyiségek elfogyasztására kerülhet sor. A bulimiás falásrohamok néha éjszaka, szinte félálomszerűen, 'transzállapotban' jelentkeznek. Ezeket a "zabálásokat" szinte törvényszerűen lelkiismeretfurdalás, önvádások követik, mely szorongásos állapotokat eredményez, bár fontos, hogy magának a falásrohamnak is többnyire szorongásoldó célja van.

Ezen érzések öngyógyító levezetését célozza, hogy a betegek hánytatással, hashajtással igyekeznek semmissé tenni a történeteket, és egyben megszabadulni a fokozódó szorongástól. A folyamat hosszabb távon a beteg önértékelésének, testéről alkotott önképének súlyos zavarához vezet.

Mi figyelmeztethet a bulimiára? Ellentétben az anorexiásokkal, a betegek testsúlya nem feltétlenül jelzi a bajt, ez megnehezíti a probléma felismerését. Áruklódó lehet a rendszeres hányások által feljutott gyomorsav által tönkrement nyelőcső és/vagy fogak, továbbá a párhuzamosan fennálló egyéb pszichés tünetek, például az impulzuskontroll zavara (alkohol és/vagy droghasználat, öngyilkossági kísérlet, stb), vagy a személyiségzavar tünetei.”

3.3.3. Ortorexia nervosa

Míg az előzőekben ismertetett két betegség inkább a nőket veszélyezteti, addig a modern kor újabban ismertté vált ortorexia nervosa főleg a férfiak körében fordul elő. Bár kevésbé gyakori, szintén súlyos következményekkel jár.

Dr. Dinya Zoltán: „Lényege, hogy az egyén egy diétát képtelen befejezni, egyre merevebb szabályokat állít fel magának, ezáltal az ételek jelentős részét fokozatosan száműzi az életéből. A biotermékek, vitamin kapszulák, szénsavmentes ásványvizek, az egészséges(nek gondolt) életmód feltétlen hívévé válik.

Naponta több órát tölthet az étkezés tervezgetésével, de az ételek élvezeti értéke nem érdeklí. Élettere beszűkül, kerüli azokat a helyzeteket, ahol más ételeket is fogyasztania kellene, így akár társadalmilag izolálódik. Úgy véli, ezek az ételek árthatnak neki, a diéta az egészségesség illúziójával álltatja. Gyökereit szintén pszichés okokban kell keresni, pszichoterápia segíthet.”

3.3.4. Elhízás (obezitás)

Az előbbieken ismertetett betegségek gyökere gyakran a túlsúlytól, illetve az elhízástól, kövérségtől való félelem.

Túlsúlyosságról orvosi értelemben akkor van szó, ha az átlagosnál magasabb testsúly megoszlik az izmok, csontok, zsír és víz tömege között. Az "elhízás" szó a szervezet egészségesnél nagyobb zsírtartalmát jelenti. Sok sportoló, testépítők, nehéztaláltak általában „túlsúlyosak” anélkül, hogy elhízásról lehetne szó.

Az elhízás ma legáltalánosabban elfogadott, de nagyon „durva” mérőszáma (a testtömeg-index (BMI = body mass index). Ezt úgy kaphatjuk meg, ha a kilogrammban megadott testsúlyt elosztjuk a méterben kifejezett testmagasság négyzetével. Az egészséges felnőttek testtömeg-indexe a WHO szerint kb. 20-25 kg/m² érték közötti, 18 kg/m² alatti érték soványságra, 35 fölötti elhízottságra utal. A 25-35 kg/m² közötti BMI index-szel rendelkezők a túlsúlyos kategóriába sorolhatók.

Az elhízás jelentős rizikófaktora sok halálos kimenetellel fenyegető betegség kialakulásának, számos téren rontja az életminőséget.

A túlsúly és az elhízás káros következményei megelőzésének lehetséges módja a fogyás. Bizonyított tény, hogy ha sikerül csökkenteni a testsúlyt, akkor csökken számos súlyos betegség kialakulásának kockázata is.

A fentiekben említett evészavarokban megnyilvánuló, illetve azzal összefüggő betegségek nem csak a táplálkozási rendellenességek következményei. Szoros kapcsolatban vannak az életmód egyéb területeivel, a lelki tényezőkön kívül leginkább a fizikai aktivitással.

3.4. Mozgásszegény életmód

A mozgásszegény életmód a civilizált társadalmakban az egészséget veszélyeztető egyik legfőbb tényező, számos egészségügyi probléma forrása.

Ha az életvitelben a fizikai aktivitással járó tevékenység jelentősen és tartósan csökken (autó, lift, mozgólépcső használata, kevesebb gyaloglás már gyermekkorban is, stb.) és ezeket nem helyettesíti rekreációs célú mozgással vagy sportolással, akkor az egyén egyre nehezebben tudja elkerülni a szervi, anatómiai elváltozással járó betegségeket és a különféle mentális funkciózavarokat kialakulását (csökkenhet a konfliktuskezelési és a stressz tűrési képessége, fizikai terhelhetősége, a problémamegoldó képessége stb.).

Számos vizsgálat és kutatási eredmény támasztja alá, hogy a rendszeres, és természetesen megfelelő mértékű fizikai aktivitás idős korban és súlyos betegségek esetén is javítja az életminőséget, sőt a gyógyulás esélyeit. E. R. Darren és munkatársai (Darren, 2006) a Canadian Medical Association Journal márciusi számában pl. több száz tudományos kutatás és 152 folyóiratcikk eredményeit összegezve megállapították, hogy a fizikai aktivitás növelése és az egészségi állapot javulása között egyértelmű, pozitív kapcsolat van. A fizikai aktivitás csökkenésével nő a szív- és érrendszeri, valamint más krónikus betegségek (cukorbetegség, a magas vérnyomás, a csont és ízületi betegségek, depresszió, vastagbél és mellrák) kialakulásának kockázata.

A testedzés, a rendszeres fizikai aktivitás mint az egészség protektív tényezőinek „hatásmechanizmusáról” olvastunk -a nem szakember számára is érthető nyelven megírt- és Szatmári Zoltán szerkesztésében, az Akadémiai Kézikönyvek sorozatban megjelent „Sport, életmód, egészség” című könyv (Szatmári, 2009) 6.2 fejezetében: „Sport, egészség, betegség” címmel. Ezért e témát itt nem részletezzük.

Könyvünk feladatának megfelelően (iskolai egészségtan) kiemelten hangsúlyozzuk a mindennapos testnevelés fontosságát a gyermekek számára. Abban az időben, amikor még nem volt TV, internet a gyermekek sokkal többet mozogtak (mellesleg, iskolai keretekben is, általában több lehetőségük volt sportolásra: szakköri foglalkozásként sportolhattak, mozoghattak).

A HBSC magyarországi felmérésének eredményeit értékelve a nemzeti jelentésben Halmai Réka és Németh Ágnes „A fizikai aktivitás és szabadidős tevékenységek” című 3. fejezetben a következőket írják:

„Az eredmények értékelésekor elegendőnek tekintettük, ha minden nap mozgott legalább mérsékelt intenzitással, legalább 60 percet a tanuló (Strong, 2005), közel elegendőnek, ha legalább 5 napon végzett testmozgást a kérdezést megelőző héten, kevésnek, ha ez 3-4 napon jellemző, és nagyon kevésnek, ha ez legfeljebb 2 napon fordult elő.”.....” A kérdezést megelőző héten végzett mozgást tekintve a megkérdezett diákok 17,3%-ára jellemző, hogy eleget mozognak. Közel harmadukra a kevés (30,7%), és szintén mintegy harmadukra (34,5%) a nagyon kevés fizikai aktivitás a jellemző.” A lányok általában kevesebbet mozognak, és mindkét nemben az életkorral egyre többen válnak passzívvá.

Saját kutatási eredményeinkre is támaszkodva (Tóth, 2009) megállapíthatjuk, hogy a nem testnevelés szakos egyetemi hallgatók körében még tovább csökken az aktívan sportolók, illetve az elegendő testmozgást végzők aránya.

Sokan arra hivatkoznak, hogy nincs lehetőségük sportolásra (létesítmények hiánya, pénzhiány, időhiány stb.) Valójában az egészség megőrzéséhez, a jó közérzet eléréséhez szükséges fizikai aktivitáshoz elsősorban a kellő belátás és az akarat hiányzik.

A mindennapi életvitelünk megváltoztatásával is rengeteget tehetünk. Ülő foglalkozásúaknak csupán néhány ötlet: járjunk gyalog, amennyit csak lehet, ne használjuk a liftet. A lépcsőn járás aktivizálja a szív működését és a vérkeringést. Ha nem is helyettesíti a terheléses edzést, nemcsak a mozgásszerveknek tesz jót, hanem valamennyi fizikai munkát is jelent, amely a szellemi munkát végzők számára „aktív pihenés”. Továbbá ülés, állás, fekvés közben is lehet mozogni. „Különösen ülés közben mozgatható meg majdnem minden testrészünk. Gondoljunk pl. a nyakcsigolyára, a karunkra és a vállunkra. Ha semmi mást nem teszünk, csak egy mélyet lélegzünk, és a légzés ütemét a mozgás üteméhez igazítjuk, máris találtunk egy egyszerű módszert az oxigénellátás javítására. Az a lényeg, hogy meglévő erőforrásainkból merítsünk. Az új-régi divatsportok is ezt alkalmazzák, mint pl. a gerincoszlop megtámasztására hasznos vitál-gyaloglás. Ez a sport harmonizálja a karok, a hát és a lábak izmait, és fokozza a természetes folyamatokat. A gyaloglás ideális, az egész testet megmozgató edzés, harmonikus, túleröltetés és sérülés veszélye nélkül” (Lindschinger, 2003)

3.5. A lelki, érzelmi egészséget veszélyeztető tényezők

Az eddigiekben vázolt rizikótényezők áttételesen valamennyien érintik a lelki, érzelmi életet. Nem hagyhatjuk ki mi sem azt a már közhelyszámba menő arany igazságot, amit már az ókorban is jól ismertek, hogy: „Ép testben ép lélek”. Valószínűleg az sem újkeletű, és különösen az utóbbi időkben egyre inkább előtérbe kerül az egészség pszichoszomatikus vonatkozása, azaz hogy a pszichés állapotunk mennyire hatással van a testi egészségünkre is. Viszonylag új, de már bő kutatási eredménnyel alátámasztott tudományág a pszicho-immunológia is. Nemcsak közvetlenül, hanem a pszichés állapotunk következtében, illetve azzal összefüggésbe hozható magatartásunkon, életvitelünkön keresztül is.

Köztudott, hogy az anya pszichés állapota már a megszületés előtt is befolyásolja a magzat, illetve a gyermek későbbi lelki egészségét.

Ebben az időszakban a gyermek környezetének, elsősorban a családnak van döntő jelentősége. Bizonyított tény, hogy a gyermek későbbi lelki fejlődésére, lelki egészségére nem csak a fizikai szükségletek ellátásának minősége hat, de befolyásolja a szülő (v. gondozó) lelki egészsége és nevelési stílusa is. Később egyre nagyobb szerepe van a közösségi nevelésnek, az óvodai és az iskola környezetnek is.

A kamaszkor a lelki, érzelmi egészség szempontjából különösen érzékeny, sérülékeny életkor. A függőségek kialakulásának leírásánál felsorolt rizikótényezőket itt nem ismételjük meg. Utalunk arra, hogy ezek kivédésének egyik legfontosabb eszköze a gyermek szabadidejének kellő szervezése, az (egészséges) mozgásban gazdag életmódra szoktatás. Fontos továbbá, hogy a gyermek előtt olyan világos célok legyenek, melyek elérésének reális lehetősége van.

Sok kamasz és serdülő életkori sajátosságaik miatt gyakran „kibírhatatlanul” viselkedik. A serdülőkor az identitás kialakulásának időszaka. Fejlődéslélektani szempontból két ellentétes tendencia jellemzi. Egyrésztől megfigyelhető az autonómiaigény megnövekedése, amely főként a szülőktől való függetlenségi törekvések formájában nyilvánul meg, másrésztől egyre nagyobb jelentőségűvé válnak a kortárs csoportok, ami már egy másfajta intimitásigény jelentkezésére utal. Ezt az életszakaszt a családi konfliktusok és az iskolai teljesítménykényszer jellemzik. Mindehhez társulnak olyan szociális hatások, amelyek a mai „fejlett” társadalom termékei. A szociális kötelékek csökkent volta miatt kevesebb szociális forrás segíti a serdülőket az új kihívásokkal való megküzdésben. (Sipos, 2014).

Nehéz megvalósítani, de a szülőnek, nevelőnek kell „okosabbnak” lennie. Ha okos szeretettel viszonyozzák a „kibírhatatlan” viselkedést, rendszerint eredményesebb, mintha túlzott szigorral, „megnemértő” módon reagálnak a serdülő, vagy a kamasz –gyakran önmaga számára sem könnyű, sőt saját maga által is elítélt- viselkedésére.

A lelki egészséget a tágabb társadalmi környezet értékrendszerei is befolyásolják. Mint ahogyan az életminőségünk alakulásának is vannak ilyen vonatkozásai, sőt azt, hogy mit miért teszünk, döntő mértékben az általunk preferált értékeink határozzák meg. Ebben a témában elmélyülni kívánó olvasóinknak ajánlható Varga Károly: Fénykör. Értékszociológia, nemzetstratégia című, 2013-ban megjelent nagymonográfiájának „Az egészségtőke mint az életminőség törzstényezője” című fejezete (Varga, 2013). Ebben a

fejezetben, az előzőekben már többször idézett, szalutogenezissel is részletesen megismerkedhet.

IRODALOM

„Health at a Glance Europe 2012” (<http://www.oecd.org/health/health-systems/HealthAtAGlanceEurope2012.pdf>, letöltve 2014.03.06)

Aarø, L. E., Wold, B., Kannas, L. and Rimpelä, M. (1986) Health behaviour in schoolchildren. A WHO cross-national survey. A presentation of philosophy, methods and selected results of the first survey. *Health Promotion*, 1, 17–33.

Adams T, Bezner J, Steinhardt M (1997): The conceptualization and measurement of perceived wellness: Integrating Balance across and within dimensions, *American Journal of Health Promotion*, 11(3): 208-218.

Antonovsky, A. (1987): *Unrevealing the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well* (San Francisco: Jossey-Bass).

Ardell, D (1996): *A Secular Approach to Spirituality, Meaning and Purpose*. In *Book of Wellness*, Prometheus Books

Ardell, D (1996): *A Secular Approach to Spirituality, Meaning and Purpose*. In *Book of Wellness*, Prometheus Books

Ardell, D. (1986): *High level wellness*. Berkeley, California: Ten Speed Press

Bahr, O. alii (2003): *Salutogenesis in General Practice: How to Use the Potential of Doctor-Patient-Communication to Promote Health*. 2nd Conference on Making Sense of Health, Illness and Disease. Oxford, St. Hilda College

Barabás K., Kósa K. (2006): A táplálkozási hibák okozta betegségek és megelőzésük. Gyermekétkeztetés jelentősége. In: *Egészségfejlesztés. Alapismeretek pedagógusok számára*. Szerk.: Barabás Katalin, Medicina, Budapest, 105.

Cooper, K.,H. (1987): *A tökéletes közérzet programja*. Sport. Budapest, 19.

Darren, E.R.,Whitney C.,Bredin, S.D.(2006): Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 174 (6), 801-811.

(<http://cmaj.ca/cgi/reprint/174/6/801> 2010.11.22. 19:02)

Egészségfelmérés 2009. Statisztikai tükrő,(2010) IV. évf. 50. szám

(<http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/gyor/jel/jel310021.pdf>, letöltve 2014.03.10)

Idler, E.- Benyamini, Y. (1997): Self-rated health and mortality:a review of twenty-seven community studies. *Journal Health Social Behavior*, 38, 21-37.

Jeges S, Varga K. (2008): *A szalutogenetikus életstratégia értéktényezői*, JURA, 1. 44.

Kósa, K. (2006): *Az egészség és az egészséget meghatározó tényezők*.

In: *Egészségfejlesztés. Alapismeretek pedagógusok számára* . Szerk.: Barabás Katalin, 13.

Lee Y, Mitchell DC, Smiciklas-Wright H, Birch LL.(2001): Diet quality, nutrient intake, weight status, and feeding environments of girls meeting or exceeding recommendations for total dietary fat of the American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*. 2001;107:e95.

[[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]

Lindschinger, M. (2003): *Étrend a stressz ellen*. (Anti-Stress-Ernährung, Kneipp-Verlag,

Leoben), Sasfiók Trade Kft., Gyenesdiás, 105.

Mózsik Gy., Figler M. (2000): A klinikai táplálkozástudomány és diétetika alapjai I. Élelmiszereink, táplálékaink és azok táplálkozástudományi és diétetikai vonatkozásai. Hotter-Minerva Nyomda Kft., felelős kiadó: Tahin Tamás, Pécs.

Német Á., Költő A.(szerk.) (2010): Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja, 2010. Országos Gyermekegészségügyi Intézet

(<http://www.csagyi.hu/kutataspolicy/hazai/item/310-iskolaskoru-gyermekek-egeszsegmagatartasa>)

Sándor J. (2006): Az illegális drogfogyasztás, mint korunk új kockázati tényezője. In: Egészségfejlesztés. Alapismeretek pedagógusok számára. Szerk.: Barabás Katalin, Medicina, Budapest, 224-229.

Simich R. (2010). Iskola – egészségfejlesztés - szexedukáció. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 45-67.

Sipos E., Tóth Á.: Sport – Sense of Coherence –Self-Esteem among 16-17 Year-Olds. *European Journal of Mental Health* (közlésre elfogadva, várható megjelenés: 2015)

Varga K. (2013): Fénykör. Értékszociológia, nemzetstratégia. Akadémiai Kiadó, Budapest, 389-410.

Sipos K. (szerk.) (1995): Drogmegelőzés az iskolában. Magyar Testnevelési Egyetem Továbbképző Központja. Budapest

Skrabski, Á. Kopp, M., Rózsa, S., Réthelyi, J.(2004): A Koherencia, mint a lelki és testi egészség alapvető meghatározója a mai magyar társadalomban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 5., Akadémiai Kiadó, Budapest, 7-25.

Szatmári Z. (főszerkesztő) (2009): Sport, életmód, egészség. Akadémiai Kiadó. Budapest, 587-597.

Százados I., Százados M. (2009): Útikönyv a táplálékok világához. Fedezzük fel ennivalóinkat! Athenaeum

Szilágyi V. (2000). Szexuálpedagógia. Athenaeum 2000 Kiadó, Budapest.11-16. 161.

Szovák E., Tóth Á., Jeges S. (2012): Bizonyítékokon alapuló gyakorlat. Mozgásos rekreációs tréningprogram hatásvizsgálata. *Rekreáció.eu*, 42-47.

Takách G. (1998): A drog. Megelőzés, felismerés, rehabilitálás. Sub', Rosa Kiadó, Budapest.

Tóth Á., Szikszay P., Prisztóka Gy. (2014): Az Optimális Életprofil kérdőívvel nyert adatok mint az alkoholbetegek gyógyulási folyamatának indikátorai. *Népegészségügy*, 92. 1. 26-36.

Tóth, Á., Szovák E., Rétsági E.(2009) Fizikai aktivitás, percipiált egészség és wellness egyetemisták körében. *Magyar Sporttudományi Szemle*, Budapest, 10. 37.19-24.

Varga K. (2004): Az egészségérték ébresztése, *Egészségfejlesztés*, 45. 5-6.

Varga K.(2005a):Szalutogenezis – „a visszacsapás rugóhatása”, *Egészségfejlesztés*, 46. 1-2.

Varga, K. (2005b): A szalutogenezisről – képben és fogalomban. *Egészségfejlesztés* 46.3. 15–22.