



EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS ALAPISMERETEK PEDAGÓGUSOK SZÁMÁRA

**(A PEDAGÓGUSKÉPZÉS ÉS -TOVÁBBKÉPZÉS SZÁMÁRA
AJÁNLOTT TANANYAG)**

„... iskoláink első és fő feladata, hogy a hazának embereket
neveljen, derék, tetterős embereket.”

(Szent-Györgyi Albert)

2005.

Készült az Egészségügyi Minisztérium támogatásával, a
Nemzeti Népegészségügyi Program részeként.

„GYERMEKEK EGÉSZSÉGE” ALAPISMERETEK PEDAGÓGUSOK RÉSZÉRE AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSHEZ

(A PEDAGÓGUSKÉPZÉS ÉS
-TOVÁBBKÉPZÉS SZÁMÁRA AJÁNLOTT TANANYAG)

SZERKESZTETTE:

Dr. Barabás Katalin egyetemi docens
SZTE ÁOK Pszichiátriai Klinika Magatartástudományi Csoport, Szeged

SZERZŐK:

Dr. Aszmann Anna főorvos
Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest

Prof. Dr. Ádány Róza egyetemi tanár, igazgató
DEOEC Népegészségügyi Iskola, Debrecen

Prof. Dr. Barkóczy Ilona emeritus professzor
ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar Pszichológiai Intézet, Budapest

Dr. Bugán Antal tanszékvezető egyetemi docens
DE Bölcsészettudományi Kar Pszichológiai Intézet, Debrecen

Kiss Judit tanszékvezető főiskolai docens
Berzsenyi Dániel Főiskola, TMFK Egészségtudományi Tanszék, Szombathely

Dr. Kósa Éva egyetemi docens
ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar Pszichológiai Intézet, Budapest

Dr. Kósa Karolina egyetemi docens, az egészségfejlesztési szak vezetője
DEOEC Népegészségügyi Iskola, Debrecen

Kosztyuné Nyitrai Erika egyetemi adjunktus
DE Bölcsészettudományi Kar Pszichológiai Intézet, Debrecen

Dr. Gábor Edina főigazgató
Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest

Nanszákné Cserfalvi Ilona tanszékvezető főiskolai tanár, főigazgató-helyettes
Debreceni Református Tanítóképző Főiskola, Debrecen

Dr. Ócsai Lajos főosztályvezető
Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest

Dr. Pikó Bettina egyetemi docens
SZTE ÁOK Pszichiátriai Klinika Magatartástudományi Csoport, Szeged

Dr. Sándor János tanszékvezető főiskolai docens
PTE EüFK, Alkalmazott Egészségtudományi Intézet, Népegészségtani Tanszék, Pécs

Soósné Dr. Faragó Magdolna, ny. egyetemi docens, az OM Egészségfejlesztési és Mentálhigiénés Szakértői Bizottságának tagja, Budapest

Prof. Dr. Simon Tamás egyetemi tanár, SE-TSK egészségtan tanárképzési programjának egészségfejlesztési tantárgy-felelőse, Közegészségtani Intézet, Budapest

Dr. Somhegyi Annamária vezető főtanácsos
EM, Budapest

TARTALOM

| | |
|--|------------|
| Előszó – az egészségfejlesztésről..... | 5 |
| 1. Bevezetés | 8 |
| 1.1. Az egészség és az egészséget meghatározó tényezők..... | 9 |
| 1.2. A magyar populáció demográfiai helyzete és egészségi állapota..... | 13 |
| 1.3. A magyar gyermekpopuláció egészségi állapota és egészségmagatartása | 28 |
| 1.4. Lehetőségek a jó egészségi állapot megőrzésére. A megelőzés és az egészségfejlesztés | 41 |
| 1.5. Az egészségügyi intézményrendszer, különös tekintettel az egészségfejlesztésben szerepet játszó intézményekre | 46 |
| 2. Egészség – betegség határa, viszony a beteg emberhez | 50 |
| 2.1. Testünk épsége, ép testben ép lélek | 51 |
| 2.2. A jobb és a bal agyfélteke működésének harmóniája | 58 |
| 2.3. Fertőző és nem fertőző betegségek kialakulása..... | 68 |
| 2.4. Tartós egészségkárosodással élők helyzete az oktatási intézményekben | 78 |
| 2.5. Kihez forduljunk? | 86 |
| 3. A táplálkozás és élelmezés egészséget meghatározó szerepe | 90 |
| 3.1. A táplálkozás, mint élettani folyamat és a táplálkozás kulturális meghatározottsága... | 91 |
| 3.2. A táplálkozási hibák okozta betegségek és megelőzésük. Gyermekétkeztetés jelentősége..... | 96 |
| 3.3. Élelmiszerek egészséget befolyásoló hatásai. Ételfertőzések, ételmérgezések, az élelmiszerekben lévő anyagok azonosítása..... | 105 |
| 3.4. Táplálkozási zavarok, a fiatalok sajátos táplálkozási szokásai, zavarai. A média által befolyásolt testkép, ennek következményei..... | 109 |
| 4. Testmozgás..... | 115 |
| 4.1. A test és lélek harmóniája, a mozgás | 116 |
| 4.2. Mozgásszegény életmód és a betegségek kapcsolata | 121 |
| 4.3. A testmozgás jelentősége | 127 |
| a testmozgás jelentősége az egészségfejlesztő programokban..... | 127 |
| 4.4. A biztonság – balesetek, elsősegélynyújtás, balesetvédelem | 137 |
| 5. Család, társas kapcsolatok, társadalom, női és férfi szerepek, szexualitás..... | 141 |
| 5.1. Az emberi szexualitás sajátossága. A férfi és női szerepek kulturális meghatározottsága | 142 |
| 5.2. A család szerepe, konfliktusai, válás | 147 |
| 5.3. Minden gyerek várt gyerek legyen (családtervezés, szexuális úton terjedő betegségek és megelőzésük) | 153 |
| 6. A környezet egészséget meghatározó szerepe, a környezet hatása a gyermekpopuláció pszichoszomatikus fejlődésére..... | 164 |
| 6.1. Az ember és környezete. Humán ökológia – a bioszféra hatása az egészségre | 165 |
| 6.2. A települések és az épített környezet egészséget meghatározó szerepe | 170 |
| 6.3. A gyermekintézmények környezetének jelentősége a gyermek pszichoszomatikus fejlődésében..... | 173 |
| 7. Szervedélybetegségek | 183 |
| 7.1. A káros szervedélyek biopszichoszociális alapjai | 184 |
| 7.2. A dohányzás és az egészség | 188 |

| | |
|---|------------|
| 7.3. Az alkoholfogyasztás népegészségügyi jelentősége..... | 199 |
| 7.4. Az illegális drogfogyasztás, mint korunk új kockázati tényezője | 208 |
| 8. A média egészséget meghatározó szerepe | 214 |
| 8.1. A média hatása az egészségre..... | 215 |
| 9. Az idő és az egészség | 223 |
| 9.1. A bioritmus figyelembevétele és az egészség | 224 |
| 9.2. Az egyes élettevékenységek idő- és egészségdimenziói..... | 234 |
| 9.3. A múlt – jelen – jövő egyéni és társas kezelésének összefüggése..... | 241 |
| 10. Életmód, kultúra, egészségtudatosság..... | 248 |
| 10.1. Életmód, kultúra, egészségkultúra | 249 |
| 10.2. Az életmód elemei: a szabadidő és az egészségmagatartás | 253 |
| 10.3. Egészségtudatosság és kockázatészlelés az életmód és a kultúra tükrében | 259 |
| Függelék - az ottawai egészségfejlesztési charta..... | 264 |

Dr. Gábor Edina

Az egészséges ifjúság a magyar társadalom egyik legfontosabb célja, mindannyiunk közös jövőjének záloga.

Az iskolai egészségfejlesztés olyan befektetés, mely segít mind az országon belüli egyenlőtlenségek mérséklésében, mind pedig az Uniós tagállamok egészségi állapotához való felzárkózásban.

Az iskolai egészségfejlesztés mindannyiunk közös feladata, felelőssége. Az egészségnevelési tantárgy bevezetése lehetővé teszi, hogy a tanulók ismereteket és készségeket sajátítsanak el a biztonság megőrzése, a kiegyensúlyozott táplálkozás, az örömszerző mozgás, a személyes higiéné, a veszélyes anyagok, a biztonságos emberi szexualitás, a harmonikus családi élet és kapcsolatok, valamint az egészséges környezet témaköréből. Ez az ismeret és készségfejlesztés több módon kell, hogy megjelenjen az iskolában.

Az egészségnevelés tantárgy önmagában még nem elegendő! A hatékonyságot nagy mértékben növeli, ha az egyes tantárgyak tantervében újra megjelennek az egészségfejlesztéssel, egészségvédelemmel kapcsolatos ismeretek. A tantárgy oktatása tehát nem szűkíthető le egy-egy tanóra keretére. Egyszerű példával megvilágítva: a táplálkozás és mozgás kapcsolata nem csak az egészségfejlesztése, hanem pl. a matematika óra feladványában is visszaköszönhet.

Nagyon fontos, hogy a tanárok számára megfelelő módszereket és oktatási technikákat is átadjunk, hiszen ennek a régi-új tantárgynak a XXI. századi igényeknek megfelelő oktatásáról van szó. Az oktatás sikerének feltétele az iskola vezetésének és dolgozóinak egészségfejlesztés iránti elkötelezettsége, vállalkozó kedve, annak érdekében, hogy a hagyományos oktatási szisztéma szigorú keretei helyett rugalmasan alkalmazkodjon a szükségletekhez.

Az egészségfejlesztés oktatása kihívás mind a pedagógus, mind a diák számára. A sikeres tanítás eredménye nem egyszerűen egy tantárgy elsajátításában jelenik meg, hanem hosszú távra meghatározza a diákok és környezetük egészségmagatartását, életmódját és így egészségesélyeit is. Az iskolában, az oktatáson túlmenően, a gyermekek közösségi szocializációja, viselkedés mintáinak kialakítása is megtörténik, az életkor előrehaladtával, a kortárs közösség szerepének egyre jelentősebb felértékelődésével együtt.

Az iskolában a tanulókat ért hatások, „hazakerülnek” a családhoz ismeret, és elsődlegesen az elsajátított készségek formájában javíthatják, fejleszthetik a családok egészségét.

Az iskola nemcsak oktatási intézmény, hanem a benne dolgozók számára munkahely, amelynek munkahelyi légköre, az ott dolgozók egymáshoz és az egészséghez való viszonya, alapvetően jó, vagy rossz példát mutathat a tanulóknak. Az igazi pedagógus, nemcsak egy-egy tantárgy magas színvonalú oktatásával, hanem személyes kommunikációjával, egészségmagatartásával, közösség építésével egyaránt fejlesztheti, vagy ronthatja a diákok és közvetett módon a családok egészségét.

Az iskola, az esélyegyenlőség elősegítésének kiemelkedően fontos színtere, a pedagógus hozzájárulhat a hátrányok gyors és hatékony „ledolgozásához” éppúgy, mint a hátrányos helyzetből adódó kirekesztődés állandósulásához, egy életre szóló elmélyítéséhez.

A jó pedagógus tehát, egészségfejlesztő is, aki a meglévő lehetőségekből a lehető legjobbat igyekszik közössége számára biztosítani.

Az Önök rendelkezésére álló tankönyv, elsődlegesen az egészségfejlesztéshez szükséges alapvető orvos-biológiai, életmódbeli ismereteket kívánja átadni, melyek kreatív felhasználásával lehetőség nyílik arra, hogy minden pedagógus egészségfejlesztő is legyen.

Irodalom

www.oefi.hu Módszertani füzetek

1. FEJEZET

BEVEZETÉS

1. BEVEZETÉS

A FEJEZET CÉLJA

A fejezet keretében a hallgatók:

1. Megismerik az egészség definícióját; megértik, hogy az egészség fogalmának meghatározása milyen nehézségekkel jár. A naturalista és a normativista megközelítés egyaránt rávilágít az egészség fogalmának komplexitására.
2. Tisztában lesznek az egészséget meghatározó tényezőkkel, ezek jelentőségével a gyermekpopulációban.
3. Megismerik a magyar populáció demográfiai és egészségi állapotát. A gyermekpopuláció sajátos egészségi állapotának bemutatására is sor kerül.
4. Tudni fogják, hogy az egészséget meghatározó tényezőket milyen szinten lehet módosítani a betegségek megelőzése érdekében, és melyek azok a háttérintézmények, amelyek ezt a folyamatot segítik.
5. Tisztában lesznek a pedagógus egészségfejlesztésben játszott szerepével.

A TÉMAKÖRÖK CÍMEI

- | | | |
|------|---|-----------------------|
| 1.1. | Az egészség és az egészséget meghatározó tényezők | Dr. Kósa Karolina |
| 1.2. | A magyar populáció demográfiai helyzete és egészségi állapota | Prof. Dr. Ádány Róza |
| 1.3. | A magyar gyermekpopuláció egészségi állapota és egészségmagatartása | Dr. Aszmann Anna |
| 1.4. | Lehetőségek a jó egészségi állapot megőrzésére. A megelőzés, egészségfejlesztés | Dr. Kósa Karolina |
| 1.5. | Az egészségügyi intézményrendszer, különös tekintettel a megelőzésben szerepet játszó intézményekre | Prof. Dr. Simon Tamás |

1.1. AZ EGÉSZSÉG ÉS AZ EGÉSZSÉGET MEGHATÁROZÓ TÉNYEZŐK

Dr. Kósa Karolina

Mi az egészség?

A kérdés megtévesztően egyszerű, hiszen beszédes a szó: az egészség az EGÉSZ-ség állapota. Nem egyszerű azonban meghatározni azt, hogy mitől lesz 'egész' az ember. **Az Egészségügyi Világszervezet (EVSZ) meghatározása szerint „az egészség a teljes fizikai, mentális és társas jólét állapota, és nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiánya.”** Ha azonban megpróbálunk az ismeretségi körünkben akárcsak egyetlen embert is találni, akire az egészségnek e meghatározása igaz, felmerülhet a gyanúnk, hogy ez a definíció meglehetősen idealista. Mit is kell érteni 'teljes fizikai jólét' alatt? A szemüvegesek például eszerint, akiknek az éleslátáshoz megfelelően kialakított szerkezetre van szükségük, ki vannak zárva az egészségesek köréből. Ki tekinthető a tökéletes mentális jólét állapotában lévőnek? A gyakran szomorkodók és sírók nyilván nem, még ha életüket látszólag kiegyensúlyozottan élik is. A tökéletes társas jólét pedig még az előzőeknél is nehezebben megragadható és értékelhető állapot.

A példákat hosszan lehetne sorolni, s ezekből talán kitűnik, hogy az EVSZ egészség-meghatározása gyakorlati szempontból nem sokat segít. Nem könnyű azonban jobbat találni, nincs rá egyszerű definíció. Az orvosok hajlamosak azt gondolni, hogy egészséges az, aki nem beteg, vagyis akinek nincsen a rendelkezésre álló módszerekkel kimutatható szervi elváltozása. Ezzel általában egyet is lehet érteni, csak konkrétan nem, például amikor valami zavaró, szokatlan panaszunk jelentkezik, mondjuk, elkezd szűrni az oldalunk, vagy indokolatlanul lehangoltnak érezzük magunkat, vagy egy bizonyos mozdulatnál mindig megfájdul a lábunk; emiatt elmegyünk az orvoshoz, aki alapos vizsgálat után közli, hogy semmilyen elváltozást nem talált, kutyabajunk, tehát a panasz indokolatlan. Igen ám, de a tünet számunkra nemcsak szokatlan és kellemetlen, hanem mindennapi tevékenységeinkben is akadályozhat bennünket, tehát saját véleményünk szerint nem vagyunk egészségesek, az orvos szerint viszont igen.

Paris Hilton, a Hilton-szállodalánc örökösője szép, fiatal és gazdag, mégis plasztikai műtétek sorával igazította arcát az általa kívánatosnak gondolt fazonra. Vitatható, hogy ő most egészséges, a műtétek után, vagy inkább azok előtt volt az. A magyar fiatalok jó részének szájából hiányos, lepedékes, szuvas fogak tűnnek elő. Tudjuk, hogy a szuvas fogazat számos egészségprobléma forrása lehet; érdekes módon mégis e fiatalok rokonaiban és barátjaiban nem szokott az felmerülni, hogy ezek a fiatalok – egyéb baj híján – ne volnának egészségesek.

A laikusok gyakran úgy vélik, hogy az egészségnek a testi vonatkozások mellett van egy nehezen megfogalmazható dimenziója, amely az 'életerőt', a nehézségekkel való megbirkózás képességét takarja. Ez utóbbi hiányában egy látszólag ép, orvosi kezelésre nem szoruló ember is élhet olyan életet, amelyet a környezete 'betegnek' minősít, mert például az illető

valamilyen tragikus esemény (pl. közeli hozzátartozó elvesztése) vagy más krízis hatására magába zárkózik, a munkájába vagy valamilyen szenvedélybe menekül, vagy korábbi életét teljesen feladja. Ugyanakkor súlyos betegséggel vagy egészségproblémával is lehet teljes életet élni, ha ez a bizonyos 'lelkierő' valakiben jelen van.

John Nash, a közgazdasági Nobel-díj 1994. évi egyik kitüntetettje huszonöt évig szenvedett az elmebetegség egy súlyos formájában, skizofréniában, mégis érdemesnek bizonyult erre a magas kitüntetésre, és manapság is alkot. Evelyn Glennie angol zenész a világon az első, aki ütős szólístaként szerzett világhírnevet, miközben gyermekora óta súlyos halláskárosodott. A sort magyar példával is folytathatnánk: Szekeres Pál korábbi olimpiai érmes vívó súlyos balesete után kerekesszékekben folytatta a sportolást, és ma már három paralimpiai bajnokságot mondhat magáénak. Érdi Tamás fiatal magyar zongoraművész vakként lett ismert és népszerű.

Láthatjuk tehát, hogy az egészség meghatározása egyáltalán nem egyszerű. Mielőtt megpróbálnánk azonban mégis valamiféle definíciót találni, először gondoljuk át, mi mindentől függ az egészségi állapotunk, melyek **az egészséget meghatározó tényezők**.

Az egészséget meghatározó tényezők

Kezdjük a **genetikai tényezőkkel**, hiszen létünk számos paraméterét az az örökítőanyag kódolja, amelyet szüleinktől kapunk életünk kezdetén. Kétségtelen tény, hogy testi mivoltunk számos jellemzőjét ez az örökítőanyag határozza meg, a szemünk színétől kezdve a szőrzetünk mennyiségén keresztül a hangszalagjaink vastagságáig. Az is igaz azonban, hogy genetikailag meghatározott jellemzőink csaknem mindegyike kisebb-nagyobb mértékben változik az életkörülményeink hatására; például a genetikailag kódolt lehetséges testmagasságunkat csak akkor fogjuk elérni, ha megfelelő táplálásban részesültünk gyermekkorunkban. Szőrzetünk, hajunk állapotát is jelentősen befolyásolja, hogy mit és mennyit eszünk. A legtöbb betegséggel kapcsolatban is – bár igaz, hogy az azokra való hajlam (vagy ellenálló képesség) szintén genetikailag kódolt –, elmondható, hogy életmódunk ezeket nagymértékben befolyásolja. Hogyan? Ha például magas vérnyomásra való hajlamot örököltünk, akkor a magasvérnyomás-betegség korábbi életkorban és súlyosabb formában fog jelentkezni, ha elhízottak vagyunk, ha sok sós ételt fogyasztunk, ha nem mozgunk rendszeresen. Ha daganatos betegségre való hajlamot örököltünk, tovább növeli a betegség kialakulásának kockázatát, ha például rendszeresen dohányzunk.

A genetikai tényezők tehát fontosak, de nem szabad meghatározó jelentőséget tulajdonítanunk ezeknek az egészségünk vonatkozásában; egyrészt azért, mert a bennünk genetikailag kódolt információk megjelenését számos egyéb nem genetikai, külső tényező módosíthatja, másrészt, mert genetikai kódunk megváltoztatására tömegesen jelenleg nincs esélyünk. Így érdemes inkább arra összpontosítanunk, hogy melyek ezek a külső tényezők, és hogyan befolyásolják egészségünket.

Az egészséget befolyásoló külső tényezők közé tartozik az **életmódunk**, ideértve a táplálkozást, mindennapi szenvedélyeinket (dohányzás, kávézás, alkohol- és kábítószer fogyasztás), és a testmozgást. Ezeknek az egészségre gyakorolt hatásáról a későbbiekben részletesen is lesz szó. Gondoljunk bele, hogy az ételeink szolgáltatják nemcsak az energiát mindennapjainkhoz, hanem mindazon építőanyagokat, amelyekből testünk felépül; nyilvánvaló, hogy táplálkozásunk szoros összefüggésben van a legtöbb betegséggel és kórállapottal. A dohányzásnak az egészségre gyakorolt káros és összetett hatása (nemcsak a tüdőrák kockázatát növeli!) ma már számos kutatási eredménnyel alátámasztott közismert

tény, amelynek eredményeként nemzetközi keretegyezmény jött létre a nemdohányzók védelmére, amelyhez hazánk is csatlakozott.

Egyre több bizonyíték áll rendelkezésre a rendszeres testmozgásnak az egészségre gyakorolt jótékony hatásáról, amely a cukorbetegségtől az ízületi betegségeken keresztül egyes daganatokig terjedően bizonyított, nem beszélve az optimális testsúly megőrzésében játszott szerepéről.

Az életmódon túl az egészséget befolyásoló külső tényezők közé tartozik például az a **környezet**, amelyben élünk, ideértve a lakásunkat, a munkahelyünket, és a tágabb épített és természeti környezetet, amelyben mindennapjainkat éljük; de ide tartozik a társas környezetünk is, amelybe a számunkra legfontosabb emberek, családjaink és barátaink tartoznak. Hogyan befolyásolják ezek az egészségünket?

Ha egy lakás nem megfelelően fűtött, vagy nedves, mert rossz a szigetelése, vagy beázik a tető, akkor a bentlakók könnyebben kapnak el felsőlégtúti betegségeket, hajlamosabbak ízületi betegségekre. Ha az utca, amelyen naponta munkába járunk, nagyon forgalmas, a kipufogógázok sok évig tartó belélegzése növelheti egyes légúti betegségek kockázatát. Ha az iskolában vagy a munkahelyünkön hosszú éveken keresztül ülünk rosszul tervezett széken vagy padban, gyenge megvilágításban erőltetve a szemünket, akkor nagyobb a valószínűsége annak, hogy a gerincünkkel és a látásunkkal később problémáink lesznek.

A fizikai környezet mellett óriási jelentőségű az a **társas közeg** is, amely körülvesz minket családjaink és barátaink, ismerőseink révén. Ha nincsenek bizalmas barátaink és megromlott a kapcsolatunk a családjainkkal, nehezebben vészelünk át krízishelyzeteket. Számos vizsgálat beszámolt arról, hogy fiatalok körében az alkohol- és kábítószer fogyasztás kockázatát növeli, ha a gyermek kapcsolata a szüleivel nem kiegyensúlyozott. A pedagógusok pedig különösen jól tudják, hogy az otthoni légkör a gyermek tanulmányi eredményét is jelentősen befolyásolja.

Mindezeknek a fordítottja is igaz: kellemes lakásban élő, megfelelően táplálkozó, jó családi és baráti kapcsolatokkal rendelkező emberek kockázata számos betegségre vonatkozóan kisebb, mint a kedvezőtlen körülmények között élőknek.

Az egészséget befolyásolja az is, hogy milyen az **egészségügyi ellátás** a lakóhelyen; milyen távolságot kell megtenni ahhoz, hogy a családorvoshoz vagy szükség esetén kórházba lehessen jutni; az intézmény milyen típusú ellátást tud biztosítani. Ennek jelentősége azonban nem mérhető az egészséget befolyásoló egyéb, a fentiekben részletezett tényezőkhez.

Mindezek észben tartása különösen fontos egy pedagógus számára, hiszen a gyermekek körében számos olyan egészségprobléma lehet, amelynek hátterében efféle környezeti és az életmóddal kapcsolatos okok állhatnak, amelyek megértéséhez ismerni kell a tanuló mindennapi életét. Lehetséges, hogy az a tanuló, aki állandóan meg van fázva, nedves, hideg lakásból indul nap, mint nap az iskolába; ha reggel kedvetlen, nem tud figyelni, lehetséges, hogy nem reggelizett, vagy előző napi családi konfliktus nyomasztja; ha tanulmányi eredménye nincs összhangban a képességeivel, érdemes megvizsgálni, hogy otthon milyen körülmények állnak rendelkezésére a tanuláshoz.

A fentebb írottakból körvonalazódik, hogy az optimális egészségi állapot létrejöttének számos feltétele és meghatározó tényezője van, amelyek megteremtése fölött a saját kontrollunk csak részleges, különösen gyermekkorban, amikor lakáskörülményeinktől kezdve a táplálkozásunkig életünk jelentős döntéseit a szüleink hozzák.

Ezeket a tényezőket az egészség, és az egészség érdekében végzett munka (egészségfejlesztés) meghatározásakor is figyelembe kell vennünk.

Az egészségfogalom modern meghatározása

Ismerkedjünk meg hát az **egészségnek** egy olyan meghatározásával, amelyet egy David **Seedhouse** nevű filozófus fogalmazott meg, s amely pedagógusok számára a leginkább iránymutató lehet a mindennapokban. Szerinte **az egészség optimális állapota egyenlő azon feltételek összességével, amelyek megléte esetén az egyén kibontakoztathatja a számára adott lehetőségek összességét.** Ez természetesen más lesz egy mozgássérült, és megint más egy olimpiai bajnok atléta számára; s úgyszintén különbözik egy kiemelkedő értelmi képességű és egy képességzavaros gyerek esetében. E feltételek közé tartozik, hogy az egyén megfelelő táplálékhoz jusson; az időjárás viszontagságaitól védve legyen; hozzájusson minden olyan információhoz, amelynek hatása van az életére; valamint legyen olyan képességek birtokában, amelyekkel ezen információk feldolgozhatók. Ezen túlmenően értse meg, hogy az emberek nem elszigeteltek egymástól, hanem közösségi lények, ezért a saját lehetőségei kibontakoztatásában addig mehet, ameddig azzal másokat ugyanebben nem gátol.

A mindennapi tanári munkában emlékezzünk erre a meghatározásra, és ha diákunk nem úgy halad, ahogyan tudhatna haladni, tegyük fel a kérdést, megvan-e minden feltétel ahhoz, hogy kibontakozzon. Ha nincs, gondolkozzunk el azon, hogy tudnánk a hiányzó feltételek megteremtésében saját eszközeinkkel segíteni. Ehhez nyújtanak majd támpontot a következő fejezetek.

Irodalom

Ewles, L., Simnett, I.: *Egészségfejlesztés. Gyakorlati útmutató.* Budapest, 1999. Medicina Könyvkiadó Rt.

Feladat

1. Gyűjtse össze különböző írók és orvosok egészség-meghatározásait!
2. Melyik művében írta a következő mondatokat:
 - a. Jókai Mór: "Az ember egészsége fenntartásáért egy rézgarast sem adna, míg ha beteg, a világ összes aranyát hajlandó lenne arra költeni, hogy újra egészséges legyen."
 - b. Hamvas Béla: '... az egészség gyümölcstillatú'

1.2. A MAGYAR POPULÁCIÓ DEMOGRÁFIAI HELYZETE ÉS EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA

Prof. Dr. Ádány Róza

Bevezetés

A magyar lakosságnak az 1960-as évek végétől egyre romló egészségi állapota, valamint az élveszületések számának az 1970-es évek végétől (ismételten) bekövetkező csökkenése a XX. század utolsó évtizedeiben hazánkban súlyos epidemiológiai és demográfiai krízishez vezetett. Az 1981-ben kezdődött, s azóta trendjében egyre mélyülő népességfogyás következtében a magyar lakosság lélekszáma egyre csökken (1981-től napjainkig több, mint 550 ezerrel lettünk kevesebben).

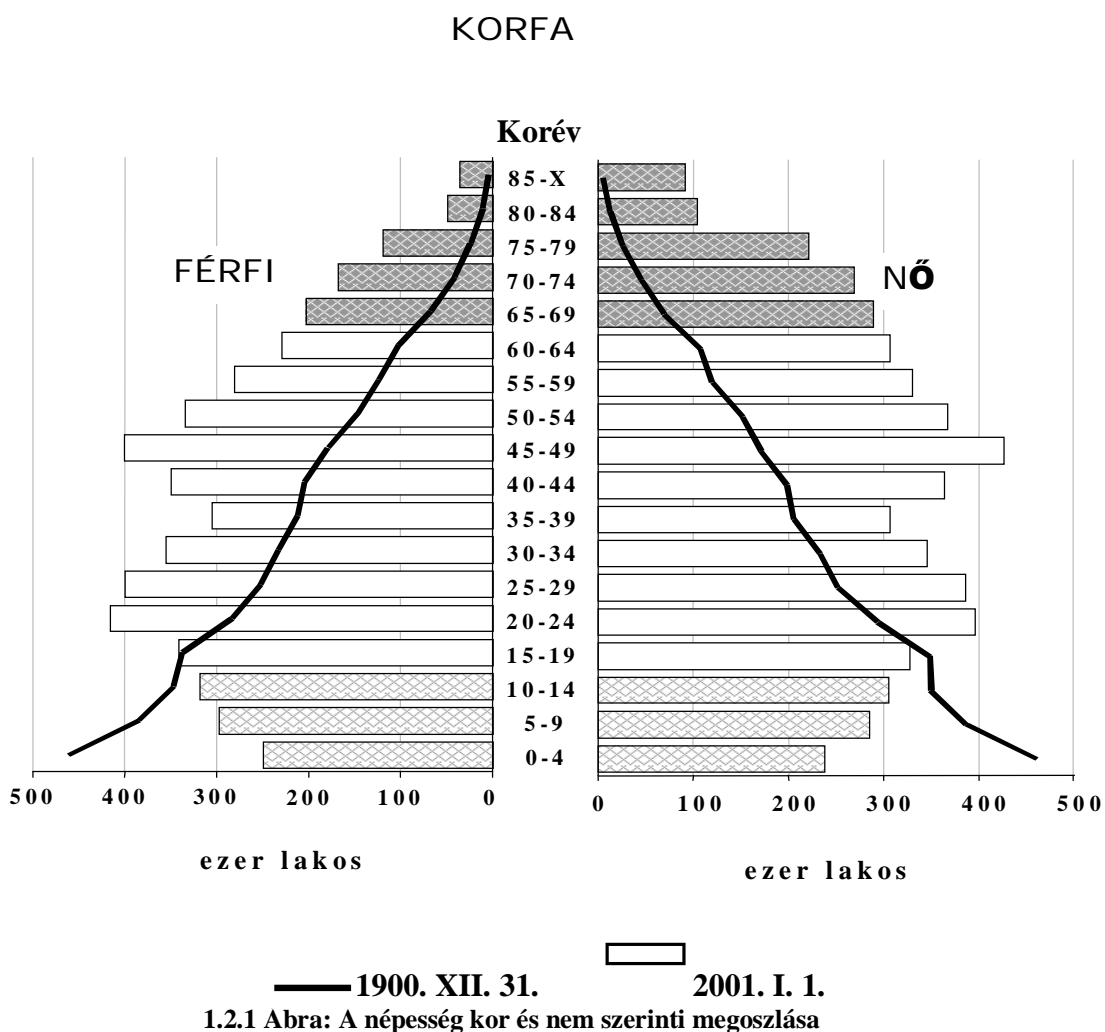
A demográfiai helyzet jellegzetességei

A XX. század elején még kb. 40 élveszületés jutott 1000 főre hazánkban, s ez a mutató az '50-es évek elejére 20 ezrelék alá csökkent. Ezt a csökkenő alapisínyt az '50-es évek első felében a Ratkó-hullám, majd a '70-es évek közepén a Ratkó-korszakban születettek gyermekeinek születése törte meg két ízben. S bár a Ratkó-korszak gyermekeinek unokáitól a '90-es évek végére egy újabb, lecsengő demográfiai hullámot vártak, ez teljes egészében elmaradt, sőt az ezredfordulóra az élveszületési arányszám 10 ezrelék alá csökkent. A laikus vélekedés az élveszületések alacsony számát a terhességmegszakítások nagy számával hozza összefüggésbe, de szakmai szempontból ez az álláspont nem elfogadható. Bár a terhességmegszakítások száma kétségtelenül magas (2002-ben hazánkban 56 ezer terhességmegszakítás történt), gyakorisága 1970 óta folyamatosan csökken, s ennek ellenére (azaz ettől függetlenül) az élveszületések száma is az említett csökkenő tendenciát mutatja. Az ezredforduló demográfiai jellegzetessége a házasságon kívüli élveszületések magas részaránya: ma minden harmadik gyermek Magyarországon törvényesen nem legalizált (jellemzően élettársi) kapcsolatból születik.

Az élveszületések számának évtizedek óta tartó csökkenése szükségszerűen vezetett a népesség öregedéséhez, ami **a 0-14 éves gyermekek részarányának csökkenését, s a 65 évesek és idősebbek részarányának növekedését jelenti (1.2.1. ábra).**

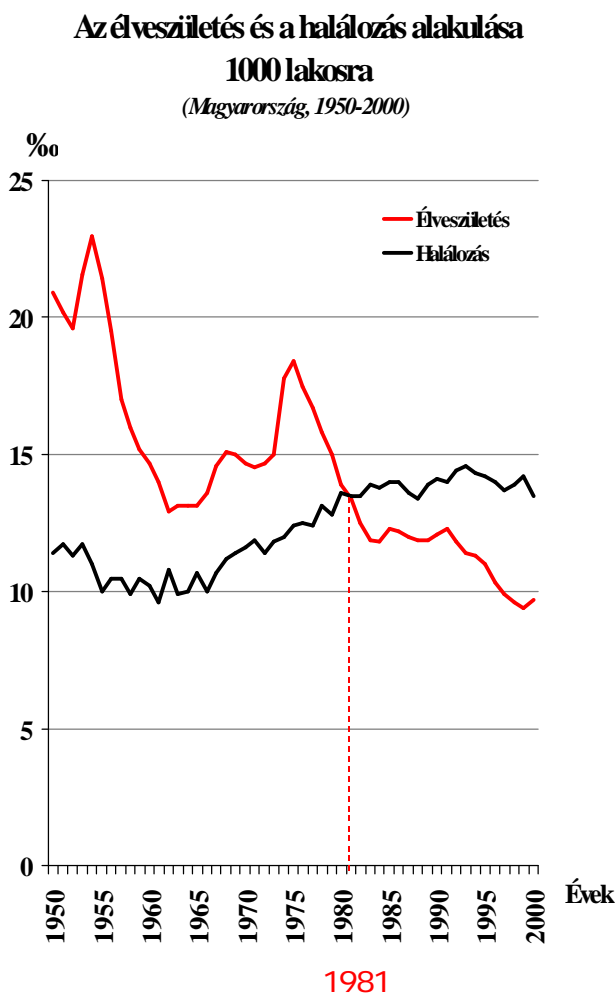
Az utóbbi nem pusztán a korosztályok átrétegződésének, de a várható élettartam meghosszabbodásának is következménye. Hazánk népességének korfája jellegzetes körte formát mutat (szemben a XX. sz. elejét jellemző piramis formával), s nem várható, hogy ennek alakulását az elkövetkező évtizedek történései érdemben befolyásolják.

A népesség kor és nem szerinti megoszlása (Magyarország, 1900, 2001.)



Az élvészületések számának csökkenése nem magyar sajátosság, a nyugat-európai országokban több mint egy évtizeddel korábban megkezdődött, mint hazánkban, s a termékenység (azaz, az anyák szülésgyakorisága) hasonló szinten áll, mint hazánkban. Ugyanakkor ezekben az országokban a halálozás egyre kedvezőbben alakult, s annak ellenére, hogy az élvészületések száma egyre csökkent, mégis a népesség számának növekedése (volt) észlelhető. Nem lebecsülve, sőt hangsúlyozva, a gyermekvállalásra ösztönző népesedéspolitikai intézkedések fontosságát, rá kell mutatnunk arra a tényre, hogy hazánkban

az elmúlt évtizedekben észlelt népességfogyás alapvető oka, hogy a halálozások éves száma jelentősen felülmúlja az élveszületések számát (1.2.2. ábra).



1.2.2. Ábra: Az élveszületés és halálozás alakulása 1000 lakosra

Az epidemiológiai helyzet jellegzetességei

Egy ország lakosságának egészségi állapotát alapvetően

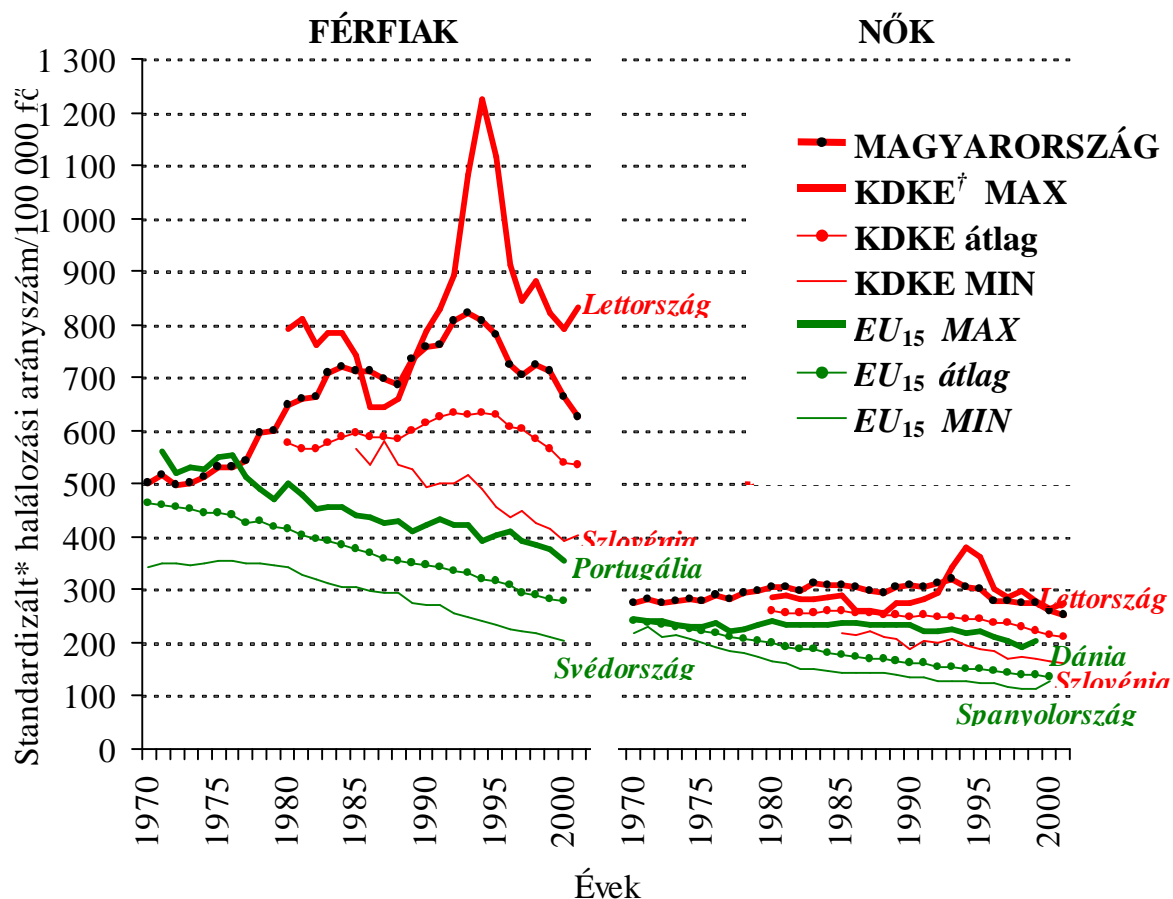
- a halálozás, ezen belül is a korai – azaz a 65. életév betöltése előtt bekövetkezett – halálozás, mértéke és haláloki struktúrája
- a megbetegedési viszonyok
- és fentiekkel szoros összefüggésben a lakosság egészségmagatartása

jellemzi és határozza meg.

A korai halálozás jellegzetességei

A korai halálozás elemzése során általában leválasztásra kerül a csecsemőhalálozás (az első életév során bekövetkező halálozások összessége), mivel ez sokkal inkább az egészségügyi ellátás színvonalát, mint a lakosság egészségi állapotát jellemzi. Így az elemzések az 1-64 éves lakosságra terjednek ki.

Az 1-64 éves lakosság halálozásának alakulása nem szerint Magyarországon és Európa régióiban (1970-2001)



*Standard: Az 1-64 éves, európai standard populáció

[†] 15 volt szocialista ország Közép és Délkelet-Európában (beleértve Észtországot, Lettországot és Litvániát)

Forrás: WHO/Európa, HFA adatbázis, 2003. június

1.2.3. Ábra: 1-64 éves lakosság halálozásának alakulása nem szerint

Hazánkban az 1-64 éves lakosság halálózása (1.2.3. ábra) az 1970-es évek elején mind a férfiak, mind a nők esetében az EU₁₅ tagországok halálózási átlagát alig haladta meg; csak az évtized közepén kezdődött el a férfiak halálózásában az a példátlan meredekségű növekedés, mely 1993-ban 830/100 000 halálózási arányszámmal tetőzött. Ez a növekedés parallel zajlott az EU₁₅ tagországok korai halálózási mutatóinak töretlen javulásával, s így elszakadásunk az EU₁₅ átlagtól egyre mélyült. **A magyar lakosság korai halálózásának növekedése mértékében messze meghaladta a közép- és délkelet-európai országokban zajló hasonló változást, s így vált hazánk pozíciója a közép-délkelet-európai mezőnyben is egyre kedvezőtlenebbé.** 1994-től a magyar férfiak korai halálózását alapvetően csökkenő trend jellemzi, de ez a csökkenés nem elég erőteljes ahhoz, hogy a korai halálózás relatív kockázatát jelző hazai átlag/EU₁₅ átlag viszonyszám értékét érdemben befolyásolja – az azóta is 2,5 körül stagnál.

A születéskor várható átlagos élettartam alakulása Magyarországon

(1970-2002)

| Év | Születéskor várható átlagos élettartam | |
|------|--|-------|
| | FÉRFIAK | NŐK |
| 1970 | 66,39 | 72,21 |
| 1980 | 65,52 | 72,82 |
| 1990 | 65,21 | 73,88 |
| 1991 | 65,15 | 74,05 |
| 1992 | 64,66 | 73,95 |
| 1993 | 64,63 | 73,98 |
| 1994 | 65,02 | 74,51 |
| 1995 | 65,48 | 74,84 |
| 1996 | 66,32 | 75,07 |
| 1997 | 66,67 | 75,54 |
| 1998 | 66,45 | 75,61 |
| 1999 | 66,72 | 75,59 |
| 2000 | 67,61 | 76,25 |
| 2001 | 68,32 | 76,76 |
| 2002 | 68,39 | 76,84 |

Forrás: WHO/Európa, HFA adatbázis, 2004. január

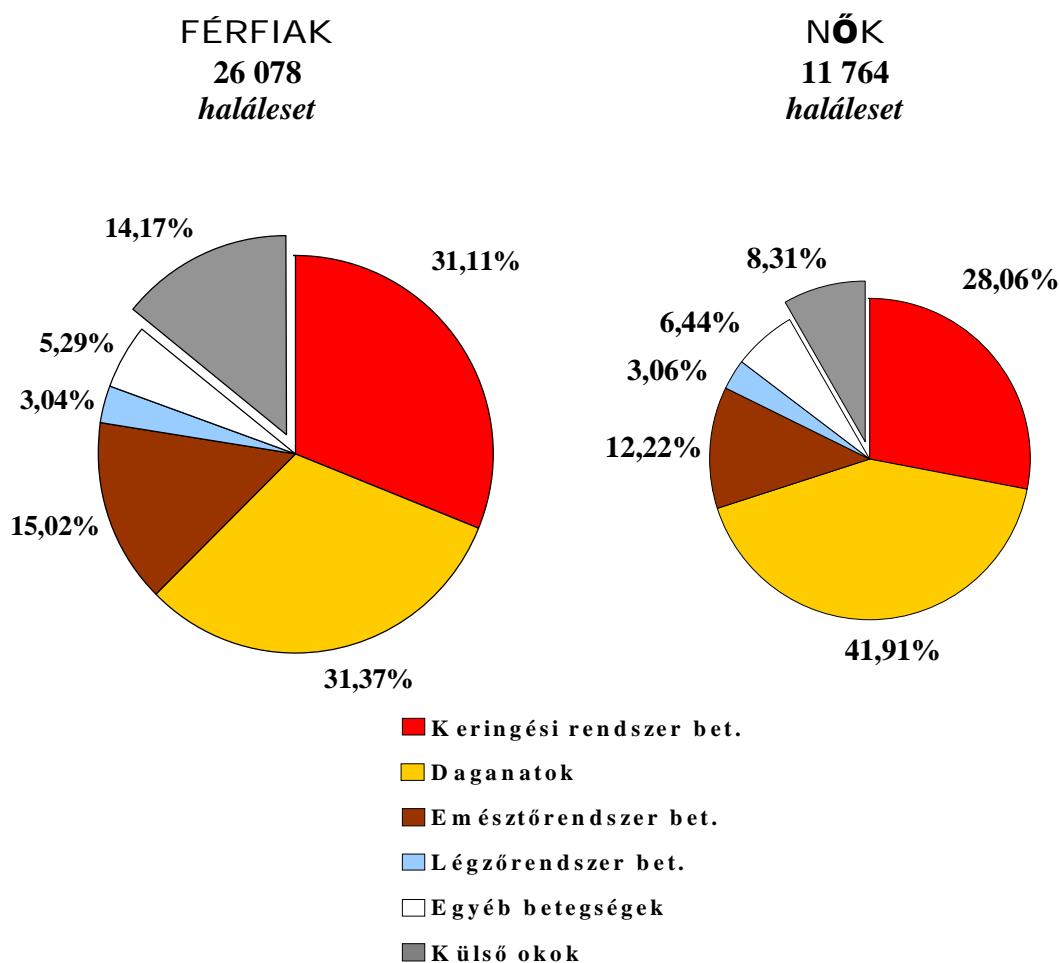
1.2.1. Táblázat: A születéskor várható átlagos élettartam alakulása Magyarországon

Általában a korai halálózás aggasztó mértékére vezethető vissza, hogy a 100 000 före jutó **elveszített potenciális életévek** száma (azaz azon évek száma, amit 70. életévük betöltése előtt elhalálozott honfitársaink még megélhettek volna) úgy a férfiak, mint a nők esetében

igen magas (1998-ban férfiak esetében 13 293 év, nők esetében 5 647 év), nemcsak az e téren legkedvezőbb helyzetben lévő országok, de a volt szocialista államok mutatóihoz viszonyítva is. Az ország egészére vonatkoztatva 1998-ban közel 900 000 az elveszített potenciális életévek száma. A korai halálozás miatti potenciális életévesztést természetesen egyetlen ország sem tudja – még-oly alacsony korai halálozás esetén sem – teljesen kiküszöbölni. Pusztán a magyar lakosság **többletvesztésének** érzékeltetésére említjük, hogy a cseh lakosság halálozásánál is annyival magasabb a hazai korai halálozás miatti veszteségünk (1998-ban mintegy 388 ezer életév többletvesztés), mintha egy év alatt közel 15, 20 éves, magyar utasokkal telt óriás-repülőgép tragédiája (gépenként 500 utassal számolva) következne be.

Az évenkénti halálozási mutatók alapján számított **születéskor várható átlagos élettartam** a férfiak esetében 1988-1993 között – Európában egyedülálló módon – csökkent, s bár a nők esetében 1980 óta enyhe, de gyakorlatilag konzekvens emelkedést mutat (1.2.1. táblázat), messze elmarad mindkét nem esetében nemcsak a vezető országok, de a hasonló történelmi sorsú cseh és lengyel volt „testvérállamok” hasonló mutatóitól is. A földrajzilag hasonló helyzetű, – a múlt század második felétől eltekintve – hasonló történelmi sorsú, Ausztria férfi

A vezető halálokok súlya a 25-64 éves férfiak és nők halálozásában (Magyarország, 2002)



1.2.4. Ábra: A vezető halálokok súlya a 25-64 éves férfiak és nők halálozásában

és női lakosságától elmaradásunk a születéskor várható átlagos élettartam tekintetében 1980 után egyre nőtt, s 1999-ben az elmaradás – az addigi legmagasabb értéket mutatva – férfiak esetében 8,5 évnek, nők esetében pedig 5,6 évnek bizonyult. Egyelőre csak remélni lehet, hogy az ezredforduló évében mutatkozó néhány tized javulás a különbség folyamatos csökkenésének az előjele.

A korai halálozás mértékének csökkentésére irányuló intervenciók tervezése szempontjából döntő fontosságú a **halálloki struktúra** ismerete. Ennek vizsgálata a 25-64 éves korosztályban látszik indokoltnak, tekintettel arra a tényre, hogy a betegségek okozta korai halálozások több, mint 90%-a ebben az életkortartományban következik be.

A 2002-ben 25-64 éves korban bekövetkezett halálesetek (1.2.4. ábra) 31,4%-át a férfiak esetében a daganatos betegségek és 31,1%-át pedig a keringési rendszer betegségei okozták. E két vezető halállokot – közel azonos súllyal – az emésztőrendszer betegségei (15%) és a külső okok (14,2%) követik.

Nők esetében a halálloki rangsor azonos, de a daganatos betegségek és a keringési rendszer betegségei okozta halálozás viszonyát a daganatos betegségek okozta halálozás erős dominanciája jellemzi (41,9%), a második helyen álló, a keringési rendszer betegségei okozta halálozás a korosztály halálozásának 28,1%-át jelenti. Az emésztőrendszer betegségei okozta halálozás 12,2%-kal a nők esetében is a harmadik helyen áll a halálloki szerinti rangsorban, míg a külső okokra visszavezethető halálozás esetükben is a 4. helyen áll, de aránya lényegesen kisebb (8,3%), mint a férfiak esetében.

Bár a légzőrendszer betegségei okozta halálozás halálloki súlya a vezető halállokokhoz viszonyítva mindkét nem esetében lényegesen alacsonyabb (alig több mint 3%), figyelembe véve azt a tényt, hogy többségükben az ún. „elkerülhető halálozás” kategóriájába tartoznak (a mutató évente több, mint 1200 elkerülhető halálesetet jelez), e halálloki csoport a népegészségügyi akciók szempontjából különösen fontos.

Hazánk lakossága különböző betegségcsoportok, ill. erőszak okozta korai halálozásának relatív kockázata (az EU₁₅ átlaghoz viszonyítva) jelentős variabilitást mutat a kockázat mértéke és a változás szekuláris trendje tekintetében egyaránt (1.2.2. táblázat). 1980 óta a keringési rendszer betegségei, a daganatok és az emésztőrendszer betegségei okozta korai **halálozás relatív kockázata mindkét nem esetében jelentősen nőtt.**

Különösen **drasztikus a növekedés az emésztőrendszeri betegségek okozta korai halálozás esetében, ahol 2000-ben az EU₁₅ átlaghoz viszonyítva a férfiak esetében közel 5,5X-ös, nők esetében több, mint 4X-es korai halálozási kockázat állt fenn.**

Kitüntetett halálloki súlya miatt is megkülönböztetett figyelmet érdemel a **keringési rendszer betegségei okozta korai halálozás relatív kockázatának mértéke (férfiak és nők esetében egyaránt 3X-os).**

A daganatos betegségek esetében a relatív kockázat növekedésének mértéke különösen a férfiak esetében jelentős **(a relatív kockázat az 1980-as 1,23 értékről 2000-re 2,07-re növekedett).**

MAGYARORSZÁG 25-64 éves férfi és női lakossága relatív halálozási kockázatának alakulása az EURÓPAI UNIÓ népességével szemben az átlagos halálozási szintek alapján (1980, 1990, 2000)

| Haláloki csoportok | Relatív halálozási arány* (EU átlag = 1,0) | | | | | |
|---------------------------------------|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | FÉRFIAK | | | NŐK | | |
| | 1980 | 1990 | 2000 | 1980 | 1990 | 2000 |
| Keringési rendszer betegségei | 1,88 | 2,80 | 3,04 | 2,19 | 2,99 | 3,02 |
| Daganatok | 1,23 | 1,72 | 2,07 | 1,24 | 1,36 | 1,58 |
| Emésztőrendszeri betegségek | 1,51 | 3,63 | 5,40 | 1,65 | 3,56 | 4,02 |
| Légzőrendszeri betegségek | 1,78 | 2,03 | 1,74 | 1,54 | 1,81 | 1,31 |
| Fertőző és elősdiék okozta betegségek | 2,43 | 2,67 | 1,35 | 1,72 | 1,53 | 0,91 |
| Erőszak (külső okok) | 2,15 | 2,70 | 2,43 | 1,86 | 2,18 | 1,81 |
| HALÁLOZÁS ÖSSZESEN | 1,60 | 2,26 | 2,47 | 1,58 | 1,92 | 1,95 |

* $\frac{SHA \text{ (Magyarország, 25 - 64 évesek)}}{SHA \text{ (EU átlag, 25 - 64 évesek)}}$

 A vizsgált időszakban legnagyobb

Forrás: WHO/Európa, HFA adatbázis, 2004. január

1.2.2. Táblázat: Magyarország 25-64 éves férfi és női lakossága relatív halálozási kockázatának alakulása az EU népességével szemben az átlagos halálozási szintek alapján (1980, 1990, 2000)

A **légzőrendszeri** betegségek okozta korai halálozás relatív kockázata 1990-2000 között **mérséklődni látszik** mindkét nem esetében, hasonlóan a **férfiak fertőző betegségek** okozta korai halálozásának relatív kockázatához. Míg minden egyéb haláloki csoport esetében az 1980-2000 között lezajlott relatív halálozási rizikó-változás aggasztó vagy legfeljebb reménykeltő, a **nők fertőző betegségek okozta korai halálozása** örvendetes módon az **EU₁₅ átlag szintje alá csökkent.**

A megbetegedési viszonyok jellegzetességei

Bár a lakosság egészségi állapotának jellemzéséhez a halálozási viszonyok ismerete nélkülözhetetlen, de önmagában nem elégséges. Fontos a megbetegedési viszonyok ismerete, nemcsak a lakosság egészségi állapotának és az abban bekövetkező változásoknak a jellemzése érdekében, de a társadalomra nehezedő betegségteher becsléséhez, valamint az egészségügyi ellátórendszer és a népegészségügyi tevékenység racionális, a lakosság szükségleteihez igazított, tervezéséhez.

A megbetegedési viszonyok jellemzéséhez adatok különböző forrásokból nyerhetők:

- **a fekvőbeteg intézetek nyilvántartásaiból;**
 - **a Háziorvosi Morbiditási Adatgyűjtési Programból (HMAP-ból);**
 - **alkalomszerű lakossági felmérések** (pl. Országos Lakossági Egészségfelmérés – **OLEF** – **2000** és **2003**-ban) adataiból képzett megbetegedési adatbázisokból;
 - **Nemzeti Rákregiszter** adataiból;
 - **Bejelentésre kötelezett fertőző betegségek** adatbázisából.
- **A fekvőbeteg intézetek nyilvántartásai** az esetek **döntő többségében nem alkalmasak** a megbetegedési viszonyok elemzésére, hisz ezek alapvetően **betegforgalmi adatokat** tartalmaznak, melyek a fekvőbeteg intézet ellátási területéhez tartozó lakosságcsoporthoz megbetegedési viszonyairól eleve csak részleges, ugyanakkor az ismétlődő jelentkezések miatt átfedésekkel terhes, s így tisztításra szoruló adatbázisok, melyek validitását tovább rontja a finanszírozási érdekeltségekre visszavezethető torzítás. Ugyanakkor a fekvőbeteg intézetek célzott adatszolgáltatása esetenként pótolhatatlan értékű nyilvántartásokat generálhat, mint pl. az Országos Onkológiai Intézet által gondozott rákregiszter, a daganatos megbetegedések nyilvántartására.
 - Az **alkalomszerű lakossági felmérések** jellemzően kérdőíves felmérések, amelyekben a megkérdezett egyének nyilatkoznak saját vélt vagy valós egészségi állapotukról, ill. betegségeikről, ami értelemszerűen bizonytalansághoz vezet a felmérések adataiból képzett megbetegedési adatbázisok elemzése során. Az OLEF - 2000 és – 2003 adatainak jelentőségét az egészségmagatartást bemutató bekezdés tárgyalja bővebben.
 - A **házi orvosi őrpontrendszeren** alapuló HMAP, mely a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Iskolája és az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat együttműködése révén 1998 óta működik, nyolc megye 147 házi orvosi praxisának részvételével gyűjt és szolgáltat megbetegedési adatokat a legnagyobb népegészségügyi jelentőségi megbetegedésekről, így a
 - **magas vérnyomásról,**
 - **az ischaemiás szívbetegségekről,**
 - **a heveny szívizominfarktusról,**
 - **a szélütésről,**
 - **a cukorbetegségről és**
 - **bizonyos daganatos megbetegedésekről.**

A programban résztvevő megyék biztosítják az ország különböző régióinak geográfiai képviselőit, s a résztvevő háziorvosi praxisokhoz tartozó lakosok – a magyar felnőtt lakosság 2,6 %-a – kor és nem szerint jól reprezentálják az ország teljes lakosságát; így a HMAP adatai megbízhatóan írják le az ország felnőtt lakosságának jellemző megbetegedési viszonyait.

A HMAP adatai (1.2.3. táblázat) jól mutatják, hogy a kor előrehaladtával a **szív-érrendszeri** betegségek és a **cukorbetegség** előfordulási gyakorisága úgy férfiak, mint nők esetében **egyre növekszik**, míg a **májzsugor** gyakorisága az **55-64** éves korcsoportban **tetőzik**.

A felismert és nyilvántartott megbetegedéseken túl a rejtett morbiditás vizsgálat eredményei alapján rá kell mutatnunk a fel nem ismert, következésképp nem kezelt/nem gondozott magasvérnyomás-megbetegedés és cukorbetegség nagy gyakoriságára. Zala és Szabolcs-Szatmár-Bereg megye HMAP-ban résztvevő háziorvosi praxisaiban 2001-ben az 55-64 éves korú férfiak és nők körében elvégzett szűrővizsgálatok eredményei jól mutatják, hogy ebben a korcsoportban körülbelül minden negyedik magasvérnyomás és minden harmadik cukorbetegség csak a szűrővizsgálat kapcsán került felismerésre. Megalapozott feltételezni, hogy a rejtett morbiditás a felmérésbe vont megyékhez hasonló mértékben érinti az ország egyéb területein élő lakosságot is.

| | Korosztály | | | |
|--------------------------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| | 35-44 | 45-54 | 55-64 | 65-74 |
| Magas vérnyomás | | | | |
| férfiak | 9,0 – 13,4 | 18,4 – 32,5 | 31,9 – 51,3 | 41,8 – 62,7 |
| nők | 7,0 – 12,6 | 22,1 – 32,6 | 38,6 – 55,3 | 53,6 – 71,1 |
| Ischaemiás szívbetegség | | | | |
| férfiak | 0,5 - 2,0 | 2,1 – 8,4 | 5,2 – 20,3 | 12,2 – 31,3 |
| nők | 0,0 – 2,6 | 1,8 – 10,4 | 4,5 – 20,8 | 9,7 - 30,8 |
| Szívinfarktus | | | | |
| férfiak | 0,1 - 0,4 | 0,8 – 1,8 | 1,4 – 3,5 | 2,4 – 5,6 |
| nők | 0,0 - 0,2 | 0,2 - 0,7 | 0,5 - 1,2 | 1,3 - 2,4 |
| Szélütés | | | | |
| férfiak | 0,1 – 0,5 | 0,8 – 1,5 | 2,0 – 4,2 | 2,9 – 8,4 |
| nők | 0,0 - 0,3 | 0,5 - 1,5 | 1,1 - 2,6 | 1,7 - 4,4 |
| Cukorbetegség | | | | |
| férfiak | 1,4 – 2,2 | 5,4 – 8,7 | 9,3 – 15,3 | 10,4 – 18,4 |
| nők | 1,1 - 2,1 | 3,0 - 4,7 | 6,8 - 13,8 | 9,6 - 17,9 |
| Májzsugor | | | | |
| férfiak | 0,4 – 2,5 | 1,0 – 5,1 | 2,8 – 11,0 | 1,2 – 5,8 |
| nők | 0,1 - 0,6 | 0,4 - 1,1 | 0,6 - 2,0 | 0,5 - 0,9 |

1.2.3. Táblázat: A szív- és érrendszeri betegségek, a cukorbetegség és a májzsugor előfordulási gyakorisága 2004. január 01.-én korosztályonkénti és nemenkénti bontásban a HMAP-ban résztvevő nyolc megyében, a szélső értékek (%) közötti tartománnyal jellemezve

A **Nemzeti Rákregiszter** adatai alapján megállapítható, hogy hazánkban férfiak esetében a daganatos megbetegedések között a **légzőrendszer és az emésztőrendszer daganatai** vezetnek, míg nők esetében az **emésztőrendszer daganatait az emlő és a női nemi szervek daganatai** követik. Gyakoriságukat tekintve a **légső, a hörgő és a tüdő** rosszindulatú daganatai nemcsak a férfiak esetében jelentenek vezető daganatos megbetegedést és halálokot, de mára ennek a daganattípusnak a gyakorisága a **nők** esetében is igen számottevővé vált, halálozás vonatkozásában megelőzte 2003-ban az emlőrák okozta halálozást.

Fontos rámutatni, hogy a szűrhető daganatos megbetegedések (méhnyakrák, emlőrák, vastag- és végbélrák, továbbá az ajak, szájüreg és a garat, a prosztatata, valamint a bőr daganatos megbetegedései) okozta halálozás is rendkívül magas.

- A hazánkban évtizedek óta zajló következetes és hatékony **járványügyi tevékenységnek** köszönhetően a fertőző betegségek súlya hazánkban – a fejlett országokhoz hasonlóan – **viszonylag alacsony**. A fertőző betegségek kötelező jelentési rendszere 1931 óta működik, s jelenleg 61 fertőző betegség esetében kötelező a bejelentés. Az elmúlt évtizedekben – a betegségmegelőzés, ezen belül is a védőoltások, hatékonyságának köszönhetően – a korábban pusztító fertőző betegségek (**diftéria, szamárköhögés, járványos gyermekbénulás, kanyaró, hastífusz** stb.) mára gyakorlatilag **megszűntek hazánkban**, s jelentősen **visszaszorult a fertőző májgyulladás és a vérhas is. 2004-ben a bejelentett fertőző megbetegedések több mint felét az emésztőrendszeri fertőző betegségek tették ki**, s hasonló nagyságrendben szerepeltek a légúti fertőzések.

Hazánkban az AIDS járványügyi jelentősége viszonylag korán felismerésre került, és a HIV fertőzöttség korlátozására idejekorán hatékony intézkedések történtek. Ennek köszönhetően a hazai HIV/AIDS helyzet viszonylag kedvező. Az utóbbi 5 évben az újonnan diagnosztizált HIV fertőzések száma **47 és 83 között mozgott, a fertőzöttek 85%-a férfi, 15%-a nő volt**. A HIV pozitív személyek 30%-a hazánkban nem magyar állampolgár, az utóbbi években bejelentett HIV pozitív esetek mintegy fele külföldi HIV fertőzött volt. Hazai és nemzetközi adatok összehasonlítása alapján a magyar HIV járványügyi helyzet viszonylag kedvezőnek tekinthető ugyan, de helytelen lenne, ha ez a tény a veszély alábecslésével társulna, hisz a kedvező adatok sokkal inkább a hatékony megelőzés fontosságára (és eredményességére) hívják fel a figyelmet.

Az egészségmagatartás jellegzetességei

A felnőtt magyar lakosság egészségmagatartására vonatkozóan az Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) adatai adnak tájékoztatást. Az OLEF eddig két ízben, 2000-ben és 2003-ban, került lebonyolításra. A felmérések adatai egymással összevethetők, s a felmérések közötti időszakban bekövetkezett változásokat meg lehet ítélni. Az OLEF 2000 és 2003 adatai között az alapvető egészségmagatartási mutatók viszonylatában lényeges eltérés vagy nem mutatható ki, vagy – sajnálatos módon – **a 2003 évi mutatók a 2000 évi mutatóknál is kedvezőtlenebbek.**

Az OLEF 2003 kérdőíves felmérés minden magyar megye lakosságának arányos képviselővel, 447 településről véletlenszerűen kiválasztott, 18 évnél idősebb, 5072 magyar állampolgár részvételével került sor (az eredetileg 7000 főre tervezett részvétel 78%-os megvalósulása). A minta a teljes magyar lakosságra reprezentatív kor, nem és lakóhely vonatkozásában.

A magyar lakosság saját egészségéről alkotott véleménye igen kedvezőtlen, hisz

*a megkérdezett nők közül minden ötödik,
míg a férfiak közül minden nyolcadik*

rossznak, vagy nagyon rossznak ítélte egészségi állapotát, ami az **EU átlaghoz viszonyítva háromszoros gyakoriságot jelent mindkét nem esetében**. A felmérésben közel 20, népegészségügyi szempontból kiemelt jelentőségű krónikus betegség előfordulási gyakoriságáról is adatokat gyűjtöttek **önbevallás** alapján.

A nők közel 40%-a, s a férfiak több, mint 30%-a tett említést arról, hogy valamelyik a **keringési rendszert** érintő megbetegedésben szenved. A megkérdezettek közel **30%-a említette, hogy magas vérnyomásban szenved**, míg a nők 8%-a, illetve a férfiak **7%-a cukorbetegnek** vallotta magát.

Mozgásszervi panaszokat (jellemzően nyak, hát vagy deréktáji fájdalmat) a férfiak közel fele, illetve a nők közel 60%-a említett.

Az OLEF 2003 gyorsjelentés a krónikus népbetegségek rizikótényezői közül az **elhízás**, az **alkoholizmus** és a **dohányzás** előfordulási gyakoriságát elemzi.

Az adatok szerint a nők 29%-a, a férfiak 38%-a **túlsúlyos**, s minden ötödik felnőtt **elhízottnak** tekinthető.

A **bevallott alkoholfogyasztás** alapján a nők 3%-a, a férfiak 18%-a nagyivónak, míg a nők 8%-a és a férfiak 31%-a mértékletes ivónak tekinthető. Bár a felmérés az alkoholfogyasztási szokásokról önkitöltős kérdőíven tájékozódott, az alkoholizmussal kapcsolatban kialakuló személyiségváltozás jellegzetességei alapján valószínűsíthető, hogy a tényleges arányok ennél magasabbak.

A felmérés évében a nők 29%-a, a férfiak 42%-a **dohányzott**, nagy többségük napi rendszerességgel. Igen aggasztó, hogy az egyes korcsoportok közötti különbségeket vizsgálva mindkét nemből a fiatalok között a legmagasabb a dohányosok aránya: a 18-34 éves korcsoportban a nők 38%-a, a férfiak 51%-a dohányzik.

Az egészségügyi ellátás igénybevételére vonatkozóan az OLEF 2003 adatai arra hívják fel a figyelmet, hogy az **orvoshoz fordulás gyakorisága**, illetve a különböző szűrő- és betegségmegelőző programok igénybevétele messze elmarad a kívánatostól. A felmérést megelőző egy évben a megkérdezettek mindössze 38%-a járt fogorvosnál. A 45-64 közötti nők egyharmada két éven belül nem vett részt emlőrák szűrésen. A rákszűrésen való részvétel nemcsak az emlőrák esetében nem kielégítő, de a méhnyakrák szűrés igénybevétele is súlyos

kívánnivalókat hagy maga után (a 25-64 éves nők több, mint 10%-a életében soha nem vett részt méhnyakrák szűrésen).

Térségi és társadalmi egyenlőtlenségek a lakosság egészségi állapotában

Hangsúlyozandó az a tény, hogy a magyar férfiak és nők egészségi állapotát jellemző globális mutatók mögött jelentős **térségi egyenlőtlenségek** húzódnak meg.

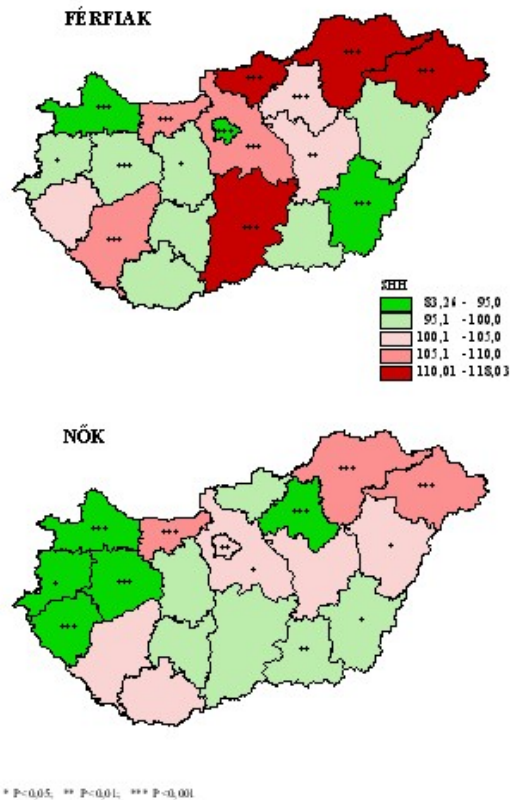
A halálozás térségi egyenlőtlenségeinek jellemzését a standardizált halálozási hányados (SHH) mutató – mely adott terület lakossága halálozásának és az országos átlagnak a viszonyszáma – segítségével végezhetjük el. A halálozás megyénkénti átlagainak az országos átlagtól való eltérése férfiak esetében igen tág határok (74,44%-125,15%), nők esetében viszonylag szűkebb tartományban mozog (79,39%-108,37%) (1.2.5. ábra). Az országos átlagtól való eltérés mértéke az egyes megyékben halálokonként különböző, és az eloszlás térségi jellegzetességei is halálokokként változnak.

Az egyes megyék SHH értékeinek elemzésekor fel kell hívni a figyelmet arra a sajnálatos tényre, hogy az országos átlagnál jelentősen alacsonyabb halálozás is csak országon belüli viszonyításban minősíthető kedvezőnek, hisz még a legkedvezőbb adatokkal jellemezhető megyék halálozási mutatói is messze meghaladják az EU₁₅ átlagot. Ugyanakkor ki kell emelni, hogy az országos átlagnál szignifikánsan magasabb korai halálozási **veszélyeztetettségük** miatt megkülönböztetett figyelmet érdemel **Szabolcs-Szatmár-Bereg, Borsod-Abaúj-Zemplén, Nógrád és Bács-Kiskun megye** lakosságának egészségvédelme.

A halálozás megyék szerinti elemzése szükséges, de nem elégséges. Szabolcs-Szatmár-Bereg megye férfi és női lakossága korai halálozásának településméret szerinti bontásban elvégzett elemzése (1.2.6. ábra) jól példázza, hogy egy **megyén belül is számottevő a heterogenitás** mértéke, s ennek feltárása egészségfejlesztési stratégiák/programok kidolgozásának alapjául szolgálhat. **Szabolcs-Szatmár-Bereg** megye lakosságának halálozása az országos átlagnál szignifikánsan kedvezőtlenebb, de a megyén belül a megyeszékhely mutatói az országosnál szignifikánsan kedvezőbbek. A megye előnytelen helyzetét a halálozási statisztikákban kisebb, döntően a **10 000-nél kevesebb lakosság számú, településeinek tragikus halálozási viszonyai magyarázzák.**

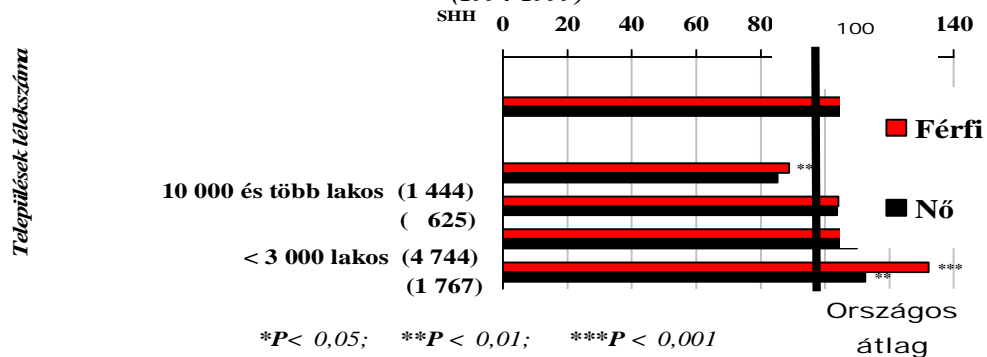
A területi egyenlőtlenségek természetesen a megbetegedési viszonyok és az egészségmagatartási mutatók tekintetében is fennállnak. Nem meglepő, hogy a népegészségügyi szempontból legjelentősebb krónikus nem fertőző betegségek gyakoriságának megyénkénti eloszlása elég jó egyezést mutat a halálozások mértékének eloszlásával, s az OLEF adatok is lényeges eltéréseket tárnak fel az egyes magyarországi régiók vonatkozásában.

A 25-64 éves férfiak és nők halálzásának eltérései az országos átlagtól megyék szerint (Magyarország, 1994-1999)



1.2.5. Ábra: A 25-64 éves férfiak és nők halálzásának eltérései az országos átlagtól megyék szerint

A 25-64 éves lakosság halálzásának területi különbségei a települések lélekszáma és nem szerint Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében (Zárójelben a halálesetek száma) (1994-1999)



1.2.6. Ábra: A 25-64 éves lakosság halálzásának területi különbségei

Irodalom

Ádány R. (szerk.): *A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón*. Medicina, 2003.

Országos Lakossági Egészségfelmérés 2003. Gyorsjelentés, Országos Epidemiológiai Központ, 2004.

Feladat

1. Gyűjtse össze a régiója populációjának egészségi állapotát bemutató cikkeket a helyi sajtóból!

1.3. A MAGYAR GYERMEKPOPULÁCIÓ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA ÉS EGÉSZSÉGMAGATARTÁSA

Dr. Aszmann Anna

Bevezetés

Az egészség az egyén és a társadalom legfőbb erőforrása. A betegség súlyosan veszélyezteti az egyének életminőségét, a társadalom szintjén a munkaerő mennyiségét és minőségét, növeli nemcsak az egészségügyre, de a szociális ellátásra és az oktatásra fordítandó kiadásokat is, valamint rontja a társadalom közérzetét.

Miért fontos a gyermekek egészségi állapotának ismerete?

Az egészségi állapot ismerete szükséges ahhoz, hogy társadalmi és kisközösségi szinten (például egy iskolában) célszerűen és költséghatékonyan tervezhető és szervezhető legyen az egészségvédelem és az egészségfejlesztés.

A gyermekek egészségi állapotának értékelése

Gyermekkor alatt a születéstől 18 éves életkorig tartó időszakot értjük. A gyermekek egészségi állapotát hasonló adatokkal (mutatókkal) jellemezhetjük, mint a felnőttekét, azonban a várható élettartam, a halálozási és megbetegedési adatok mellett nagyon lényeges ismernünk a megszületett generáció „minőségét” (születéssel kapcsolatos adatok), és – mivel dinamikusan fejlődő emberkékről van szó – a fejlődéssel kapcsolatos jellemzőket is.

A megszületett gyermekek egészségi állapota, fejlettsége ugyanúgy befolyásolja a gyermekkorúak egészségi állapotát és egészségügyi, szociális, oktatási szükségleteit, mint ahogy a gyermekkorúak és ifjak egészségi állapota és életmódja a felnőtt korúak egészségi állapotát és szükségleteit közérzetét, a gazdaság sikerességét.

A gyermekek egészségi állapotát tükröző adatok

Fiataljaink életkilátásai, várható élettartama

A 15 éves magyar serdülők várható élettartamát az Európai Unió országainak átlagával összehasonlítva megállapítható, hogy a magyar adatok jóval kedvezőtlenebbek: lányaink 9, fiaink 11 évvel alacsonyabb életkorra számíthatnak.

Élve születés, korán, kis súllyal születés

Mivel még 50 évvel ezelőtt is kétszer annyi gyermek jött világra, mint 2003-ban, népesedési, humán és társadalmi-gazdasági szempontból is nagy a jelentősége minden megszületett gyermekek életben tartása és megfelelő egészségének és életminőségének elősegítése.

A koraszülés népegészségügyi probléma. Minden száz újszülöttből azonban közel 9 (átlagosan 8,7) korábban és kisebb súllyal, éretlenebbül, és kedvezőtlenebb életkilátásokkal jön a világra¹. Az igen kis súly, az ezzel járó kényszerűen szükséges intenzív kezelések nemcsak azonnal észlelhető súlyos testi és szellemi károsodásokat okozhatnak, de – mint ezt a követéses vizsgálatok is bizonyítják – intellektuális fejlődésben való elmaradást is. A kis súlyú újszülöttek közül sokkal többen halnak meg egy éves életkoruk betöltése előtt, mint a normál súlyúak közül.²

Az utóbbi évek kutatási eredményei az alacsony születési súly és a felnőttkori szív-érrendszeri betegségek kapcsolatát is bizonyították.

A koraszüléssel összefüggést mutató tényezők

A korán, kis súllyal születés azonban nem elsősorban egészségügyi, hanem szociális, kulturális és életmódbeli probléma. Közel négyszer magasabb előfordulást mutat az alacsonyan iskolázott anyák, és kiemelkedően magas arányt a dohányzó anyák újszülöttjei között. Bizonyítottan gyakrabban fordul elő a művi terhesség megszakításokat követően. Ezek száma az elmúlt években (a serdülőkorúak között is) csökkent ugyan, de még így is 2003-ban 189 abortuszt regisztráltak a 14 évesnél fiatalabb lányok, és 6139 abortuszt a 15-19 éves lányok között (közel 20 abortusz jutott minden 1000 serdülő lányra). A serdülőkorban bekövetkezett szülések (6600 eset 2003-ban) sem jelentenek azonban optimális megoldást. Ezeknek a csecsemőknek a $\frac{3}{4}$ -e házasságon kívül jön a világra, magas közöttük a csecsemőhalálozás, és az esetek többségében súlyos egzisztenciális törést jelentenek az anya életében.

Joggal állítható tehát, hogy a hazai népesség egészségi állapotát messzemenően meghatározza a már születéskor is fennálló esélyegyenlőtlenség. A serdülő fiatalok szexuális viselkedése (mennyire sikerül késleltetni az aktivitást, alkalmazzák-e a teherbeesést és szexuálisan átvihető betegségeket megelőző védekezési módokat) is egyik kulcskérdése az egészséges reprodukciónak. (1.3.1. ábra)

¹ Koraszülöttek: a 2500 gr-nál alacsonyabb súlyú élveszületettek. Igen kis súlyúak: az 1500 gr vagy ennél is kisebb súllyal világra jöttek.

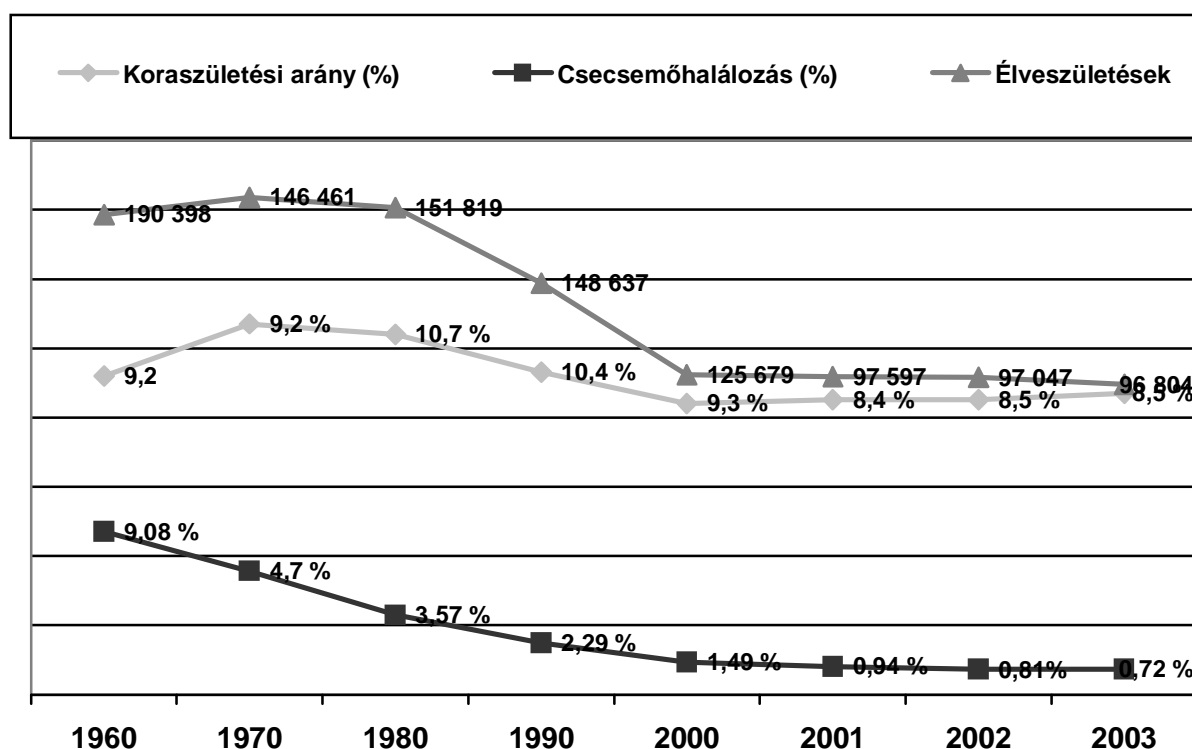
² Míg 1000 normál súllyal született közül nem egészen 3 (átlagban 2,5), addig 1000 kis súlyú közül 58 hal meg első születésnapja előtt.

Csecsemő- és gyermekhalálozás (mortalitás)

A csökkenő születésszám mellett szerencsére mind több újszülött marad életben. Amíg pl. 1950-ben ezer élve születéskor elhalálozott első születésnapja előtt 92, 1970-ben 30, addig 2003-ban kevesebb, mint 8 (7,3) halálozott el. Csecsemőhalálozásunk tehát (amely minden országnak az egyik legfontosabb társadalmi-gazdasági és egészségügyi mutatója) egyre javul, azonban még mindig magasabb nemcsak a legjobb európai, de a környező országok közül Ausztria, a Cseh Köztársaság, és Szlovénia csecsemőhalálozásánál is. Magyarország különböző területeinek fejlettsége is jól tükröződik ezekben az eredményekben: több év átlagát tekintve az átlagnál sokkal magasabbak Somogy, Borsod-Abaúj-Zemplén, Szabolcs és Békés megyék adatai, míg Vas, Veszprém és Hajdú-Bihar megyék adatai jobbakk.

Kiemelten fontos nemzetközi indikátor az 5 éves kor alatti halálozás is, melyet az ország társadalmi, gazdasági, kulturális fejlettsége mellett már a csecsemőhalálozásnál erősebben befolyásol az egészségügyi ellátás minősége.

Magyarország eredményei folyamatosan javulnak (1000 0-4 éves gyermekből 2003-ban nem egészen kettő, (1,7) halálozott el), jobbakk a közép-kelet-európai régió átlagánál, de magasabbakk az uniós átlagnál.



A csecsemőhalálozás mértékegysége az ezrelék (1000 élveszületett csecsemőből 1 éves életkor betöltése előtt elhalálozottak száma). Ezen az ábrán azért tüntettük fel százalékban, hogy jól összevehető legyen a három mutató tendenciája: az élveszületési arány csökkenése, a csecsemőhalálozás javulása mellett a koraszületések arányának stagnálása.

1.3.1. Ábra: Élveszületések számának, a csecsemőhalálozás és a koraszületések arányának változása 1960-2003 között

Miben halnak meg a magyar gyermekek? (halálokok)

Amíg a csecsemőhalálozást a kis súlyú születés és a fejlődési rendellenességekből eredő halálokok határozzák meg, addig a nagyobb gyermekeknél egyre növekszik, még a daganatok okozta halálozást is megelőzve, az úgynevezett „külső”, „erőszakos” cselekmények okozta halálozás súlya.

Balesetek, öngyilkosságok, testi sértések (úgynevezett külső halálokok)

Szomorú statisztika, hogy az 1-4 évesek halálozásának 28%-át teszik ki a balesetek és gyermekek ellen elkövetett erőszak, a 10-19 évesek halálozásának 51%-át teszik ki a balesetek, 19%-át az öngyilkosságok, és 13 gyermek halt meg ellenük elkövetett testi sértés miatt (Ez 2003-ban 198 balesetből, 49 öngyilkosságból és 23 gyermekek ellen elkövetett erőszakból eredő halált jelent).

A lányok között az utóbbi években a balesetkből eredő halálozás csökkent, a fiúk között azonban, elsősorban a motoros járműbalesetek magas száma miatt, nem. Az öngyilkosságból eredő gyermek- és serdülőkori halálozás stagnál. Adatgyűjtéseink arra utalnak, hogy a serdülőkorú tanulók átlagosan 1/5-e szenved évente (nem halálos) balesetet, nem csekély számban az iskolában. A balesetkből eredő halálozás és tartós egészségromlás népegészségügyi problémát jelent, ugyanakkor a balesetre hajlamosító környezeti és személyes tényezők, szituációk feltérképezésében, az összehangolt megelőzésben még a kezdeteknél tartunk, nagyon sok a tennivalónk.

A befejezett öngyilkosságok csak a jéghegy csúcsát jelentik, becslések szerint ennél 10-szer többen kísérelnek meg öngyilkosságot³. Az öngyilkosságok okainak felderítésében és a megelőzésben még szintén a kezdetek kezdetén tartunk, többek között szerepet játszik ebben a mentálhigiénés és gyermekpszichiátriai ellátó rendszer igen kis kapacitása és az alacsony pszichológiai kultúra.

A csecsemő- és gyermekgyilkosságok, a gyermekek bántalmazása a társadalomban felgyülemlett feszültséget és agressziót jelzik. A gyermekvédelem, a gyermekegészségügyi szolgálatok és a pedagógusok összefogására, információcseréjére nagy szükség van ezek megelőzésében.

A gyermekek testi fejlődése, erőnléte

A növekedés és fejlődés ütemét és mértékét örökletes és környezeti tényezők egyaránt meghatározzák. A testmagasság és testsúly mérésére és értékelésére – amely a gyermekek

³ Az öngyilkossági kísérlet stigmatizál, ezért sok öngyilkosságot balesetnek tüntetnek fel. Mivel az öngyilkossági kísérletet a későbbi kísérletek szempontjából intő jelnek kell tekinteni, ez a maszkírozás a megelőzés esélyeit súlyosan veszélyezteti.

egészségügyi vizsgálatainak szerves része – már hazai standardok állnak rendelkezésre⁴. A humánbiológiai kutatások világszerte, így nálunk is jelzik, hogy felgyorsult a gyermekek növekedése, és korábban észlelhető a serdülés. Ezt a jelenséget a **pozitív szekuláris trend** elnevezéssel illetik. Az első menarche medián értéke vizsgálataink szerint $12,88 \pm 0,15$ év, a fiúknál első magömlés medián értéke $13,13 \pm 0,09$ év⁵.

Komoly problémák adódnak azonban abból, ha a növekedés ütemével nem tart lépést a törzs és a végtagok izomzatának erősödése, vagy a testsúly növekedésének üteme aránytalanul meghaladja a magasság növekedést. Az iparosodott országokhoz hasonlóan a magyar fiatalok között is észlelhető mindkét jelenség.

Így növekszik, és már óvodás korban is észlelhető:

- A **testtartási problémák** (hanyagtartás) száma. Ezek arányát az ortopéd szakorvosok által végzett vizsgálatok 40-70 % közöttinek találták.
- A **túlsúlyos** és kifejezetten **elhízott** gyermekek aránya, melyet, életkortól és a vizsgálatok módszerétől függően 10-25 % közöttinek találták.
- Az elhízottak számának növekedésével párhuzamosan egyre több esetben észlelik az eddig csak felnőttkorban ismert, felnőtt (II. típusú) **cukorbetegség gyermekkori megjelenését**.

Bizonyított, hogy a kövér serdülőkből nagy valószínűséggel lesz kövér felnőtt, az elhízásnak minden járulékos szövődményével együtt. Így a gyermekkori kövérség is joggal sorolható a népegészségügyi problémák közé.

Mind a kövérség, mind a testtartásproblémák és a fizikai teherbíró képesség csökkenése az életmóddal és bizonyos környezeti tényezőkkel magyarázhatók: a kevés mozgással, a nem megfelelő ülőbútorokkal az iskolában, a számítógép nem ergonomiás használatával, az iskolatáska megnövekedett súlyával és nem megfelelő viselésével.

Mozgásszegény életmód

Az „Iskolásgyermekek Egészségmagatartása” WHO nemzetközi vizsgálat (HBSC) hazai eredményei azt mutatják, hogy a 11-17 éves tanulóknak csupán 1/3-a mozog eleget, 1/3-a pedig gyakorlatilag semmit. Az életkor emelkedésével (13 éves életkortól) elsősorban a lányok között, egyre nő a fizikailag passzív életmódot folytatók aránya.

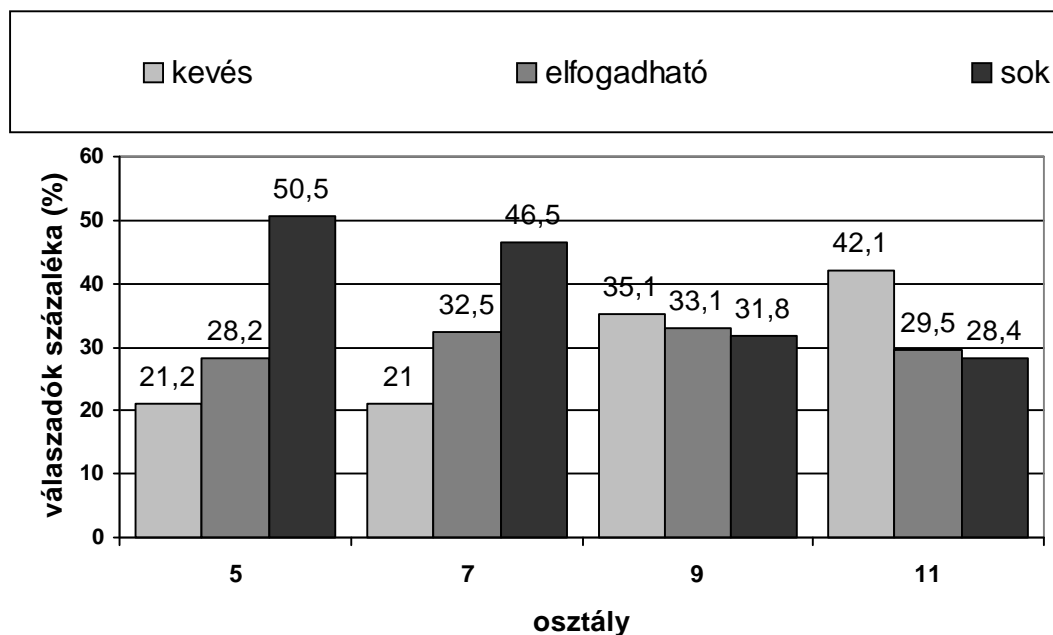
Ugyanakkor a mindennapok és a hétvégék egyre tetemesebb részét foglalja el a televízió, a videó és a számítógép:

- Iskolnapokon 4 vagy ennél is több órát néz televíziót a serdülők 1/5-e, hét végén a tanulók fele.

⁴ 3 évtizede folyó, követéses és keresztmetszeti hazai növekedés vizsgálatok eredményeképpen saját magasság és testtömeg növekedési táblázatok és percentilis görbék használata segítségével értékelhetjük gyermekeink fejlődését.

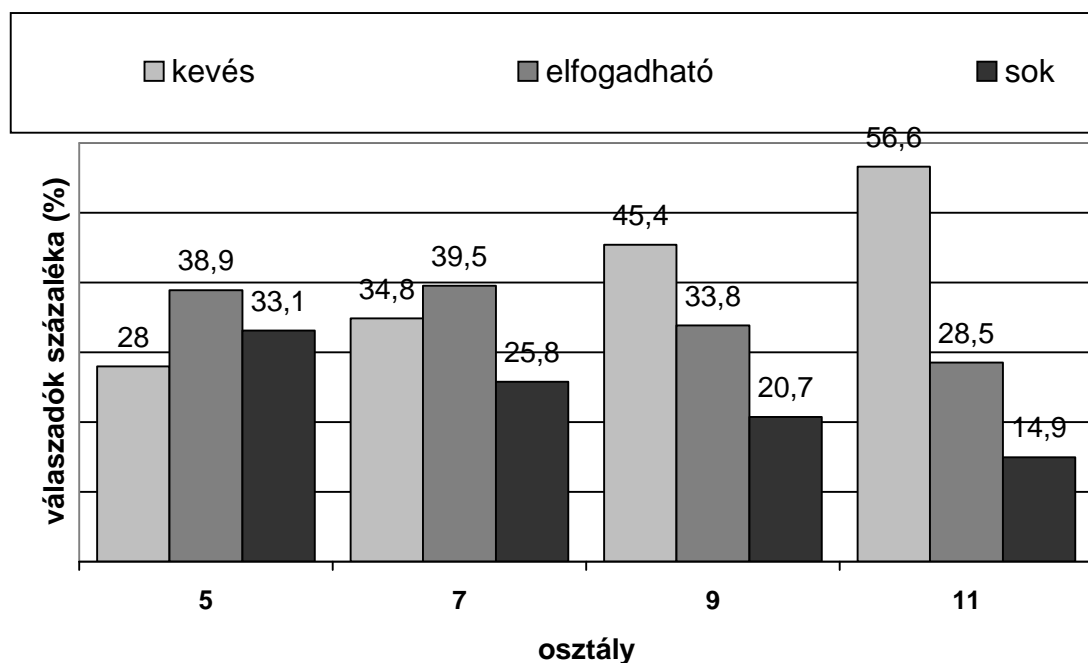
⁵ Az „Iskolás gyermekek Egészségmagatartása” vizsgálat keretében tettük fel az erre vonatkozó kérdéseket, és a „status quo” módszerét használtuk. Magyarország 1985 óta vesz részt egy ma már 35 országra kiterjedő, 11-15 éves gyermekek között végzett életmód vizsgálatban. Ennek keretében 5 hazai adatfelvétel történt, a legutolsó 2002-ben. Magyarországon a 17 évesekre is kiterjed a vizsgálat. A vizsgálat angol neve Health Behaviour in School-aged Children, HBSC study

- Iskolanapokon több mint 2 órát számítógépezik a tanulók 23 %-a, hétvégén 1/3-a. A másnapi iskolai felkészülésre fordított időt is figyelembe véve⁶ állíthatjuk, hogy gyermekeink ülő helyzetben töltik napjaik legnagyobb részét. (1.3.2. ábra; 1.3.3. ábra)



Kevés: hetente egy vagy 1-2 napon mozog 1-1 órát; **Elfogadható:** hetente 3-4 napon mozog 1-1 órát; **Sok:** hetente 5 vagy több napon mozog

1.3.2. Ábra: Fiúk – elmúlt heti testmozgása iskolai osztály szerint



Kevés: hetente egy vagy 1-2 napon mozog 1-1 órát; **Elfogadható:** hetente 3-4 napon mozog 1-1 órát; **Sok:** hetente 5 vagy több napon mozog

1.3.3. Ábra: Lányok – elmúlt heti testmozgása iskolai osztály szerint

⁶ A tanulók fele naponta 2-3 órát, 1/5-e 4 vagy több órát készül másnapra. A másnapi felkészülésre fordított idő nemzetközi összehasonlításban is kiugróan magas.

Táplálkozási problémák

A gyermekek táplálkozására vonatkozó vizsgálatok és tapasztalatok alapján a következő problémák emelhetők ki:

- A rendszertelen táplálkozás, amely inkább a lányokra jellemző. A 11-15 éves tanulók 1/3-a reggeli nélkül megy iskolába, 40 %-a rendszertelenül vacsorázik.
- A táplálkozás minősége, amelyben a zöldségfélék és a gyümölcsök rovására egyre inkább teret hódítanak a szénhidrátban és zsírban gazdag „nasik”, városokban a gyorséttermi ételek, és a legfiatalabbak által is fogyasztott magas cukortartalmú üdítők.
- Elsősorban a serdülő lányok között terjednek a gyakran egészségtelen, orvosi kontroll nélküli fogyókúrák (a HBSC vizsgálat válaszai szerint a serdülő lányok 34%-a valamilyen módon próbál fogyni).

Megbetegedési (morbidity) adatok

A gyermekkorra is jellemző, hogy a betegségek struktúrája az elmúlt évtizedekben – az általános higiénés viszonyok és a védőoltásokkal megelőzhető fertőző betegségek számának jelentős csökkenése miatt is – átalakult. Előtérbe kerültek az egészségtelen életmóddal és a környezeti károsító tényezőkkel összefüggést mutató megbetegedések. Ugyanakkor azonban ott, ahol valamilyen ok miatt a védőoltási fegyelem csökken, újra jelentkeznek ezek az eltűntnek hitt fertőző betegségek (pl. a tuberkulózis, vagy közel határainkhoz a diftéria (torokgyík), vagy még civilizált országokban is a szamárköhögés).

Allergiás betegségek

Környezetünkben, étkeinkben egyre több a nem természetes, módosított és károsító anyag, amelyre csecsemőink elsősorban étel- és bőralergiával, kisiskolásaink asztmás nehézlégzéssel, serdülőink az orrnyálkahártya és a szem kötőhártyájának allergiás betegségeivel reagálnak. Az allergiás megbetegedések a fejlett iparosodott országokban elérték a népbetegségek szintjét, a modern kor epidémiájának nevezik ezeket. Jelentősen rontják az életminőséget, a munka (és tanulási) képességet, és kezelésük nagyon sokba kerül. A jövő generációinak sorsa, életminősége döntő mértékben függ attól, mennyire sikerül a környezettudatos viselkedést mindennapi létezésünk folyamatába beépíteni.

Mentális betegségek

Tapasztalatok és vizsgálati eredmények világszerte, így hazánkban is jelzik a gyermekkorúak mentális problémáinak szaporodását. Két epidemiológiai vizsgálat (a szegedi középiskolások között és egy országos reprezentatív mintán végzett vizsgálat) egyaránt 20-24%-os gyakoriságúnak találta az érzelmi és viselkedési problémák arányát. Életkortól és nemtől függően a tanulók 18-24 %-ának voltak gyakran olyan panaszai (fejfájás, has- és gyomorfájás, szédülés) amelyeket az orvoszakma is elsősorban pszichés, környezeti eredetűnek tart

(pszichoszomatikus panaszok), 14-21% volt szorongó, 18-28% volt jellemezhető agresszív és 16% deviáns magatartással.

Élettel való elégedettség, önminősített egészség

A HBSC vizsgálat minden eddigi eredménye is megerősíti a fenti adatokat. Hozzá kell azonban tenni, hogy ennek ellenére a gyermekek döntő többsége (82%) egészségesnek tartja magát, és az élettel való elégedettséget egy 10 fokozatú létrán mérve azt találtuk, hogy a válaszolók nagy többsége (2/3-a - 9/10-e) ebben a kérdésben az átlagos tartományba (6-9 pont) és a fölé helyezi magát. Jelentősek azonban az életkori, nemi különbségek (a fiatalabbak és a fiúk minden tekintetben kedvezőbb válaszokat adnak), és jelentős különbségek találhatók aszerint, hogy a gyermekek miképpen érzékelik környezetüket.

Jobb egészségről és az élettel való nagyobb elégedettségről számolnak be azok a gyermekek, akik jól érzik magukat otthon, szüleikkel meg tudják osztani problémáikat, akik érzik szüleik szeretetét. Akikre a szülei odafigyelnek ugyan, de szükségtelenül nem korlátozzák önállóságukat. Magasabb arányban kerülnek ki a pozitív közérzetűek a családjukat jómódúnak tartók közül is, mivel az egzisztenciális problémákkal nem küszködő családokban könnyebb a harmóniát fenntartani. Mindez statisztikailag mutatható ki, de az egyes családok tekintetében kivételek lehetnek, tehát a sztereotípiáktól óvakodni kell.

Hasonlóképpen függ össze a jobb egészség- és élet-elégedettség az iskolai környezettel: sokkal jobb közérzetűek az iskolát szerető, annak szabályait elfogadó, az iskolában jól teljesítő gyermekek. Azok, akik tanáraikat igazságosnak, segítőkésznek, tanáraik bánásmódját személyközpontúnak érzik. A tanári bánásmód és az iskolai szabályok pozitív értékelése összefüggést mutat az iskolatársak közösségén belüli viszonyokkal is: ritkábban bántalmazták egymást a tanulók.

Rizikó magatartásformák (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás)

A serdülőkor kitüntetett jelentőséggel bír az életmód kialakulásában; a felnőttkori népbetegségekkel bizonyítottan összefüggést mutató, az egészséget károsan befolyásoló szokások a serdülőkorban szilárdulnak meg.

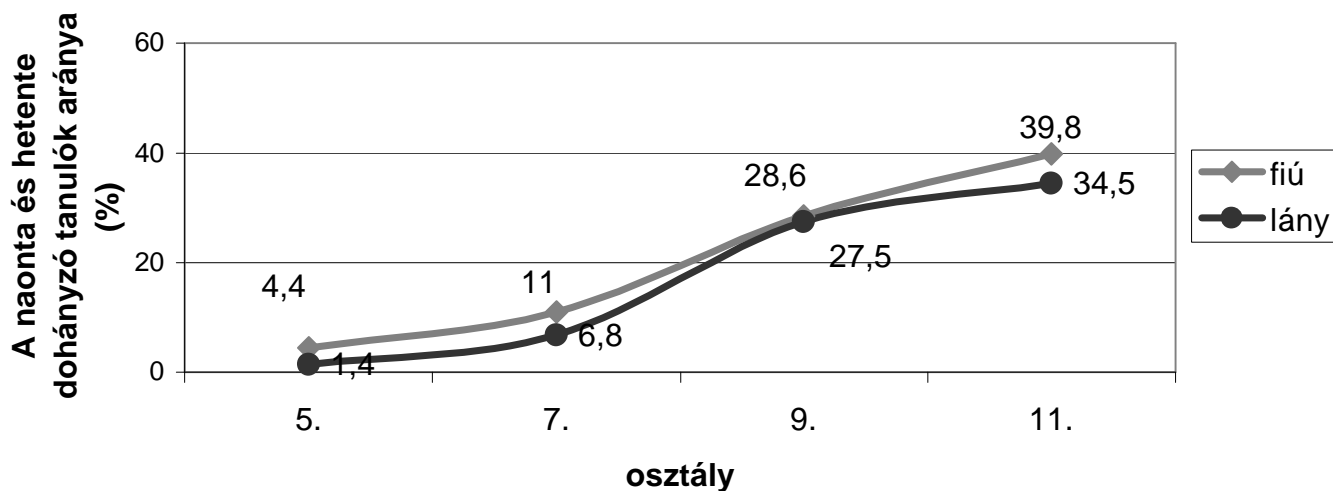
Dohányzás

A fiatalok döntő többsége kipróbálja a dohányzást, azonban sokkal kevesebben válnak rendszeres dohányzókká. A rendszeresen dohányzók aránya (ebben az életkorban ide soroljuk a legalább hetente dohányzókat) mindkét nembeli tanulók között 13 éves életkortól mutat meredek emelkedést. A 17 éves serdülő fiúknak már 40%-a, lányoknak 34%-a dohányzik rendszeresen, ebből a naponta dohányzók aránya 30%, gyakorlatilag nemi különbség nélkül (1.3.4. ábra).

Az elmúlt másfél évtized alatt nem emelkedett, de nem is csökkent a dohányzó serdülő fiúk aránya, a dohányzó serdülő lányok aránya viszont határozott növekedést mutat. Rossz

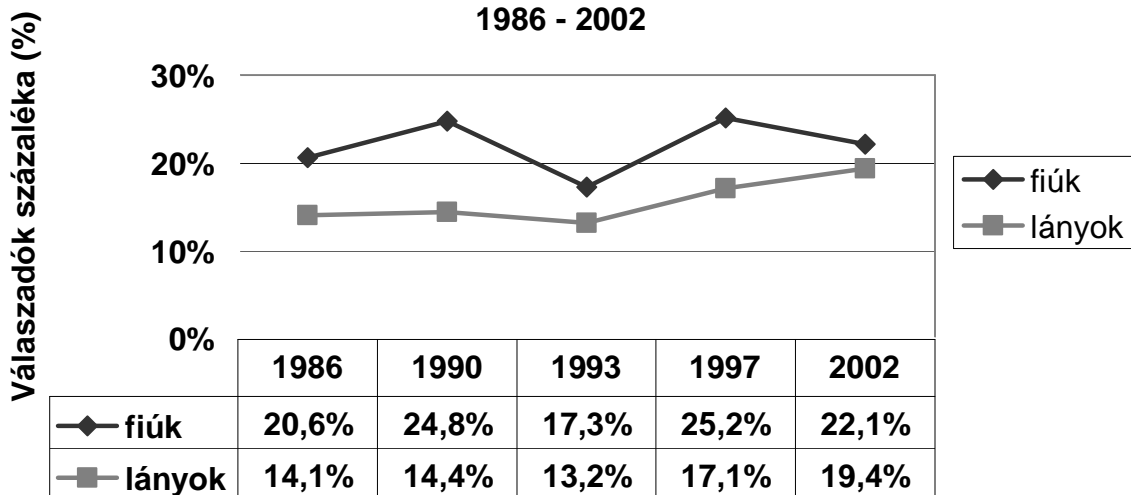
prognózis, hogy egyre fiatalabb életkorban (jelentős arányban már a 10. életévet megelőzően) gyújtanak rá (1.3.5. ábra).

A naponta és hetente dohányzó tanulók aránya nemenként és osztályonként



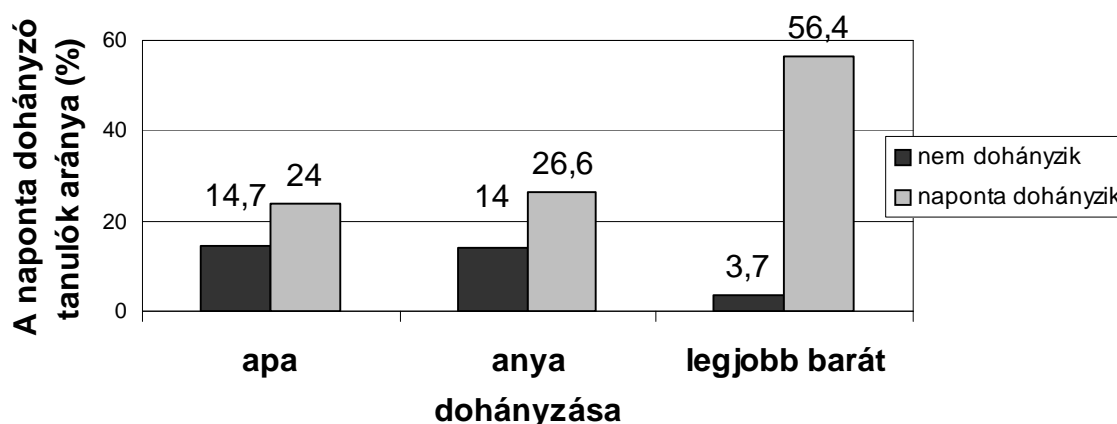
1.3.4. Ábra: A naponta és hetente dohányzó tanulók aránya nemenként és osztályonként

Naponta dohányzó 15-16 évesek arányának változása 1986 - 2002



1.3.5. Ábra: Naponta dohányzó 15-16 évesek arányának változása 1986-2002

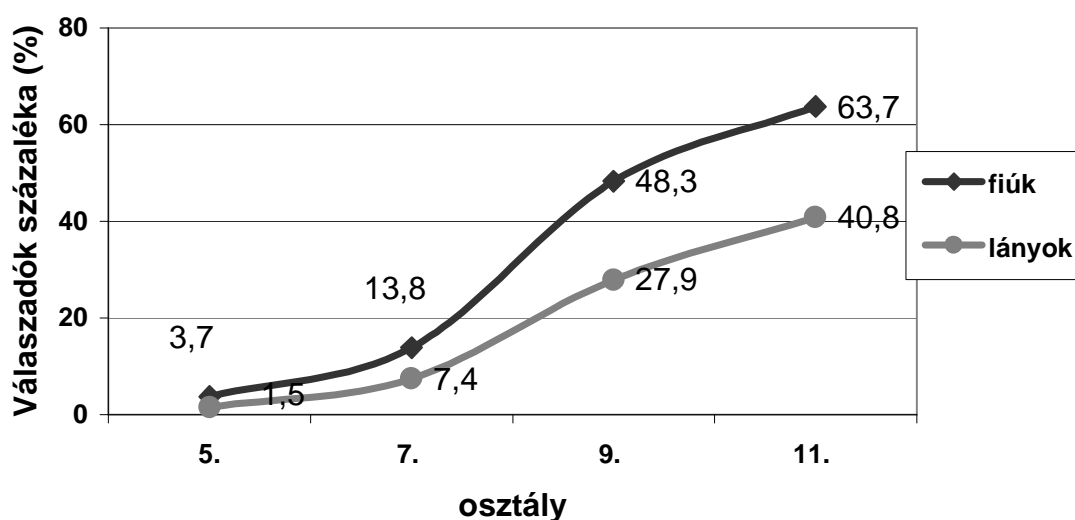
A fiatalokat azonban nemcsak saját dohányzásuk, hanem környezetük (elsősorban családtagjaik) dohányzása is veszélyezteti (1.3.6. ábra). Megdöbbentő adat, hogy még a nem dohányzó gyermekeknek is 3/4 -e, a dohányzóknak pedig 9/10-e kénytelen elviselni az otthoni dohányfüstöt. A dohányzó fiatalok közel 1/5-e már függő, ami azt jelenti⁷, hogy felébredés után, reggel rögtön rá kell gyújtaniuk.



1.3.6. Ábra: A naponta dohányzó tanulók aránya a számukra fontos személyek dohányzása szerint

Alkoholfogyasztás

A fiatalok alkoholfogyasztására nem a napi mérsékelt ivás, hanem a hétvégi bulizós, gyakran részegséggel végződő nagyivás jellemző. Gyakorlatilag 17 éves korára már mindenki találkozik az alkohollal. Már a 13 évesek között is előfordul a részegség, a 15 éves fiúk fele, a lányok 1/3-a már két vagy több alkalommal volt részeg. Elsősorban a fiúkra jellemző a nagyivás. A legnépszerűbb italfélesek a sör és a tömény italok, illetve újabban az alkohollal „dúsított” édes üdítőitalok (1.3.7. ábra).



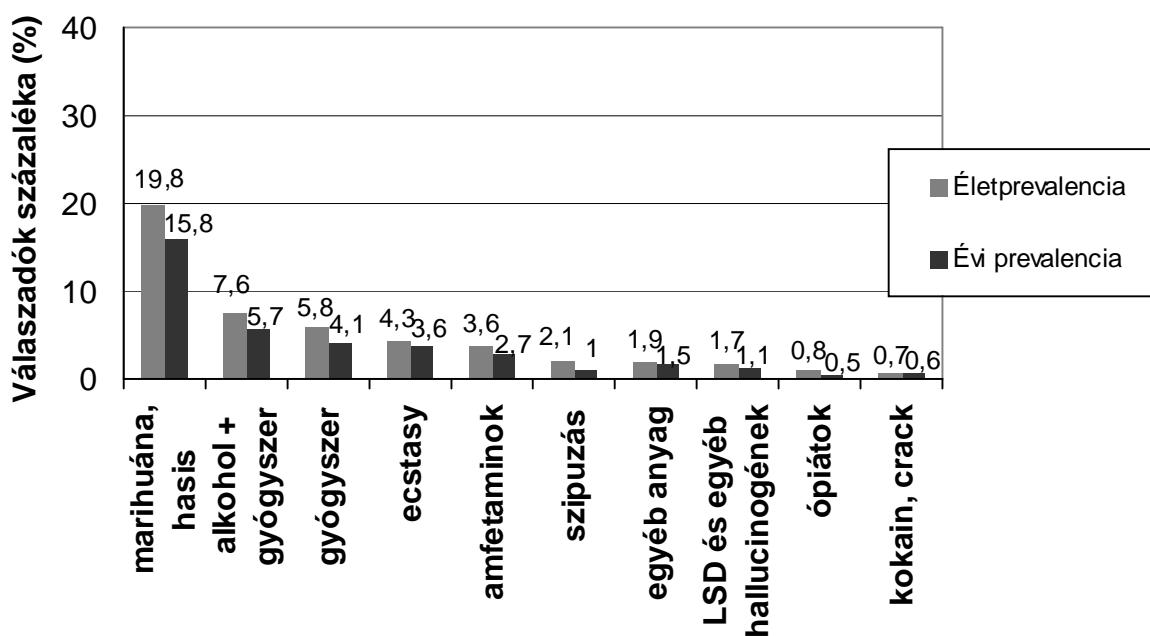
1.3.7. Ábra: A kétszer vagy többször részeg tanulók aránya nemenként és osztályonként

⁷ Ezek az adatok a "Global Youth Tobacco Survey" nevet viselő, 2003-ban végzett vizsgálatunkból származnak.

Nemzetközi összehasonlításban dohányzó serdülőkink meglehetősen kedvezőtlen helyet foglalnak el, alkoholfogyasztásban – dacára annak, hogy az elmúlt másfél évtizedben a helyzet nem javult, sőt inkább romlott - 35 ország sorában inkább hátul (kedvezőbb helyen) helyezkednek el.

Illegális szerek (drogok) fogyasztása

A 9. és 11. osztályos diákok közel 1/10-e fogyasztott már életében legalább egyszer valamilyen gyógyszert, vagy gyógyszert alkohollal együtt azért, hogy „feldobott” állapotba kerüljön. Több mint egyötödük pedig már fogyasztott valamilyen tiltott szert, hasonló céllal. A legelterjedtebb drogféleség a marihuána, amit a hangulatfokozó gyógyszerek követnek. Harmadik helyen állnak a disco drogok (1.3.8. ábra).



1.3.8. Ábra: Serdülők drogfogyasztása

A fiatalok 60-80%-a a drogot csak kipróbálta, csupán 1-2% tekinthető rendszeres fogyasztónak. Nemzetközi összehasonlításban drogfogyasztás tekintetében helyzetünk még kedvező, azonban az európai trendet ismerő szakértők arra figyelmeztetnek, hogy hatékony beavatkozásra van szükség a helyzet súlyosbodásának megelőzése érdekében.

Serdülők szexuális aktivitása

A korai életkorban, testileg-lelkileg felkészületlenül és gyakran felelőtlenül, védekezést nélkülözve elkezdett szexuális élet számos kedvezőtlen egészségügyi és egzisztenciális következménnyel jár. A „Volt-e vagy van-e szexuális kapcsolatod?” kérdésre a 9. osztályos fiúk 1/3-a, lányok 1/5-e, a 11. osztályos fiúk és lányok fele igennel felelt. Az igennel

válaszoló fiúk és lányok közel 1/3-a 14 évesnél fiatalabb volt, 1/3-a 15 éves volt az első kapcsolat létesítésekor.

Három-négyévenként egymást követő vizsgálataink is egybehangzóan azt bizonyítják, hogy jelentős a szexuális életet korán elkezdő serdülők aránya. A valamilyen eszközzel, elsősorban kondommal védekezők aránya – szerencsére – ezen időszak alatt jelentős emelkedést (2002-ben 85%) mutatott. Kedvezőtlen viszont, hogy a válaszolók több, mint 1/5-e a szexuális aktus előtt alkoholt, 2%-a alkoholt vagy alkoholt és drogot is fogyasztott.

A rizikómagatartás háttérében álló tényezők

Az életmód, az egyes magatartásformák háttérében nagyon komplex, egymással is összefüggést mutató környezeti és személyiségtényezők állnak. Maguk a rizikó magatartásformák is csoportosulnak, gyakran együtt járnak.

A kedvező, támogató pszichoszociális háttér, a jó szülő-gyermek, pedagógus-gyermek, szülő-iskola kapcsolatok nagy valószínűséggel társulnak pozitív életérzéssel és kedvező szokásokkal. A közérzet szempontjából elsősorban a **család** a meghatározó, később egyre nagyobb hangsúlyt kap az **iskola** és a **kortárs kapcsolatok**.

Serdülőkorban a rizikómagatartásnak **erős előjósító tényezője a szülők és barátok rizikómagatartása, a szülők gyermek feletti laza kontrollja**, a gyermek iskolától való elfordulása, szabadidejének szervezetlen eltöltése és a kortárs csoporthoz történő egyoldalú kötődés.

A család rossz szociális helyzete sem hagyja érintetlenül a gyermek mindennapjait. A szegény, és főleg az alacsonyan iskolázott szülők számára nehézséget okoz a gyermek harmonikus fejlődéséhez szükséges nyugodt otthoni légkör kialakítása, és nem ritkán maguk is feszültségoldóként a cigarettához és az alkoholhoz nyúlnak. Az iskolával való kapcsolatuk is esetlegesebb, ami tovább csökkenti a pedagógus nyújtotta támogatás lehetőségét.

Irodalom

Gádoros J.: *Szociodemográfiai rizikótényezők vizsgálata gyermek viselkedési kérdőív alkalmazásával.* *Psychiatria Hungarica*, (1996) 11(2): 147-166

Pintér A., Aszmann A.: *Csecsemő és gyermekhalálozás Magyarországon az évszázad végén.* *Gyermekgyógyászat*, (2001) 52 évf./ 6.

Pintér A.: *Demográfiai adatok 2001-ben.* *Gyermekgyógyászat*, (2003) 54 évf/1

Aszmann A.: *Egészségesek-e a magyar fiatalok?* *Természet világa*, (2003) 134. ÉVF. 2003.II. Különszám: 19-23

Aszmann A.: *Magyar diákok egészségi állapota és az iskola.* In: Szekszárdi J. (szerk). *Nevelési kézikönyv nemcsak osztályfőnököknek.* Budapest, 2001. OKI Kiadó, Dinasztia Tankönyvkiadó
Aszmann, A.; Rózsa, S., Németh, Á.: *A magyar serdülők dohányzása, alkoholfogyasztása és a pszichoszociális környezet.* *Egészségnevelés*, (2000) 41 (5-6): 177-188

Aszmann A., Rózsa S., Brunner P., Gordos Á.: *Hátrányos helyzet és egészségi állapot egy ifjúságkutatás tükrében*. Egészségtudomány, (2001) XLV/3: 256-272

Kököneyi, Gy, Aszmann, A, Szabó, M.: *A serdülők jól-létét befolyásoló tényezők*. Egészségnevelés, (2002) 43: 49-57.

Aszmann A. (szerk.): *Iskoláskorú gyermekek Egészségmagatartása (Nemzeti Riport) (2003)* Országos Gyermkegészségügyi Intézet & Nemzeti Drogmegelőzési Intézet. Letölthető PDF formátumban: www.ogyei.hu

Páál G.: *Népegészségügyi jelentés, Gyermkegészségügy fejezet (2005)*. Letölthető PDF formátumban: www.ogyei.hu

Feladat

1. Készítsen az Ön által kiválasztott gyermekpopuláció rizikómagatartását feltáró keresztmetszet-vizsgálatot!

1.4. LEHETŐSÉGEK A JÓ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT MEGŐRZÉSÉRE. A MEGELŐZÉS ÉS AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

Dr. Kósa Karolina

Bevezetés

Az ember élete során folytonos kölcsönhatásban áll a fizikai és társas környezetével a táplálkozás, légzés, anyagcsere folyamatok és mindennapi tevékenységei révén. Éppen ezért az ember egészsége számos, az egészségi állapotot befolyásoló tényező függvénye. Mai tudásunk ezekről a tényezőkről azon a számtalan tudományos epidemiológiai⁸ vizsgálaton alapul, amelyek e tényezők és az egészség kapcsolatára vonatkozó megfigyeléseket gyűjtöttek. Az egészséget befolyásoló tényezőket korábban már áttekintettük aszerint csoportosítva, hogy testünkben, életmódunkban, fizikai vagy társas környezetünkben gyökereznek-e.

Alapfogalmak

Csoportosíthatjuk e tényezőket aszerint is, hogy egészségi állapotunkat kedvezőtlenül vagy kedvezően befolyásolják. Azokat, amelyek az egészségi állapotra kedvezőtlen hatással vannak, **kockázati tényezőknek** nevezzük, mivel növelik adott betegség kialakulásának valószínűségét (kockázatát, idegen szóval rizikóját). Ezek közé tartozik a táplálkozási szokások közül például a zsírban gazdag élelmiszerek gyakori fogyasztása, amely az elhízás és az érlelmeszesedés kialakulásának valószínűségét növeli; vagy a mindennapi szenvedélyek közül a dohányzás, amely számos légzőszervi és egyéb betegség kialakulásának egyik fontos előidézője.

Kockázatot csökkentő, védő (idegen szóval protektív) **tényezőknek** nevezzük azokat, amelyek csökkentik valamely betegség létrejöttének valószínűségét. Például a gyakori zöldség- és gyümölcsfogyasztás védő hatású többek között az érlelmeszesedés, valamint a vastag- és végbélrák kialakulása ellen.

⁸ Epidemiológia: az a tudomány, amely az egészséget meghatározó tényezőknek (pl. táplálkozás, dohányzás, társas kapcsolatok, környezetszennyezés, stb.) az egészségre gyakorolt hatását vizsgálja különféle embercsoportokban, illetve azt, hogy különféle orvosi és nem orvosi beavatkozások az egészségi állapot javítására mennyire sikeresek, milyen változásokat idéznek elő.

Megelőzésnek (idegen szóval prevenciónak) nevezzük mindazon tevékenységeket, amelyek egy-egy betegség kialakulásának megakadályozására irányulnak, és döntően az egészségügyben dolgozók vezetésével vagy segítségével valósulnak meg. A megelőzésre irányuló tevékenységek többféle módon tervezhetők; ezek között leggyakrabban azon az alapon teszünk különbséget, hogy azok kikre, illetve milyen kockázati tényezőkre irányulnak.

1. Az **elsődleges megelőzés** (primer prevenció) célja az egészségi állapotra káros hatást gyakorló kockázati tényezők csökkentése. Ide tartozik például az a magyarországi program, amelynek célja óvodásokkal megismertetni a dohányzás káros hatásait, hogy felnőve ne is érezzék kényszerítést annak kipróbálására. Ide sorolhatók a gyermekkori védőoltások, amelyeket minden, a megfelelő kort elérő gyermeknek beadnak azért, hogy az oltás hatására kialakuló ellenálló képesség (immunitás) megvédje a gyermeket a kórokozó által előidézett megbetegedéstől.
2. A **másodlagos megelőzés** (szekunder prevenció) arra irányul, hogy megakadályozza egy már kialakulóban lévő kóros állapot további súlyosbodását, illetve megtalálja azokat, akiknél ez a korai elváltozás már fennáll, de még betegségre utaló tünetek nincsenek. Ide soroljuk a szűrővizsgálatokat, amelyeket a népesség egy-egy csoportjában, a csoport minden tagjánál elvégeznek azért, hogy a vizsgálattal már kimutatható, de panaszokat még nem okozó elváltozást megtalálják, és a kiszűrt kórállapotot kezelve az egészségi állapotot helyreállítsák. Jó példa erre az országos emlőrák-szűrővizsgálat, amely 2002-ben indult hazánkban a 45 és 64 év közötti nők körében. Az e korcsoportba tartozó nőket két évente hívják tapintásos és mammográfiás vizsgálatot magába foglaló szűrésre, amely alkalmas arra, hogy a korai elváltozásokat rögzítse, és a kiszűrteknek lehetővé tegye a kezelését.
3. A **harmadlagos megelőzés** (tercier prevenció) olyanokra irányul, akiknél már előfordult valamilyen megbetegedés, amelyből felépültek. Ekkor az a cél, hogy a megbetegedés előtti állapotot helyreállítsák, illetve a betegség visszatérését, kiújulását megakadályozzák.

Az egészség érdekében végzett megelőző, egészségvédő munka az 1980-as évek végéig döntően az egészséggel kapcsolatos információk, ismeretek átadására összpontosított, tudatosan szervezett, változatos módszereket használó tanulási lehetőségeket teremtve, amely tevékenységek összessége **egészségnevelésként** vált használatossá a köztudatban.

A XX. század második felére azonban a már említett tudományos vizsgálatokból egyre nagyobb mennyiségű információ gyűlt össze az egészséget befolyásoló tényezőkre vonatkozóan, amelyek arra utaltak, hogy az egészség számos olyan jelenséggel összefügg, amelynek erre vonatkozó hatására korábban nem voltak adatok. Például kiderült, hogy az iskolázottság foka összefügg az egyének egészségi állapotával úgy, hogy a magasabban iskolázottak egészsége számos vonatkozásban jobb, mint az alacsonyabb végzettségűeké. Számos adat utal a gyermekkor egyre nagyobb jelentőségére a felnőttkori egészséggel kapcsolatban. A szilárd és kiterjedt társas kapcsolatok jótékony hatása az egészségre, amelyet fentebb már említettünk, szintén viszonylag új kutatási adat.

Összességében az derült ki az elmúlt évtizedekben, hogy az egészségi állapotot számos tényező befolyásolja (ezekről korábban szóltunk), illetve ezek közül néhányának a megléte egyenesen előfeltétele az egészség érdekében végzett munkának. E tényezők és feltételek

biztosítása vagy javítása pedig messze túlmutat az egészségügyi ellátás: az orvosi rendelők, a kórházak, szanatóriumok által nyújtott lehetőségeken.

Az egészség előfeltételei

Mindenekelőtt a **béke**. Hogyan is juthatna eszünkbe mondjuk a helyes táplálkozás feltételeiről szónokolni egy olyan országban, amelyben harcok dúlnak, s emiatt az alapvető élelmiszerek beszerzése is nehézséget okoz?

További feltétel, hogy az embereknek módjuk legyen a testük fenntartásáról gondoskodni, ideértve a legalapvetőbb **fizikai szükségletek**, az éhség és szomjúság kielégítését, valamint az időjárás viszontagságai elleni védelmet megfelelő ruházat és lakás formájában. Gondoljunk bele, érdekelheti-e az éhezőt, hogy a teljes kiőrlésű lisztből készült kenyér egészségesebb, mint a fehér lisztből készült? Örül annak, amihez hozzájut, és elsősorban az izgatja, hogy a mennyisége elég legyen. Kecsegtet-e bármi sikerrel egy hajléktalannak a dohányzás káros hatásairól beszélni, ha esetleg órák óta annyi melegben volt része, amennyit egy égő cigaretta produkál?

A fizikai szükségleteken túl **alapvető ismeretekkel** is rendelkezniünk kell ahhoz, hogy az egészség kérdésével foglalkozni tudjunk. Tudnunk kell, hogyan működik a testünk, ahhoz, hogy megértsük, hogyan keletkeznek a betegségek, és milyen szerepet játszanak ezekben mindennapi szokásaink.

S végül, de nem utolsósorban fontos, hogy az a társadalom, amelyben élünk, tekintse értéknek az egészséget, az emberi életet; és a **társadalmi igazságosság és egyenlőség** elve alapján tartsa kívánatosnak azt, hogy ezekből mindenki részesedjen. Gondolkozzunk el azon, hogy fontos-e az emberi élet és egészség egy olyan országban, amelyben nem tiltja törvény a gyermekmunkát; amelyben nincsenek munkavédelmi előírások; amelyben a népesség nagy része kábítószer-növények termesztéséből él; vagy amelyben egy uralkodó (király, törzsfőnök, stb.) egy személyben dönti el, hogy az alattvalóinak mit szabad és mit nem. A demokratikus társadalmak törvényeik és közintézményeik révén biztosítják az egyenlő jogokat minden állampolgár számára, ha ezek megvalósulása nem is mindig maradéktalan; s ez az igazságosság feltétele az egészség megteremtésének.

Egészségfejlesztés

Ezekből az új felismerésekből következően az egészség érdekében végzett tevékenység hatóköre kibővült, s ma már nemcsak az egészségnevelést tekinti fő feladatának (bár ez továbbra is nagyon fontos része), hanem a korábbiaknál komplexebb tevékenységet, az **egészségfejlesztést**. Ennek lényege alapvetően azon feltételek megteremtése, amelyek között az egyén kibontakozása optimális lehet. E feltételek megteremtése tervezett akciók, cselekvések révén történik, amelyek hozzásegítik az embereket (és gyerekeket) ahhoz, hogy a

saját egészségük feletti ellenőrzést – az ezt elősegítő feltételek javítása révén – kézbe vegyék. Ebből következően az egészségfejlesztés nem egy ember feladata, hanem csapatmunka, amelyben a különféle területeken tevékenykedőknek: egészségügyi dolgozóknak, pedagógusoknak, mérnököknek, stb. kiemelt szerepük van. Az egészségfejlesztés alapvető fontosságú módszerei közé tartozik az információk és ismeretek átadása: az **egészségnevelés** (például gyerekek megismertetése a fogszuvasodás káros következményeivel); a társadalom **minden működési területén** olyan **döntések képviselője és az értük való lobbizás**, amely az egészség feltételeinek megerősítését szolgálja (például az iskolai büfék választékának rendeletileg történő szabályozása úgy, hogy azokban döntően az egészséges táplálékok legyenek elérhetők); és a **közösségek erősítése** az együttműködés különféle formáinak elősegítésével (például sportkörök vagy tanulókörök szervezése az iskolákban).

A fentiekből következik, hogy a pedagógusoknak kulcsszerepük van az egészségfejlesztésben. Egyrészt, munkájukból adódóan feladatuk mindazon képességek fejlesztése, amelyekkel az információk feldolgozhatók, az írás-olvasás képességétől az önálló gondolkodás, a lényeglátás, a racionális döntéshozatal képességéig.

Másrészt bármilyen oktatott tárgy lehetőségeket kínál az egészséggel kapcsolatos ismeretek átadására; például földrajzból a különféle ipari tevékenységek kapcsán lehet szólni a környezetszennyezésről és ennek az emberi egészségre gyakorolt hatásáról; a fizikapélda célul tűzheti ki a kerékpáros és az autós által felhasznált energia mennyiségének kiszámolását; művészettörténet órán említhetők olyan művészek, akiknek életét, kiteljesedését betegségük nagyon jelentősen befolyásolta pozitív irányban (pl. Frida Kahlo). Hasonlóan kedvező terep a közösségépítésre és a csapatmunkára, együttműködésre való nevelés szempontjából az iskola, amelynek változatos módszerei a pedagógusok repertoárjában megtalálhatók.

Harmadrészt, a pedagógus nap mint nap találkozik diákjaival, így a gyermek életében minden más, nem családtag személyhez képest több időt tölt vele, helyzetéből adódóan jobban ismeri őt, számos dolgot megfigyelhet és észrevehet az életével kapcsolatban. A figyelő szem észreveheti, ha a gyermek teljesítménye a korábbihoz képest romlik, ha ruházata elhanyagolt, ha a gyermek szokatlanul fáradt, ha a többiek kiközösítik, ha sérülés érte, testileg vagy értelmileg nem fejlődik kellőképpen, stb. Ilyenkor a legfontosabb, hogy a pedagógus ne hagyja magára a gyermeket, akarja megérteni, mi történik vele, vizsgálja meg, fennállnak-e az egészség előfeltételei a gyermek életében. Kérdezze meg a gyermeket, a társait, szükség esetén a családot, és ha feltárul a probléma gyökere, lehetőségeihez mérten próbáljon meg segíteni; ha személyesen nem tud, forduljon olyanokhoz, akik a problémát meg tudják oldani.

Ezt a fajta, a tanórán túlmutató figyelmet és törődést a jó pedagógusok mindig is odaszánták a diákjaiknak. Tegyük mi is ezt, nemcsak azért, mert az egészségfejlesztés módszertana így kívánja, hanem azért, mert ez hozzájárul a gyermek egészségének megőrzéséhez, és ugyanakkor közelebb viszi a pedagógust annak a célnak az eléréséhez, amelyet hivatásául választott. Hiszen ha a gyermek testi és lelki szükségletei ki vannak elégítve, ha stabil családi háttere van, ha jó baráti közösséghez tartozik, jól érzi magát a bőrében, akkor a tanulásnak is van hajtóereje, értelme, célja, s a pedagógus a fogékony diáknak tudja a legtöbbet átadni, így tudnak sikeresen együtt haladni a közös cél felé. Ami nem melleleg a pedagógus képességeinek kibontakoztatására, önmegvalósítására, és egészségére is jótékony hatással van.

Irodalom

Ewles, L., Simnett, I.: *Egészségfejlesztés. Gyakorlati útmutató.* Budapest, 1999. Medicina Könyvkiadó Rt.

Feladat

1. Gondolkozzon el arról, hogy az oktatási intézményekben, a kereskedelemben és a mezőgazdaságban milyen döntések segítenék elő a gyermekek egészségesebb táplálkozását!

1.5. AZ EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYRENDSZER, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSBEN SZEREPET JÁTSZÓ INTÉZMÉNYEKRE

Prof. Dr. Simon Tamás

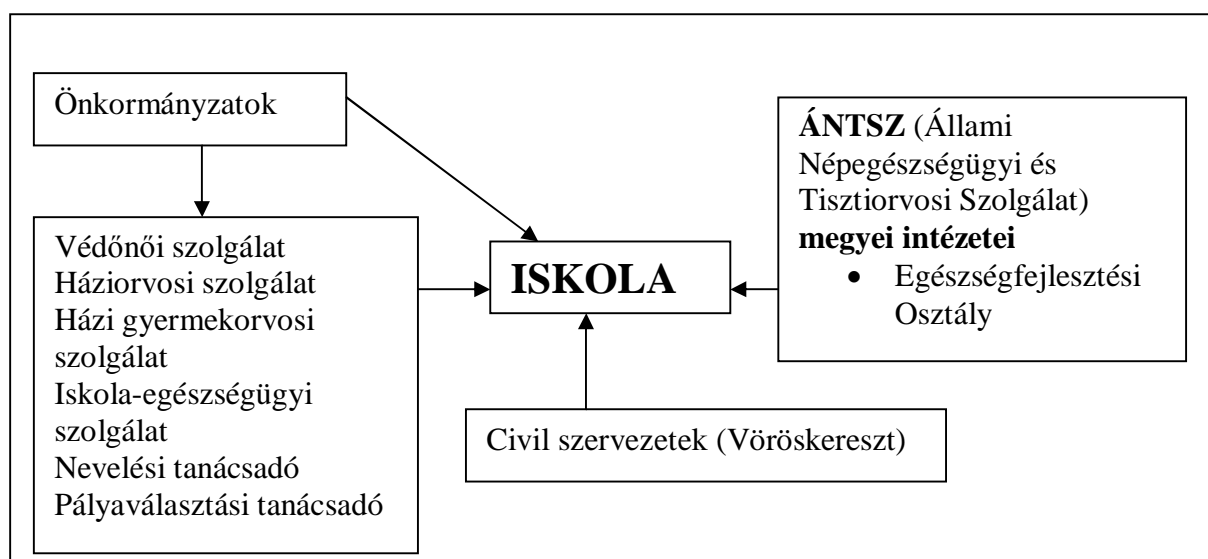
Bevezetés

Az **egészségügyi ellátó rendszert** az alábbi részekre oszthatjuk:

- a megelőző népegészségügyi ellátó rendszer,
- a betegellátó rendszer.

Az alábbiakban az **egészség megtartását, illetve a betegségek megelőzését biztosító népegészségügyi lehetőségeket** ismertetjük. Erre azért van szükség, hogy mindenki, aki fiatalokat egészségre nevel, tisztában legyen azzal, hogy az iskolán kívül milyen szervezetek, szolgálatok segíthetik egészséget formáló, egészséget fejlesztő munkáját.

Népegészségügyi rendszer



1.5.1. Ábra: Az iskolát segítő, ellátó, ellenőrző megelőző egészségügyi rendszer

A **megelőző egészségügy** alapellátó szinten dolgozó szolgálata a **védőnői szolgálat**. A védőnők főiskolai képzésen nyerik el az anya-, csecsemő- és gyermekvédelem terén a megelőző munka végzésére képesítésüket. Legfontosabb munkahelyük a gondozási körükbe tartozó családok otthona, ugyanis a védőnő az ellátási köréhez tartozó várandós anyáknak, és az ellátási körzetében élő családok csecsemőinek, kisgyermekének, illetve nagyobb gyermekének egészséges fejlődéséért felelős, és a családok látogatása, a gondozottak életkörülményeinek ismeretében a személyre szabott életmódi tanácsadás az a munka, ami a védőnői tevékenységet meghatározza.

A családlátogatásokon kívül minden gondozási kör tanácsadásokat is tart a várandósok, a csecsemős és kisgyermekes anyák részére, de ezen a tanácsadáson már a házi gyerekorvosnak, a területi ellátási feladatokért felelős szülész-nőgyógyász orvosnak, illetve háziorvosnak is szerepe van. A tanácsadások ideje alatt kerül sor a fejlődés értékelésére számszerűen is, tehát értékeli, hogy a gyermek növekedése, gyarapodása életkorának megfelelő-e. A tanácsadásokon indikálják azokat a laboratóriumi és egyéb szakorvosi vizsgálatokat (belgyógyászat, fogászat), amelyeken a várandós anyának saját egészsége és fejlődő magzata egészsége érdekében részt kell vennie, és a tanácsadásokon kerül sor az életkorhoz kötött kötelező védőoltásokra is.

A megelőző egészségügy következő alapellátó szolgálata az **iskola-egészségügyi szolgálat**. Minden iskolában az iskolaorvosnak és a védőnőnek feladata az iskolába járó gyerekek egészségi állapotának, fejlődésének értékelése, a kötelező kampány védőoltások beadása, az iskolákba járó idült betegségben szenvedő gyermekek folyamatos figyelemmel kísérése (gondozása), az ő esetükben a tantestülettel való együttműködés. Jelentős feladata az iskola-egészségügynek a nagyszámú látáshibás gyermek kiszűrése, és az elrendelt látáskorrekciós szemüveg hordásának ellenőrzése. Keresni kell a tanulók között a nagyothallókat, a tartáshibásokat, és az ő korrekciójukat is meg kell szervezni és ellenőrizni. Feladat még a testnevelés alóli felmentések, könnyített testnevelések elrendelése.

Jelentős lehetőség az iskola-egészségügyben dolgozó orvosnak és védőnőnek az iskolai egészségfejlesztésben való részvétel. 2004. tavaszától minden oktatási intézménynek egészségnevelési, egészségfejlesztési tervet kell kidolgoznia a következő tanévre. E terv kidolgozásában az iskola-egészségügynek részt kell vennie.

Az iskolaorvosi munkát - főleg középiskolások körében - főállású ifjúsági orvosok tölthetik be, de ezeknek száma nem haladja meg a 250-et Magyarországon, a többi iskolaorvosi ellátását házi gyermekorvosi, vagy háziorvosi munkát végző orvosok látják el részfoglalkozásban. Az iskola-egészségügyi szolgálat védőnői feladatait vagy külön szakosított iskolavédőnők, vagy részállású körzeti védőnők látják el. A nevelőtestület és az iskola-egészségügy nem egymás mellett, hanem egymással szorosan együttműködve kell, hogy működjék.

A megelőző gyermekellátást segíthetik a városokban működő **nevelési tanácsadások**, pályaválasztási tanácsadások, és az iskolában dolgozó orvos jogosult a gyógyító ellátás szakorvosait igénybe venni, ha arra a gyermek iskolai tartózkodása miatt szükség van.

A nevelőtestület tagjainak **foglalkozás-egészségügyi ellátása** nem tartozik az iskola-egészségügyi szolgálat feladatkörébe. Az iskolát fenntartó intézmény köt szerződést az arra alkalmas foglalkozás-egészségügyi szolgáltatókkal erre a feladatra.

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat előírja, hogy az iskolában bármelyik munkavállaló csak akkor dolgozhat, ha egészségi állapota miatt nem veszélyezteti a gyermekeket, ezért időnként a pedagógusoknak tudószerűen kell részt venniük.

Az **Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat** munkatársai rendszeresen ellenőrzik az oktatás egészségügyi feltételeinek meglétét. Ezek az ellenőrzések ugyancsak az iskolába járó gyermekek érdekeit szolgálják. A közegészségügyi ellenőrök részben a település-egészségügyi, részben az élelmezés-egészségügyi területeken végzik az iskolák ellenőrzését. Ők határozathozatali jogkörrel rendelkeznek, tehát ha hiányosságot találnak, akkor határidőre azok megszüntetését elrendelhetik, de még szankcionálhatnak is.

Az iskolavezetőségnek akkor kell az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatot értesíteni, ha az iskolában működő étkeztetésben résztvevők között több hasmenéses - hányásos megbetegedés fordul elő. Ezen kívül járványos időszakban az ÁNTSZ elrendelheti az iskolai hiányzások jelentését is, mert ez jellemző indikátora az egyes járványok lefolyásának. Ha az iskolában olyan fertőző betegség fordul elő, ami járványügyi intézkedéseket von maga után, akkor az ÁNTSZ elrendelheti a szükséges aktív és passzív védőoltásokat, a járványügyi felvételi zárlatot, és kitilthat az iskolából olyan személyeket, akik a járványt terjeszthetik.

A gyógyító ellátás feladatairól és lehetőségeiről a következő blokkban adunk tájékoztatást.

Irodalom

Dési I. (szerk.): *Népegészségtan*. Budapest, 2000. Medicina Könyvkiadó Rt.

Feladat

1. Készítsen interjút az Ön által kiválasztott iskolavédőnővel szolgálatának hatékonyságáról!

2. FEJEZET

EGÉSZSÉG – BETEGSÉG HATÁRA, VISZONY A BETEG EMBERHEZ

2. EGÉSZSÉG – BETEGSÉG HATÁRA, VISZONY A BETEG EMBERHEZ

A FEJEZET CÉLJA

A fejezet keretében a hallgatók

1. Ismereteket kapnak a saját testhez való viszony pszichológiájáról, a test egyediségéről.
2. Megismerik, hogy mit jelent funkcionális anatómiai alapon a két agyfélteke működési különbsége, és tisztában lesznek a következőkkel:
 - a. a lexikális tanulás a bal féltekét fejleszti;
 - b. a művészeti foglalkozások (éneke, zene, tánc, mese, rajz, játék és népi rítusjáték) a jobb féltekét fejlesztik.
3. Tisztában lesznek a betegségészlelés, tünetképzések egyéni és társas vonatkozásaival, a testi és lelki betegségek összefüggéseivel, a betegszerep, gyógyító szerep jellegzetességeivel.
4. Megismerik a stressz fogalmát, ennek kezelési módszereit.
5. Ismereteket szereznek a leggyakoribb fertőző betegségek és nem fertőző betegségek terjedéséről, megelőzéséről, az orvoshoz fordulás, öngyógyítás, öngyógyszerezés problematikájáról.
6. Megértik a preventív orvosi beavatkozások fontosságát, az oltások, szűrések szerepét, népegészségügyi jelentőségüket, a pedagógus szerepét ezen intézkedések megvalósításának facilitálásában.
7. Tudni fogják, hogy miképpen vehetik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat.

A FEJEZET TÉMAKÖREI

- | | |
|---|---|
| 2.1. Testünk egyedisége, ép testben ép lélek | Kosztyuné Nyitrai Erika |
| 2.2. A jobb és a bal agyfélteke működésének harmóniája | Prof. Dr. Barkóczi Ilona |
| 2.3. Fertőző és nem fertőző betegségek kialakulása | Dr. Barabás Katalin és Dr. Ócsai Lajos |
| 2.4. Tartós egészségkárosodással élők helyzete az oktatási intézményekben | Dr. Sándor János |
| 2.5. Kihez forduljunk? | Prof. Dr. Simon Tamás |

2.1. TESTÜNK ÉPSÉGE, ÉP TESTBEN ÉP LÉLEK

Kosztyné Nyitrai Erika

Bevezetés

- Rég láttalak, hogy vagy?

- Tulajdonképpen jól, a betegségem ellenére. Nem túl jól, bár az orvosok szerint semmi bajom. Rosszul, egyre nehezebben viselem a fájdalmat. Remekül, makkegészségesen.

Vagy valami mást válaszolnál? Te mit tartasz betegségnak? Te mikor tartod magad betegnek? Számolod még az éveket, vagy már neked is csak az a fontos, hogy egészség legyen?

Játék? Nem. Nagyon is komolyan kellene vennünk minden válaszod. Minden apró gondolatod, rezdülésed, mikor magadról, állapotodról beszélsz, hogy tisztázhassuk hoglétedet, a gyógyulásba vetett hitedet, a kezelési folyamatban való részvételedet, élményeidet a betegségedtől, vagy épp hozzátartozód betegségétől megváltozott világodban. Egyre inkább fel- és elismerjük annak jelentőségét, hogy a betegség az egyén által megélt személyes élmény, tapasztalat. Ennek „csak” része a betegség, mint a megrendült egészségnek az az állapota, melyet meghatározott, az orvos által diagnosztizált és mások által elfogadott bizonyítékok alapján lehet igazolni. A kettő nem feltétlenül jár együtt, így nehezítve meg az együttműködést a beteg és orvosa, vagy a beteg és hozzátartozója között. Ebben a fejezetben a betegségkonceptiókról, a betegséghez való viszonyról és az azt befolyásoló tényezőkről kívánunk átfogó képet adni. Elsődleges célunk a téma sokrétűségének szemléltetése.

Az egészség, betegség koncepció változása az orvoslás történetében

Mára egyre szélesebb körben elfogadott a betegségek multikauzális eredetének koncepciója. Ugyanakkor nem ez az egyedül elfogadott megközelítés. Érdemes ezért áttekinteni, hogy a különböző irányzatok a betegségek kialakulásában, fennmaradásában, a gyógyulás folyamatában mely tényező(k)re helyezik a hangsúlyt.

Az **organikus, medicinális vagy biológiai modell** elsősorban magára a betegségre koncentrál. Különválasztja a testet és az elmét. Megközelítésük szerint a tünet - a pszichés rendellenesség is - mindig valamilyen szomatikus-organikus elváltozás - betegség - következménye, jól látható, és az objektív vizsgálóeljárások segítségével mérhető. Ez a

rendellenesség, fertőzés, szisztémás rendellenesség, vagy trauma következménye lehet. A gyógyítás során az organikus elváltozás biokémiai kezelésére kell irányulnunk. Ez a megközelítés a pszichoterápiát is orvosi hatáskörbe vonja.

Ezzel a modellel szemben a **szociokulturális modell** a beteget annak társadalmi beágyazottsága mentén értelmezi. A társadalmi rendszer működésének, a társadalmi egyensúly megtartásának feltétele, hogy az egyén hatékonyan töltsön be társadalmi szerepét. Ebben a rendszerben a betegség a deviancia egyik formája - a betegség egy orvosilag megerősített deviáns viselkedésforma, amit a társadalomnak kell orvosolnia, ellenőriznie. A betegszerep a beteg személytől elvárt viselkedés-együttes, melynek jellemzői: az állapotért való felelősség hiánya, a szociális szerepek alóli felmentés (mértéke a betegség természetének függvénye), a betegszerep nem kívánatosnak címkézése, és annak hangsúlyozása, hogy a beteg dolgozzon, hogy változtasson, segítséget kérjen, keressen, szociális szerepét feladta, de új felelősség terheli, kooperáció, engedelmesség a gyógyítás folyamatában.

A **pszichoszomatikus megközelítés** a betegségek kialakulásában a szomatikus, pszichés és szociális tényezők integrált egységét, valamint a szervi és lelki tényezők egyenrangúságát hangsúlyozza. A betegséget olyan adaptációs zavaroknak tekinti, melyek a tünetek révén jelzik a testi-lelki egyensúly megbomlását. (A tünet ebben a megközelítésben nem rendelkezik szimbolikus jelentéssel!) Pszichoszomatikus zavarokon ma a szervezet pszichofiziológiailag autonóm és viscerális rendellenességeit értjük. Tehát a pszichoszomatikus zavarok főleg a vegetatív idegrendszerrel kapcsolatosak, kialakulásukat tekintve multikauzálisak, kizárólagosan emberi bajok (állatokban spontán módon szinte sohasem alakulnak ki). Kialakulásuk feltétele veleszületett és/vagy szerzett szervi sérülékenység. A tünetképzés mechanizmusa - irányzattól függően - korai traumára vezethető vissza. A túl erős fiziológiai reakciók mintázata fennmarad, a személy hajlamos közvetlen fiziológiai szinten reagálni a fenyegető ingerekre, ahelyett, hogy a külvilágba engedné intrapszichés feszültségeit. Egyesek azonosítani vélnek ún. pszichoszomatikus „személyiség”-et.

Kimutathatók a testi, szöveti elváltozások. A betegségek ebben a megközelítésben öndestruktív kórformák. A tradicionálisan pszichoszomatikus betegségek közé sorolt elváltozások Alexander nyomán: hyperthyreosis, asthma bronchiális, ulcus duodeni, hypertonia, rheumatoid arthritis, diabetes mellitus, colitis ulcerosa.

Külön említést érdemel - az alternatív gyógymódok népszerűsége miatt - a **betegségek szimbolikus megközelítése**. Ez a megközelítés az analógiás gondolkodáson alapszik. A betegség a diszharmónia kifejeződése, arra utal, hogy az adott egyén - vagyis az egész ember - kizökölt egyensúlyából. A betegség jelzés, arra mutat rá, hogy változtatnod kell jelen életeden. Egy konkrét életfeladatot jelenít meg, amit meg kell oldani, vagyis a gyógyuláshoz és a fejlődéshez vezető első lépés a betegséggel való szembenézés, a betegség valódi jelentésének felismerése. A gyógyítás így az öntudat kitágítása (természetesen az irányzat fent említett képviselői - maguk is orvosok - nem az orvosi konzultáció ellen, nem a gyógyszerek alkalmazása ellen lépnek fel).

A fenti modellek betekintést engednek a betegségek kezelésében szerepet játszó személyek elgondolásaiba. De nem sokat mondanak arról, hogy maga a beteg személy hogyan éli meg állapotát. Milyen folyamatokat indítanak el benne a betegségével kapcsolatosan feltett kérdések, arra adott válaszok: Miért történik ez velem? Miért pont velem? Mi lesz velem? A családommal?

A pszichológiai tényezők szerepe a betegségek kialakulásában, lefolyásában

Amikor a beteg ember először szembesül a diagnózisával - emellett és ezzel egyidejűleg - a rázúduló változások sorával is szembe kell néznie. A (krónikus) **betegséggel járó testi, életbeli és pszichés változásokat** csak felsorolásszerűen jeleznénk. A betegnek szembe kell néznie a testi integritás, a testi funkciók fenyegetettségének problémájával (pl.: valamely szerv működésének leállása). Külön erőfeszítést kíván tőle az új helyzethez való alkalmazkodás (pl.: épp akkor küldjük idegenek közé, amikor talán senki másra, csak a családjára lenne szüksége, ahol nem kell viselkednie, igazodnia, szerepelnie, stb.). Megterheli őt a külső megjelenésében bekövetkező változások sora, testképének hátrányos alakulása (pl.: kemoterápiás kezelés következtében elveszíti a haját). Betegsége fenyegeti szociális szerepeit, társadalmi helyzetét (pl.: munkaképesség kérdésköre). És végül, pszichés állapotának negatív irányú változása - az emocionális egyensúly megbomlása, halálfélelem, düh, bűntudat, tehetetlenség, autonómia és kontrollvesztés, bizonytalanság, - is újabb és újabb kihívásokat jelenthetnek számára.

A betegségek közvetlen pszichés következményei közt elsősorban a szorongás és a félelem (pl.: következményektől, jövőtől) jut meghatározó szerephez. Hasonló jelentőségű a frusztráció - az önértékelésben, a biztonságérzetben, az interperszonális kapcsolatokban, a társadalmi szerepekben, az egzisztenciális helyzetre vonatkozóan, a jövőkép alakulásában - megélésének problémája. Ezen felül, a kezelés során szinte valamennyi esetben számítanunk kell a betegnél megjelenő regresszióra, érzelmi, intellektuális és szociális téren is.

A beteg érzelmi, viselkedéses reakcióit alapvetően meghatározza a **betegségnek tulajdonított személyes jelentés**. Amennyiben a betegséget fenyegetésnek éli meg, az annak következtében fellépő szorongás énvédő mechanizmusokat indíthat be. Ennek előnye, hogy ezek pl. nagyon súlyos diagnózis esetében időt hagynak a személynek az új élethelyzet feldolgozására. A regresszió csökkentheti a szorongást, így a beteg képessé válhat jobb adaptációra, ami egy pozitívabb megoldás felé viheti őt. Ugyanakkor az énvédő mechanizmusok működésének hátrányaival is tisztában kell lennünk. A fellépő szorongás elfojtásának a későbbiekben súlyos ára lehet. Az intellektualizációt működtető beteg a diagnózis kézhezvétele után otthon utánanézve betegsége lefolyásának, kimenetének és az így nyert információi birtokában - az iatrogén ártalom következményeként - inkább választja az öngyilkosságot, mint a megjósolt hosszú szenvedést. Beteg állapotát veszteségként is megélheti, részben szimbolikus szinten (pl.: cukorbetegnek nem biztos, hogy lehet gyereke), részben valós veszteségként (ugyanő szeme világát vesztheti el betegsége következményeként). Vannak, akik a betegséget nyereségként, megkönnyebbülésként élik meg. A szakirodalom ún. betegségelönyökről beszél. Elsődleges betegségelöny kapcsán az (intrap pszichés) konfliktus terhétől szabadulhat meg a beteg a tünetek által (pl.: ha fáj a fejed, nem kell megírnod a dolgozatot). A másodlagos betegségelöny pedig további szociális nyereségekhez juttatja. (Ki ne ismerné a beteg minden gondolatát, kívánságát leső és kiszolgálni igyekvő anyát, feleséget, stb.) Számos példát láthatunk a betegséget kihívásként megélő betege is (pl.: felveszi a harcot a rákkal szemben - ld. kontroll). És külön említést érdemelnek azok is, akik számára a betegségnek nincs személyes jelentősége (nem érti, nem fontos).

Mindannyian kialakítunk tehát egy sajátos, ránk jellemző **szubjektív viszonyulást a betegségünkhöz**. A szakirodalom szerint ez alapvetően ötféle lehet: reális, tagadó, közönyös, túlzó és betegségkereső viszonyulás. Ahhoz, hogy megállapíthassuk, melyikkel van dolgunk, körütekintőnek kell lennünk. Mindig szem előtt kell tartanunk a beteg személyiségét. A betegségek kialakulása, lefolyása háttérében álló egyéni jellegzetességek, tulajdonságok rendszerezése, vizsgálata vezetett el a különböző típusok - A, B, C - megkülönböztetéséhez.

„A” típusú személyiség: két dolgon gondolkodik, vagy két dolgot csinál egyszerre. Egyre több tevékenységet tervez be egyre kevesebb időre, nem veszi észre, és nem is érdeklődik környezete és a szép dolgok iránt. Sürgeti mások beszédét, indokolatlanul izgatott (pl. ha sorban kell állnia). Úgy gondolja, valami csak úgy van jól megcsinálva, ha azt maga végezte el, türelmetlen, ha azt látja, valaki olyasmit csinál, amit ő hamarabb el tudna végezni. Fetisizálja a pontosságot; erőteljesen gesztikulál beszéd közben, gyakran himbálja a lábszárát, csettintget; robbanékonyan beszél, gyakran használ obszcén kifejezéseket; nehezeére esik, hogy csak üljön és ne csináljon semmit; nem képes csak győzelemre játszani, még saját gyerekeivel is; állandóan méri, számosítja teljesítményét; stb.

Ugyancsak figyelembe kell vennünk jelenlegi élethelyzetét (betegségelőnyök, ld. fenn), aktuális állapotát, azt, hogy a betegség lefolyás mely szakaszában találkozunk vele, stb.). Egészen más jelentőségű lehet adott viselkedés attól függően, hogy az érintett személy a (krónikus) betegséghez való alkalmazkodás mely szakaszában - elutasítás, izoláció, düh, alkudozás, depresszió - tart.

És végül, de nem utolsósorban, a betegséghez való viszonyunkat **a betegségnek tulajdonított jelentés is meghatározza**. A téma kutatása az utóbbi 10-15 évben került a pszichológia nézőterébe. Kiindulópontjuk szerint az emberek értelmes, gondolkodó lények, kognitív modelleket hoznak létre, mely alapján próbálják megérteni korábbi tapasztalataikat, megtervezni jövőbeli viselkedésüket. Valójában ezen reprezentációink világában élünk, nem a valós eseményekre reagálunk, hanem az azzal kapcsolatos sémánkra, modellünkre. Testi állapotunkkal kapcsolatosan is ilyen modelleket dolgozunk ki. A betegség reprezentáció tanulmányozása segít megérteni az egyéni eltéréseket mutató a betegség szubjektív megélésére vonatkozó élményeket. Ezek a modellek általában a betegség következő aspektusait érintően tartalmaznak információkat: az állapot kialakulására vonatkozó elképzelések, a betegség oka, a tünetek megjelenésének időpontja, módja, a betegség kialakulásában szerepet játszó tényezők, a betegség súlyosságára és lefolyására vonatkozó információk, és az állapot kezelésére vonatkozó elgondolások (természetesen érzelmek, attitűdök, viselkedések, elgondolások együttesen). A modell szerepe alapvetően az, hogy egyfajta értelmet adjon az életet fenyegető állapotnak. Ezek a modellek egyéniek, de különböző mértékben hat rá a családi és kulturális közeg. Leginkább a változatosság és változékonyság jellemzi őket, komplexek, időnként minden logikát nélkülözők (Leventhal, Lipowski, Weinmann és mtsai).

Ilyen modellel természetesen nem csak a beteg, hanem a hozzátartozók, az orvosok is rendelkeznek. Ezek bonyolult kölcsönhatásai határozzák meg a köztük levő kommunikációt, segítve vagy éppen gátolva az együttműködést, a betegséggel való megküzdés folyamatát és kimenetelét.

A stressz és a szorongás

Amikor a stressz fogalmát tisztázni kívánjuk, három megközelítést kell figyelembe vennünk. Az első szerint a stressz, mint **válasz**: a megterhelő helyzetekben adott pszichológiai és fiziológiai válaszok mintázata (intenzív válasz = stresszállapot). Vagyis a stressz a szervezet válasza valamely specifikus igénybevételre. Azonos mintázatú választ vált ki minden stresszkeltő inger, azaz stresszor.

A stresszre adott válaszok egyrészt fiziológiai szinten jelentkeznek. A fenyegetettségre a szervezet a belső válaszok komplett sorozatával - vészreakció - válaszol (szívrítmus, légzésszám, vérnyomás, izomfeszültség fokozódik, a májból cukor szabadul fel, emésztés csökken, endorfinok szabadulnak fel, stb.). Ha a fenyegetettség gyorsan elmúlik, akkor a vészreakció lecsillapodik, fiziológiai állapotunk visszatér normális szintjére. Azonban, ha a fenyegetettség fennmarad, megindul az általános adaptációs szindróma. Ennek első szakasza maga a vészreakció, mely a sok fázisával indul és lép át az ellensokk fázisába, mikor is a szervezet mozgósítja védekezését. Ha a stresszor nem elég súlyos ahhoz, hogy halált okozzon, akkor a szervezet az ellenállás szakaszába lép. Ennek eredményeképp a legtöbb élettani folyamat visszatér normális állapotába. Az eredeti stresszorra a szervezet ellenállása megnőtt, az általános ellenállása igen kicsi, így az ebben a szakaszban adott újabb stresszornak az egyén képtelen ellenállni, el is pusztulhat. Ha ezt is túlélte, következhet a kimerülés szakasza. Amennyiben a károsító stresszor hosszabb ideig fennmarad, a szervezet ellenálló képessége összeomlik, újra megjelenik a vészreakció néhány tünete és bekövetkezik a halál.

A fiziológiai történések mellett a pszichológiai válaszok is jellegzetes mintázatot mutatnak. Kimutatható egy kognitív teljesítménycsökkenés. Az emocionális arousal magas szintje rontja a teljesítményt, koncentrációs nehézségek jelentkeznek, a gondolatok logikus összeszervezésének képessége csökken, szorongás felerősödésével a viselkedés merevebbé válik, képtelen az egyén meglátni az alternatív megoldásokat, stb. Az emóciók szintjén szorongás (ld. ott), harag és agresszió (agresszió-frusztráció hipotézis, bűnbakképzés, stb.) és fásultság, depresszió (tanult tehetetlenség) léphet fel.

A stressz, mint **inger**, olyan esemény vagy körülmény, amely szokatlan választ tesz szükségessé (pl. katasztrófahelyzetek), illetve ide sorolhatók a hosszan tartó stresszkörülmények (bebörtönzés, zsúfoltság, stb.). A jelen megközelítést vallók foglalkoznak a stresszkeltő események felgyülemelése és azt követő megbetegedés kockázata közti összefüggéssel is. Bizonyos mennyiségű változás - egy éven belül házasság, munkahely-változtatás, költözés, stb. - nagy valószínűséggel vezet megbetegedéshez.

A stressz forrásait tárgyalva a szerzők részben a konfliktusokat (függetlenség vagy függőség, intim kapcsolat vagy magány, együttműködés vagy versengés, impulzusok kifejezése vagy etikai normák betartása, stb.), az élethelyzet változásait (Holmes-Rahe-féle életesemény skála) és a napi bosszúságokat (tárgyak nem találása, pénzhiany, túl sok félbeszakítás, túl sok felelősség, a családra jutó kevés idő, veszekedések, stb.) említik.

A stressz, mint **tranzakció**, olyan kapcsolat a személy és a környezete között, amely túlterheli, vagy meghaladja a személy erőforrásait. E tekintetben mindenki számára léteznek stresszkeltő helyzetek: természeti csapás, súlyos betegség, szeretett személy elvesztése, stb. Vannak olyan helyzetek is, amelyek nem mindenki számára stresszkeltők: vizsgázás, házastársi vita, fájdalom, közlekedési dugó, stb. A stressz tehát olyan, a környezet és a személy közti kapcsolatot tükröz, amelyet a személy úgy értékel, hogy túlterheli erőforrásait, és veszélyezteti a jóllétét.

Az egyéni különbségek megértéséhez tudnunk kell, hogy hogyan értékeli a személy az adott helyzetet, mik az egyéni motivációi, szükségletei, mekkora a teherbíró képessége, stb.

A stresszt befolyásoló tényezők egyrészt a környezetben keresendők. Ennek kapcsán a szerzők részletesen tárgyalják a befolyásolhatóság, a bejósolhatóság és a szociális/társas támasz szerepét. Másrészt személyiség tényezők, mint pl. a kognitív kiértékelés és a megküzdő viselkedés.

Szorongás és megküzdés

A pszichoanalitikus felfogások **megküzdés vagy coping** alatt azokat az ego-manővereket értjük, melyekkel az ego a külvilágból jövő fenyegetéseket kezeli, melyek tárgya és célja a külvilág, és amelyek tudatos harcot jelentenek az ismert külső veszéllyel szemben, vagy elkerülését a fenyegető helyzetnek (pl.: este a sötét utcán szembejön veled egy kétes kinézetű ember, inkább átmész az utca túoldalára). Elkülönítjük az **elhárító mechanizmusoktól**, melyek felfogásuk szerint az intrapszichikus konfliktusok megoldására tudattalanul működtetett folyamatok. Azokat az ego akkor veti be, amikor a külvilág veszélyeivel szembeni küzdelemnek, helyállásnak, a veszélyforrások kezelésének nem tudott eleget tenni. Vagyis az elhárító mechanizmusok alkalmazása a megküzdés kudarcának a következménye. Úgy szállunk szembe, vagy kerüljük el a fenyegetést, hogy közben elnyomjuk, transzformáljuk az érzéseinket, és eltorzítjuk a valóságot (pl.: nem is olyan fenyegető, különben is ketten vannak, biztos egymással vannak elfoglalva).

Az ego mind az extra-, mind pedig az intrapszichikus fenyegetések esetén három, az egofunkciókon belül megkülönböztethető alapfunkció szerint járhat el. A megküzdés magába foglalja a célt, a választást, a rugalmas váltást, megmarad az objektív valóság világában, és megengedi a megfelelő érzelmek kifejezését. Ez az egészséges egoműködési mód a konfliktusok kezelésére. A védekezés kényszerített, tagadó, merev, torzítja az objektív valóságot, utat enged rejtett impulzusoknak (megszabadulhatunk a problémától anélkül, hogy közvetlenül foglalkoznánk, találkoznánk vele), összességében neurotikus vagy azt okozó manőver. Végül a töredékképzés automatizált, rituális, egyéni szabályt követő, érzelemvezérelt, irracionálisan működő, pszichotikus vagy ahhoz vezető munkamód.

| | | | |
|------------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| | <u>megküzdés esetén</u> | <u>védekezés esetén</u> | <u>töredékképzés esetén</u> |
| pl.: a másik ember megértése | -empátia | -projekció | -téves elmélet |
| pl. a szelektív tudatosság | -koncentráció | -tagadás | -hebefrén reagálás |
| pl. az eltérítés | -szublímáció | -áttolás | -érzelmi túltengés |

A **kognitív tranzakcionista coping modell** szerint (Lazarus) a viselkedés az egyén és a környezet közötti dinamikus kölcsönhatások következménye, a coping egyike azoknak a folyamatoknak, melyek ezt moderálják. Vagyis coping minden olyan kognitív vagy viselkedéses erőfeszítés, melyekkel az egyén azokat a külső vagy belső hatásokat próbálja meg kezelni, melyeket úgy értékel, hogy felülmúlják, vagy felemésztik aktuális személyes erőforrásait. Lényegi elemei: erőfeszítés, célirányosság. De a coping nem egyenlő a sikeres erőfeszítéssel, copingnak tekinthető e fenyegetés tolerálása is.

A **kognitív értékelés** két fázisban zajlik. Először arra kell választ adni, hogy mi a jelentősége az aktuális ember-környezet interakciónak az egyén jól-léte szempontjából (érint-e, milyen értékben személyes célokat az adott változás, egyezik-e az adott hatás azzal, amit az egyén akar, ego-involváltság foka). Majd a másodlagos kiértékelés során következhet a források számbavétele. Az adott változás kontrollálhatósága: ki/mi okozza, ki/mi a felelős érte, probléma centrikus stratégiák számbavétele, az érzelmek szabályozását szolgáló megküzdési stratégiák számbavétele, a jövőre vonatkozó elvárások elemzése.

A **problémacentrikus vagy feladatorientált megküzdési stratégiák** mérsékelt stresszhelyzetben kerülnek elő, amikor a szituációt kezelhetőnek ítéljük meg (feltétele: kihívásnak megélt szituációk, megváltoztathatóság). A válasz lehet **direkt cselekvés, információkeresés** vagy segítségkérés másoktól (utóbbi inkább forrás, mint megküzdés).

Az **érzelempontú** vagy személyorientált megküzdési forma akkor kerül előtérbe, amikor a stressz szintje rendkívül magas, és úgy érezzük, hogy semmit sem tehetünk (egyértelmű kár, veszteség esetén, ha kívülről irányítottan definiáljuk a helyzetet). A válasz ebben az esetben lehet lemondó tagadás, az érzelmek ventilálása és intrapszichés folyamatok beindítása (ld. elhárító mechanizmusok).

A **megküzdést személyiségtényezők is befolyásolják**, a coping potenciált és a személyiség immunrendszerét szokták e témakörben tárgyalni. A **coping potenciál** azon kognitív természetű személyiségtényezők köre, melyek az elsődleges, illetve a másodlagos értékelés közvetlen befolyásolásán keresztül járulnak hozzá - garantálják! - az egyén megküzdésének hatékonyságához. A lehetséges pozitív következmények észlelésére hangolják a kognitív apparátust, erősítik a viselkedés várható sikerességének az elővételezését, a kedvező irányú változást és a fejlődés lehetőségét hangsúlyozzák, segítik a megfelelő megküzdési stratégia kiválasztását, stb. A coping potenciálhoz tartozó kognitív természetű személyiségtényezők: a pozitív gondolkodás, a kontrollézés, a koherenciaérzés, az öntisztelet, a növekedésérzés, a rugalmasság, az empátia, a leleményesség, az énhatékonyság, a társas mobilizálás képessége, a szociális alkotóképesség, a szinkronképesség, a kitartás képessége, az impulzivitás kontroll, stb.

A **kontroll** kérdése a betegség kapcsán több területen is kitüntetett jelentőséggel bír. Az emocionális reakciók kontrollja (pozitív viszonyulás, hit, aktivitás, stb.), a házastárssal, barátokkal való kapcsolatok kontrollja (törekvés a normalitás fenntartására, panaszkodás kerülése, stb.), a fizikai tünetek kontrollja (diéta, torna, stb.), az orvosi kezelés, a betegségről szerzett információk kontrollja (aktív részvétel a kezeléssel kapcsolatos döntésekben, majd azok betartása, információszerzés a betegséggel kapcsolatban, stb.) mind alapvetően befolyásolja a betegség, a gyógyulás folyamatát.

Irodalom

Kulcsár Zs.: *Egészségpszichológia*. Budapest, 1993. ELTE Eötvös Kiadó

Oláh A.: *Szorongás, megküzdés*. Bölcsészdoktori disszertáció

Feladat

1. Tervezzen csoportos beszélgetést - esetlegesen a csoportjában előforduló betegségeket, pl. cukorbeteg gyerek alapul véve - a betegséggel járó testi, életbeli és pszichés változások megismerésével, hozzájuk való viszonyulással kapcsolatosan!
2. Tervezzen programot a stressz, stresszkezelés témakörben, az érintett szakemberek bevonásával!

2.2. A JOBB ÉS A BAL AGYFÉLTEKE MŰKÖDÉSÉNEK HARMÓNIAJA

Prof. Dr. Barkóczy Ilona

Bevezetés

Célszerűnek tartottuk, hogy az „Egészség-betegség határa, viszony a beteg emberhez” c. fejezetben külön térjünk ki a jobb és a bal agyfélteke működésének harmóniájára. Szeretnénk elérni, hogy a leendő pedagógusok legyenek tisztában azzal, hogy az egyoldalú balfélteke-fejlesztés sok lexikális tudást eredményez, azonban igen kevésbé tesz képessé a tanultak alkalmazására, problémamegoldásra az alkotókészséget igénylő helyzetekben.

Célunk a fejezet beiktatásával továbbá az is volt, hogy mindkét félteke harmonikus fejlesztésére alapozó oktatás-nevelés, egy elmélyült és előhívható tudást eredményez, melyhez az alkotókészség fejlesztése is társul. Reményeink szerint az alfejezet alapján megértik, hogy a művészetekkel való foglalkozás az érzelmi élet fejlesztését is elősegíti, és ez nagyrészt a jobb félteke fejlesztése útján valósul meg.

Világossá válik, hogy a tanulás és emlékezés érzelmi megalapozottsággal sokkal hatékonyabb. A gyermekek egészsége érdekében hangsúlyozzuk – és reméljük, hogy a hallgatók magukévá is teszik -, hogy a művészetekkel foglalkozás az iskolában nem kidobott idő, amit a „komoly” tudnivalóktól veszünk el, hanem ellenkezőleg, megkönnyíti a komoly tudnivalók rögzítését és eredményes előhívását, vagyis ez készít fel valójában arra, hogy a munka világában a mai kor kihívásának a fiatal jól megfeleljen.

Funkcionális anatómiai alapok

Az emberi nagyagy (mint a többi emlősagy is) két nagy féltekéből áll, amelyeket az idegsejtekből összetevődő szürke állomány borít, kibélelve a mélyen benyúló barázdákat is. Megjegyzendő, hogy a kéreg alatti állomány (agytörzs, kisagy, nyúltagy, amely átvezet a gerincvelőbe) ugyancsak fontos funkciókat lát el, de ezekkel most nem foglalkozunk, mert a nagyagy kérgéhez kapcsolhatók a legmagasabb rendű emberi kognitív (megismerő), motivációs és érzelmi folyamatok. A féltekéken belül a közelebbi és távolabbi területeket gazdagon hálózzák be az idegrostok, biztosítva a területek közötti kapcsolatokat. A két félteke közötti információcserét pedig egy igen vastag, sokmillió rostból összeálló idegköteg, a corpus callosum* .

Az 1960-as, 70-es évekig még a szakemberek is úgy gondolták, hogy a bal félteke a beszélő, gondolkodó, számoló, tudatos agy, a jobb pedig a néma, amelynek csak érzékelő és mozgató funkcióit ismerték főleg agysérülések nyomán létrejövő funkció kiesésekből. Elnevezésük is ezt tükrözte, **a balt dominánsnak (=uralkodó), a jobbat pedig szubdominánsnak (=alárendelt)** nevezték.

Az 1960-as évek közepén azonban alapvetően megváltozott a helyzet, amikor egy kezelhetetlen súlyos epilepsziás betegnek átmetszték a corpus callosumát (kérges testét) és a felgyógyult beteggel addig nem alkalmazott finom pszichológiai vizsgálatokat kezdtek el a két félteke teljesen külön működő tulajdonságairól. (Ilyen műtéteket korábban is végeztek, mert tapasztalták, hogy utána az epilepsziás rohamok már nem terjednek át a másik tekére és a felgyógyult beteg normális életet tudott élni.)

Tehát a félteke funkciók modern kutatása akkor vette kezdetét, amikor a neuropszichológusok, Sperry és munkatársai (pl. Sperry és Gazzaniga, 1967; majd utánuk sokan mások) új, finomabb módszerekkel kezdték faggatni a még nagyrészt földérintetlen jobb félteke funkciókat is. Kiderült pl. hogy van a jobb féltekének valamelyes beszédmegértési képessége, bár aktív beszédmozgások irányítására csak a bal képes. Ezek a betegek, ha pl. egy tárgy nevét hallják, azt ki tudják választani bal kezükkel egy sor szemük előtt eltakart tárgy közül. Ha azt mondták, vegye föl azt a tárgyat, amit szög beveréskor használnak, ki tudta választani a kalapácsot. Vagy tárgyak nyomtatott nevét adva a jobb féltekére, képes volt a megfelelő tárgyra rámutatni, bár ha utána megkérdezték, miért mutatott rá, nem tudta indokolni. Fontos kísérleti eredményeket lehetne még sorolni, amelyekből kiderült, hogy a **jobb félteke a korábban feltételezetténél sokkal több és bonyolultabb funkcióval bír**. Az egészséges személyekkel folytatott kutatások eredményei azt mutatják, hogy a kérges test rendkívül gyorsan átadja a másik féltekének azt az információt, amely az egyik féltekében keletkezett.

Egészséges személyekkel folytatott kutatások

- **Hallási ingerek feldolgozása**

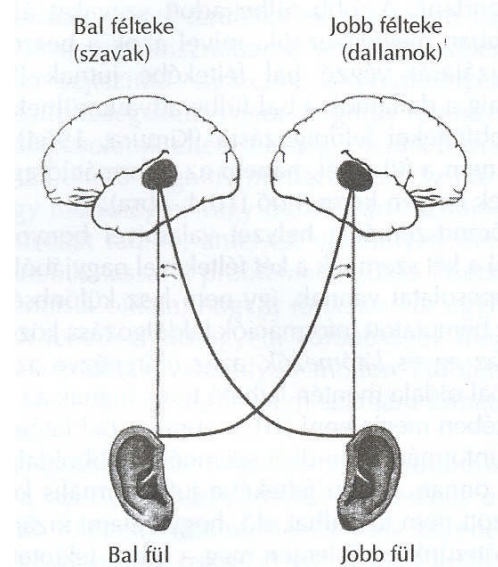
Ahhoz, hogy ép embereknel is megvizsgálják az egyes féltekék, s különösen a jobb sajátos funkcióit, ki kellett találni a megfelelő módszereket, hiszen normális esetben azok egységesen, integráltan működnek, az információcsere rendkívül gyors közöttük, mintegy 40 ms. Az úttörő munka Kimura (1964) érdeme volt, aki alkalmazta az akkoriban figyelemkutatásban használt, ún. dichotikus (=osztott) figyelési technikát. Ennek lényege, hogy a két fülbe fülhallgatón át különböző ingereket tudtak adni kétsatornás magnetofon segítségével. Kimura azt a tényt vette tekintetbe, hogy bár a fülből mindkét félteke hallási mezőjébe jut inger, de a füllel ellentétes oldali pályák erősebbek, mint az azonos oldaliak. Ő azt tapasztalta, hogy ha kétfajta hangingert egyidejűleg ad a két fülbe, akkor **a szavak feldolgozása gyorsabb, pontosabb a jobb fül - bal féltekében, a zenei hangok, dallamok esetén azonban a bal fül - jobb félteke feldolgozás a hatékonyabb**. A (2.2.1.) ábrán a dichotikus helyzet vázlatát látható.

* corpus=test, callosum=kérges KÉRGES TEST(latin)

A továbbiakban ez az eredmény még sok megerősítést nyert, így pl. Morais (1982) a saját dallam kísérletei alapján megállapítja, hogy a **jobb félteke valószínűleg azért jobb a dallamok felismerésében, feldolgozásában, mert „egészlegesebben” dolgozza fel az észlelteket, azaz egy forma részei, elemei közötti viszonylatok kiemelésére, felismerésére képes. A bal félteke analitikusabban, elemzőbben működik, azaz a részletekkel foglalkozik inkább.**

- **Látási ingerek feldolgozása**

Ez a fajta működési mód nem csak hangzó, hanem látási ingerekre is érvényes. Pl. **arc felismerésre mindkét félteke egyaránt képes, de a jobb fölül mülja a balt, ha egy arcot különböző nézetben mutatnak be, vagy ha arcot és karikatúráját kell azonosítani.** Térlátásban a jobb félteke ugyancsak fölülmülja a balt; ez fiúknál valamivel kifejezettebb, mint lányoknál. Geschwind (1987) vizsgálatai szerint a jobb félteke „látásmódja” egészében is harmonikusabb, mint a bal féltekéé.



2.2.1. Ábra: A dichotikus helyzet vázlata

A féltekék különböző feldolgozásmódja a kognitív funkciók tekintetében

Az ún. osztott vizuális mező módszerrel a féltekék feldolgozásmódjának finom különbségeit is föl lehet táni. Ez a módszer azon alapszik, hogy a jobboldali vizuális mezőben bemutatott ábra, vagy szó a bal féltekébe vetül elsőnek, és fordítva, a balról bemutatott inger a jobb féltekébe. De csak akkor, ha a kísérleti személy egy vele szemben középen megadott fixációs pontra néz, és ha a bemutatás olyan rövid idejű, hogy ne tudja tekintetét átvinni az ingerre. Ugyanis a szemmozgás normális esetben (pl. olvasáskor) nem folyamatosan követi a sorokat, hanem ugorva, s egy-egy pontból tekint át meghatározott területet. Pl. gyakorlott olvasó egy sort 4-5 ugrással olvas el, míg a gyakorlatlannak ugyanerre 10 ugrás is kell. Egy ilyen ugrás (szakkád) mintegy 200 ms-ot vesz igénybe. Tehát ahhoz, hogy a kísérleti személy ne tudjon az oldalt feltűnő ingerre pillantani, maximum 200 ms-os ingerbemutatás szükséges. Erre megvan a kellő technika. Az egyik kísérletben (Beeman és mtsai, 1994) ezzel a módszerrel azt tapasztalták, hogy **annak ellenére, hogy nyelvi feldolgozásban bal félteke fölény van, mégis jobb félteke előny mutatkozik akkor, amikor egymással távoli asszociációban lévő szavakat kell feldolgozni.**

Tehát a jobb félteke lazább, szélesebb kapcsolatokkal működik, míg a bal szorosabban kapcsolódó, pontosabb, s a köznapi életben hasznosabb kapcsolatokkal dolgozik.

A jobb félteke munkamódja előnyös olyan nehezebb problémák megoldása során, amelyek megoldása nem jut rögtön eszünkbe, vagy az első adódó megoldás rossznak bizonyul, és nem tudunk vele zöldre vergődni, vagy/és a probléma olyan, hogy nem lehetséges logikus lépésenkénti következtetéssel megoldani, hanem a megoldáshoz jó ötlet kell. Ilyen probléma a mindennapi életünkben gyakran adódik. Ilyenkor nem ritka, hogy félretesszük a megoldandó kérdést, egészen mással foglalkozunk, pl. sétálni megyünk, vagy alszunk rá egyet, s éppen akkor hirtelen beugrik a megoldás. Ilyen a **belátás, belátásos problémamegoldás** vagy „AHA”- élmény.

Erről rengeteg említés történik nagy felfedezésekkel kapcsolatban. Az egyik a legismertebbek közül (amit sokan hibásan tudnak) a következő:

Az ókori Ahténban egyszer egy király kapott ajándékba egy szép aranykoronát, de gyanakodott arra, hogy nincs színaranyból. Utasítást adott tudósának, Archimédésznek, állapítaná meg, tiszta arany a korona, vagy ötvözet. Akkoriban pontosan tudtak súlyt mérni, és ismerték az arany fajsúlyát is. A megoldáshoz csak a korona térfogatát kellett volna meghatározni, s éppen ez jelentette a problémát, mert egy ilyen bonyolult, mintázott tárgy térfogatának megmérése szinte lehetetlennek bizonyult. Amikor azonban Archimédész elment a fürdőbe és belemerült a kád vizébe, hirtelen rájött, hogy a kádban a víz éppen annyit emelkedett, amennyi az ő testének vízben lévő térfogata. A mese úgy szól, hogy mivel rájött, hogy ez lehet a korona térfogatának mérési módja, nagy örömeiben kiugrott a kádból s úgy pucéran rohant ki az utcára, s boldogan kiabálta: „heuréka!” (megtaláltam).

A belátásos problémamegoldás képessége egyáltalán nem csak a kiváló elmék sajátja. Mindnyájan képesek vagyunk rá, csak gyakorolni kellene, vagyis fejleszteni kellene a jobb félteke használatát. Agyunkkal is úgy vagyunk, mint az izmainkkal: ha eddük, akkor erősödnek, ha nem használjuk, akkor elsorvadnak.

Ha a gyerekek az iskolában a jobb féltekét fejlesztő foglalkozásokban is részesülnek (ének, zene, tánc, mesemondás, rajz, játék és népi rítus) akkor nemcsak a lexikális tudásuk fejlődik, hanem a probléma-megoldó képességük és az alkotóképességük is.

Tehát nem kidobott idő a művészetekkel foglalkozás, hanem megtérülő, hasznos befektetés a gyermek jövőjébe. Gondoljuk csak meg, még a matematikai teljesítményt is javítja, ha a probléma-megoldó készség fejlődik, vagyis még rövid-távon is hasznosul és megtérül a művészetekre fordított idő.

A jobb és bal agyfélteke használatának mértéke és az iskolai teljesítőképeség közötti kapcsolat

Az emberek különböznek abban, hogy milyen mértékben használják a jobb, vagy a bal tekére jellemző műveleteket

Vannak, akik nagyon erőteljesen, főként a bal tekére támaszkodnak, s vannak, akik megosztva, pl. a feladat követelményei szerint. Ennek egyik látható jele a tekintés iránya. Ha ugyanis a bal félteke az aktívabb, akkor a bal homloklebeny szemmozgató mezője jobbra

rántja el a szemeket. És fordítva, ha a jobb az aktívabb, akkor a szemek balra mozduknak. Ez jól követhető szembe kérdezési helyzetben. Általános tapasztalat, hogy a kérdező a kérdezőre néz, amíg a kérdés tart, s annak befejeztével elfordítja szemét a kérdezőről, amíg a választ megtalálja. Egyik kísérletben (Barkóczy, Séra, Komlósi, 1983) ilyen helyzetben a kérdező 40 kérdést tett föl a résztvevőknek és azok elhangzása utáni első szemmozgások iránya szerint alkottak balra, jobbra és vegyes néző csoportokat. Majd nagyon rövid ideig egyszerű vonalas ábrák felismerését vizsgálták a bal és a jobb látómezőből. Az eredmények szerint a balra nézőknek mindegy, hogy melyik irányból kapják az ingereket, egyforma arányban ismerik fel azokat. A jobbra nézők viszont elsősorban többséggel a jobb látómezőből a bal féltekére vetülő ingereket ismerték fel. Vagyis a jobbra nézők döntően bal félteke dominánsak, azt tudják szinte kizárólag használni, míg a balra nézők egyforma arányban. A vegyes nézők valahol e kettő között helyezkedtek el.

Most nézzük meg, milyen további konzekvenciákkal jár a féltekék egyoldalú, vagy kiegyensúlyozottabb működése

Egy kísérletben (Barkóczy, 1990, 1991) 3 osztályos gimnazisták vettek részt, akik közül olyanokat választottunk ki, akik intelligenciában (IQ) hasonló zónába tartoztak (zömmel 115-125 között), de kreativitásban szélsőségesen alacsony, magas és közepes szintűek egyaránt voltak közöttük. (A kreativitást tesztekkel mérik, amelyek lényege, hogy egy-egy kérdésre minél több, minél különbözőbb és minél érdekesebb, eredetibb választ jó adni. Pl. köznap használati tárgyak szokatlan használati lehetőségeit kell sorolni, mint a téglá, amit nem csak építésre használhatunk, hanem többek között ágymelegítésre, kitört szekrény lába helyett alátámasztásra és még nagyon sok mindenre).

Az ilyen és ehhez elvben hasonló más tesztek a gondolkodás rugalmasságát, az ötletességet, az ötletek mennyiségét mérik, és az ilyenekben elért teljesítmények csak lazán kapcsolódnak az intelligenciához.

A kiválasztott személyeket behívtuk a laboratóriumba, osztott vizuális mező elé ültettük őket és azt kértük tőlük, hogy miután az előttük lévő ernyőn megjelenik egy képi, vagy szóinger – mondjuk szék - gondolkozzanak annak a megszokottól eltérő használatán. Miután kifogytak az ötleteikből, újabb kéréseinkre középre néztek egy fixációs pontra, s közben a bal ill. a jobb látómezőbe igen rövid, felismerési küszöb körüli idővel segítő, sugalmazó ingereket mutattunk be, amiket vagy felismertek, s megmondták, mi az, vagy nem. Pl. ha szék volt az inger, ahhoz az egyik sugalmazó inger a fonál volt. Erre ha adtak sugalmazott ötletet, akkor pl. valaki azt mondta, hogy fonalat gombolyítani a szék támláján, más valaki azt, hogy hozzákötni egy embert a székhez. Az eredmények egyike, hogy az összes sugalmazó ingernek csak átlagban mintegy 10%-ára adtak ilyen sugalmazott válaszokat, de még érdekesebb volt, hogy a magasan kreatív csoport sokkal több ilyen választ adott, mint az alacsony kreativitásúak. A magasaknak mindegy volt, hogy a jobb, vagy a bal látómezőből érkeztek a sugalmazó ingerek, azaz mindkét féltekéjük egyformán jól vette ezeket. Az alacsony kreativitásúak viszont döntő mértékben a bal féltekére vetülő ingerekre tudtak így reagálni. Ha pedig abból a szempontból nézzük az adatokat, hogy mi volt a helyzet a felismert és a nem felismert sugalmazó ingerekkel, akkor vált igazán érdekessé, mert kiderült, a magasan kreatívak olyan sugalmazó ingerekre is adtak válaszokat, amiket nem ismertek föl (amikor fölillant, azt mondták, nem tudom), az alacsonyak viszont egyetlen nem felismert ingerre sem adtak sugalmazott választ.

Az a fajta rugalmas gondolkodás, amit a kreativitás tesztekkel mérünk, a két félteke kiegyensúlyozott, szimmetrikus működésén alapszik. Az alacsony kreativitásúak döntően bal félteke dominánsak (ez más mérésekből is kiderült), lehetnek nagyon okosak, magas IQ-júak, gyors észjárásúak, jó memóriával rendelkezők, jól számolók, absztrakt, logikus gondolkodók, csak éppen kevés jó ötletük van, és távoli összefüggéseket kevésbé ismernek fel.

Az előbb említett kísérlet laborban, kicsiben modellezte azokat az eseteket, amelyekről jelentős felfedezések kapcsán számoltak be, s ahol a megoldó ötlet valamilyen véletlen sugalmazó inger alapján bukkant föl.

A sok közül az egyik Csonka János esete, aki mérnökként a múlt század elején sokat foglalkozott autómotorokkal és az ő nevéhez fűződik a porlasztó feltalálása. Ennek alapötletét egy séta alkalmával kapta, amikor egy virágüzlet előtt elhaladva éppen virágokat locsoltak egy permetező kannából. Ekkor jutott eszébe, hogy a benzint is hasonló finom permet formájában kell a hengerbe juttatni, s akkor az autó egyenletesebben fog haladni, nem úgy rángatva, mint korábban.

Magyarul, az iskola azáltal, hogy döntően a lexikális tudás megszerzésére, a „sínezett” gondolkodásra (egy kérdésre egy pontos, megtanult válasz) épít, csak a bal félteke funkcióit gyakoroltatja. Ezek persze nagyon fontos funkciók, de ezek mellett fejleszteni kell a jobb félteke funkcióit is, különben az általuk meghatározott képességek nem bontakoznak ki, hanem elsorvadnak.

Nemek közötti különbség

Pedig 6-16 éves kor között az emberi agy még nagyon plasztikus, akkoriban járatódnak be különböző belső kapcsolatok a használat nyomán, vagyis az iskolai években.

Az iskolában többnyire azok a gyerekek felelnek meg a tanárok elvárásainak, akik az órákon figyelnek, „jó a felfogásuk” azaz könnyen megértik a magyarázatot, jó a memóriájuk, szorgalmasak, feladat-teljesítők. Ettől jó osztályzataik vannak. Kreativitás, fantázia, ötletesség, probléma-megoldási készség ehhez teljesen fölösleges. Ilyen gyerekek a legtöbb tanár kedvencei. És ilyenek többnyire a lányok között vannak.

Ma már kezd aggasztóvá válni, hogy iskolai sikerességben a lányok lekörözik a fiúkat. Pedig minden hazai és külföldi mérés szerint a két nem azonos szinten teljesít kreativitásban és intelligenciában, pedig 16 éves kortól a fiúk/férfiak mintegy 4 IQ ponttal vezetnek. Ennek ellenére sok jó, vagy közepes képességű fiú az iskolában rosszul tanul.

Mi lehet ennek az oka?

Az egyik az, hogy a fiúk lassabban, később érnek, mint a lányok, és csak kb. 16 éves korukban érik utol érettségben a lányokat. Tehát amikor a 6-7 éves fiú iskolába kerül, éretlenebb az azonos korú lányoknál. Pl. nem tudja olyan szépen kerekíteni a betűket, mert finom motorikája még nem olyan fejlett, s ezért rosszabb osztályzatokat kap, ami frusztrálja, ettől dühös lesz, vagy szorongós, és elkezd szemben állni az iskolával. A helyesírásuk is a lányoknak jobb, ez adottság. Felnőtt, egyetemet végzett férfiak is ejtenek helyesírási hibákat. Tehát fiúknál gyakrabban adódnak mindjárt az iskolázás elején olyan frusztráló helyzetek, amik végigkísérik őket. Az ilyen gyermeket az mentheti meg, ha valamilyen téren, amit az iskola is méltányol, kiválóan teljesít anélkül, hogy megerőltetné magát a tanulással. Feltűnő, hogy a jobb félteke fejlesztését szolgáló tevékenységek (művészetek és játékok) a lassabban érő gyerekeknek is sikerélményt nyújtanak, s védenek ezáltal a sikertelenség ördögi körének kialakulásától.

Mit kell tehát az iskolában tenni?

Cél

Az elérendő cél az, hogy amikor absztrakt, logikus gondolkodásra, érvelésre, gondolatok megfogalmazására van szükség, akkor tudjuk mozgósítani a bal félteke által jól végzett műveleteket, amikor pedig alkotókészségre, távoli összefüggések meglátására, jó ötletekre van szükség, akkor a jobb félteke működése révén legyünk képesek erre is. E célt akkor éri el az iskola, ha a lexikális tudás fejlesztésén kívül időt szán a művészetekkel foglalkozásra és a játékra is (ének, zene, tánc, mesemondás, játék és népi rítusjáték), és persze a mindennapi testmozgásra is.

Bizonyítékok

- **Nézzük meg a Kodály módszerrel tanított éneklés és zenélés eredményességét két kontrollált vizsgálat bizonyítékai alapján**

Azt, hogy a zene egész testünkre hat, vérnyomás és szívritmus vizsgálatok is igazolták. Pl. Sakamoto és mtsai (2002) tapasztalták, hogy egy hang intenzitás változásával együtt nő és csökken a vérnyomás. De ha zenét hallgatunk, annak intenzitás változásai is hatnak a vérnyomásra, ám azt a dallam módosítja. Iwaki és mtsai (1996) eredménye szerint stimuláló zenére a mindkét oldali homloklebenyek aktivitása nő, amely nem csak a szimmetriát erősíti, de egyben fokozott figyelem jele is. Nagyon érdekesek Gerra és mtsai (1998) eredményei, akik a techno és klasszikus zenehallgatás hatásait vizsgálták. Azt tapasztalták, hogy techno zenére megnőtt a vérnyomás és a szívritmus, a zene után a résztvevők feszültségről, nyugtalanságról számoltak be. Klasszikus zenére nem nőtt a vérnyomás, utána pedig nyugodtnak, békésnek érezték magukat. Brodsky (2001) autóvezető szimulátorban végzett kutatásai során tapasztalta, hogy különböző tempójú zenét hallgatva, minél gyorsabb ritmusú volt a zene, a résztvevők annál nagyobb sebességgel hajtottak, aminek következtében a (nem valódi) szabálytalanságok és balesetek száma is nőtt.

Többszörösen kimutatták, hogy a megfelelően kiválasztott zene alkalmas szorongásos és stresszes állapotok csökkentésére, tehát gyógyító hatása van. Nem csak a zenét alkalmazzák terápiás céllal, hanem a művészetek számos más ágát is, ezt összefoglalóan művészet-terápiának hívják (a Magyar Művészetterápiás Egyesület szervezésében 2003-ban rendezték meg Budapesten az első művészetterápiás világkongresszust).

A Kodály módszer szerinti ének-zene tanítás hatására vonatkozó első úttörő vizsgálatokat Kokas Klára (1972) végezte, aki általános iskolások körében vizsgálta a zenei nevelés hatását egyéb tárgyak tanulására. Kimutatta, hogy nyelvtan, helyesírás, olvasás és számolás terén jelentősen jobbak a Kodály-féle ének-zenei iskolába járók, mint a nem zeneisek. Óvodás korúaknál azt tapasztalta, hogy a zenei óvodások fölülmúlják nem zeneis kontrolljaikat megfigyelőképességben és a figyelem tartósságában.

- További vizsgálatok (Barkóczi, Pléh, 1977) is azt bizonyították, hogy azok a gyerekek, akik ének-zenei általános iskolába járnak, normál osztályba járó kontroll csoportjaikkal

szemben számos előnyös tulajdonságot mutatnak. A szerzők négyéves követő vizsgálatot folytattak 1969-1972 között a kecskeméti Kodály ének-zenei iskolában az elsős, másodikos, harmadikos és negyedikes általános iskolai osztályokban. Az első évben három, a másodiktól kezdve négy osztály vett részt, összesen mintegy 100 kisdíák. A vizsgálatban négy csoportot alakítottak ki: az egyik osztály a Kodály ének-zenei iskolába járt, a másik egy nem zenei iskola osztálya volt. Két másik párhuzamos osztályt egy harmadik iskolából a szervezők jelölték ki úgy, hogy találmára az egyiket ének-zeneinek nevezték ki (ők a vizsgálat éve alatt a nem-Kodály iskolában mégis Kodály szerinti ének-zene tanításban részesültek), a másik osztályban nem folyt Kodály módszere szerinti ének-zene oktatás. Mint az első év végén kiderült, ez a két osztály jelentősen alacsonyabb (átlagos, 100 közeli IQ) intelligenciájú volt, mint a Kodályos gyerekek (110 fölötti IQ) és egyben családi szociális státusuk is sokkal alacsonyabb volt. Ezért kellett még egy negyedik magasabb szociális státusú és magasabb intelligenciájú nem zenei csoportot a Kodály osztály kontrolljaként bevenni a vizsgálatba. A gazdag vizsgálati eredményanyagból most csak a legfőbb eredményeket emelem ki.

Az intelligenciában kezdetben mutatkozó különbségek az osztályok között mindvégig megmaradtak, ennek alapján arra lehetett következtetni, hogy a zenei nevelés nem befolyásolja azt.

Ezzel szemben kreativitás terén a zenei osztályok végig következetesen jelentősen fölülmúlták nem zenei kontroll párjukat. Sőt, az alacsony státusú zenei osztály azonos szintet ért el, mint a nem zenei magas státusú csoport. Az alacsony státusú nem zenei csoport elmaradása e téren drámai. Kiemelendő, hogy a Kodály osztály mindvégig a legmagasabb szintű teljesítményt mutatta.

A 4. évben végzett személyiségvizsgálat (Rorschach) alapján pedig kiemelhető, hogy a Kodályosok a másik három osztállyal szemben kitűntek emocionális válaszaik sokaságával, amely a 10 év körüli kreatív gyerekeknél érzelmi érzékenységre, az érzelmi élet fejlettségére utal. Az erősen impulzív, indulatos reagálásra utaló válaszok a két alacsony státusú csoportban fordultak elő leggyakrabban, ezen belül is a legtöbb a nem zenei osztályban, s a legkevesebb a Kodályos osztályban. A két zenei osztályban egymással szorosabb kapcsolatba került az intelligencia és a kreativitás: közöttük szinte nem volt olyan gyerek, akinek magas vagy közepes intelligencia mellett alacsony lett volna a kreativitása, míg a nem zenei magas státusú és magas intelligenciájú csoportban ilyen eléggé sok fordult elő.

Az előző vizsgálatok bizonyítják, hogy a Kodály módszere szerinti ének-zenei tanulmányok fejlesztik a kreativitást, az alkotókészséget, azaz a gondolkodás rugalmasságát, az ötletgazdagságot, a jobb félteke funkcióinak fejlesztése útján. (Kodály ének-zene tanítási módszerének lényege a mindennapi éneklés és néptánc, mégpedig a közismereti tárgyak közé helyezve és a népzenei anyagra támaszkodva; s mindez az örömteli élményszerzés igényével.)

Az a sok kedvező eredmény, ami a fenti vizsgálatokból született, már 30 éves. Igen izgalmas, hogy ezek az eredmények újabban megerősítést nyertek.

- Sulyán (2003) 256 hatodik osztályos diákkal végzett vizsgálatában a résztvevők egyik fele ének-zenei Kodály rendszerű osztályokból állt, a másik fele nem zenei kontroll volt. A két csoport most sem különbözött intelligenciában. A vizsgálat újra azt mutatta, hogy a

zenei nevelésben részesülő 6. osztályosok kreatívabbak, mint kontroll társaik. Sőt, az intelligencia és a kreativitás is szorosabban kapcsolódik náluk, mint a nem zeneis csoportokban. Egy újabb kérdőív adatai szerint a zeneisek kompetensebbnek, aktívabbnak érzik magukat a nem zeneiseknél. (Ebben a munkában is sok egyéb eredmény adódott.)

Lényeges, hogy mintegy 30 év és nagy társadalmi változások után idősebb gyerekeknél, megváltozott tesztekkel mérve a főbb eredmények megismételhetők voltak, tehát a Kodály szerinti ének zenei nevelési módszernek az agyféltekék harmonikus működését fejlesztő hatásai ma is bizonyítottan érvényesülnek. Hasonlóképpen szükséges a múzeumlátogatásokkal is kiegészített rajztanítás bővítése az érzelmi-művészeti képességek kifejlesztésében!

Irodalom

- Abdullaev, Y.G., Posner, M.I.: *Time course of activating brain areas in generating verbal associations*. Psychological Science, 1997. 8, 56-59.
- Bakan, P.H.: *Hypnotizability, laterality of eye-movement and functional brain asymmetry*. Perceptual and motor skills, 1969. 28, 927-932.
- Bakan, P.H.: *The eyes have it*. Psychology today, 1971. 4, 64-69.
- Barkóczi I.: *Kísérlet az intuíció egy lehetséges mechanizmusának feltárására*. Pszichológia, 10, 1990. 177-208
- Barkóczi I.: *Átstrukturálást sugalmazó ingerek intuitív hatása*. Pszichológia 11, 1991. 483-502.
- Barkóczi I., Pléh Cs.: *Kodály nevelési módszerének pszichológiai hatásvizsgálata*. Kodály Zoltán Zenepedagógiai Intézet, Kecskemét.,1977.
- Barkóczi I., Séra L., Komlósi A.: *A nagyagyféltekék funkcionális aszimmetriája, a küszöb alatti percepció és egyes elhárító mechanizmusok kapcsolata különböző kísérleti helyzetekben*. Pszichológia (3) 2, 1983. 175-203.
- Beeman, M.J., Bowden, E.M.: *The right hemisphere maintains solution-related activation for yet-to-be-solved problems*. Memory and Cognition 28 (7), 2000. 1231-1241.
- Beeman, M.J., Friedman, R.B., Grafman, J., Perez, E., Diamond, S, Lindsay, M.B.: *Summation priming and coarse semantic coding in the right hemisphere*. Journal of Cognitive Neuroscience. 6,1994. 26-45.
- Brodsky, W.: *The effects of music tempo on simulated driving performance and vehicular control*. Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behavior. Vol. 4(4), 2001. 219-241.
- Day, M.E.: *An eye movement indication of individual differences in the psychological organization of attentional processes and anxiety*. Journal of Psychology 66, 1967. 51-62.
- Gerra, G., Zaimovic, A., Franchini, D. et al: *Neuroendocrine responses of healthy volunteers to „techno-music”: Relationships with personality traits and emotional state*. International Journal of Psychophysiology, Vol. 28,1998. 99-111.
- Gonda J.: *Kreativitásfejlesztés a zeneoktatásban*. Parlando XLVI. 3, 2004. 16-22.
- Iwaki, T., Hayashi, M., Hori, T.: *Changes of EEG amplitude and coherence with the stimulatory effects of music*. Society proceedings. Electroencephalography and Clinical Neurophysiology 98, 1996. 44-52.
- Kimura, D.: *Left-right differences in the perception of melodies*. Quarterly Journal of Experimental Psychology 16, 1964. 355-358.
- Kimura, D.: *Női agy, férfi agy*. Kairosz kiadó. 1999.
- Kokas K.: *Képességfejlesztés zenei neveléssel*. Budapest, 1972. Zeneműkiadó

Morais, J.: *The two sides of cognition*. In J. Mehler, E.C.T. Walker, M. Garrett (Eds) *perspectives of mental representation*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New Jersey 277-309. 1982.

Parkin, A.J.: *Explorations in cognitive neuropsychology*. Blackwell Publishers Ltd Oxford, UK. 1996.

Sakamoto, H., Hayashi, M., Sugiura, S., Tsukikawa, M.: *Psycho-circulatory responses caused to listening to music and exposure to fluctuating noise or steady noise*. Journal of Sound and Vibration Vol 250 (1) 2002. 23-29.

Schön, D., Anton, J.L., Roth, M., Besson, M.: *An fMRI study of music sought reading*. Neuroreport Vol 13(17), 2002. 2285-2289.

Sperry, R.W., Gazzaniga, M.S. (1967) Idézi R. Sperry: *Some effects of disconnecting the cerebral hemispheres*. Science Vol. 212, 1982. 1223-1226.

Sulyán A.: *A zenei nevelés pszichológiai hatásvizsgálata általános iskola hatodik évfolyamában*. 2003

Székácsné Vida M.: *A művészeti nevelés hatásrendszere*. Budapest, 1980. Akadémiai Kiadó.

Torrance, E.P.: *The nature of creativity as manifest in its testing*. In R.J. Sternberg (Ed.) *The nature of creativity*. Cambridge Univ. Press, 1988. 43-75.

Feladat

1. A saját szaktárgya(i) tanítása során mit tudna tenni azért, hogy ne sorvadjon el diákjai rugalmas gondolkodási képessége?
Pl. felelés, dolgozatírás kapcsán milyen kérdésekkel lehetne irányítani őket?
Vagy egy anyagrészt magyarázatában?
Esetleg az otthoni leketanulás módjára adott tanácsokkal ösztönözni?
Jó volna, ha egészen konkrét példákat találna ki.
2. Dolgozzon ki egyszerű megoldási módot arra, hogy az iskola minden tanulója számára művészeti foglalkozásokat lehessen tartani. A mindennapi éneklés mindenképpen szerepeljen!

2.3. FERTŐZŐ ÉS NEM FERTŐZŐ BETEGSÉGEK KIALAKULÁSA

Dr. Barabás Katalin és Dr. Ócsai Lajos

Bevezetés

Az emberiség mindig törekedett arra, hogy megismerje a betegségek kialakulásának okát, folyamatát, hogy mindezeket feltárva adekvát módon találjanak lehetőségeket a megelőzésre, illetve a gyógyításra.

A teóriák időről időre változtak, tükrözve az orvostudomány fejlettségi szintjét.

1. A monokauzális elmélet (egy ok - egy betegség) a fertőző betegségek okainak feltárásakor született. Jól modellezi, hogy a mikroorganizmusok, mint egyedüli kóroki tényezők szerepelnek, és ezen oki tényezők kiküszöbölése megakadályozza a betegség kialakulását.
2. A multikauzális elmélet sok, egymással kapcsolatban lévő okra vezeti vissza a betegségeket. A nem fertőző betegségek epidemiológiai szerepének növekedésekor vált ismertté ez a teória, ezen betegségek kialakulását magyarázhatjuk a kockázati tényezők együttes jelenlétével.
3. Az általános fogékonyság a multikauzális elmélettel tart rokonságot, csak ebben az esetben a stressz és az egészségtelen életmód, mint általános, a szervezet védekező mechanizmusát megrendítő faktorok szerepelnek, amelyek következményeként egyéb tényezőkre nagyobb lesz a fogékonyság, és akár a fertőző, akár a nem fertőző betegségek kialakulásának valószínűsége nagyobb lesz.

A pedagógusoknak szükségük van alapvető ismeretekre a betegségek kialakulását illetően, hogy mindezek alapján képesek legyenek betegségek megelőzésében feladatot vállalni és a gyermekeket is a preventív szemléletre nevelni.

Járványtani ismeretek

A járványok történelmet formáltak, de a legújabbkor embereit is rettegésben tartják. A történelemtudománynak is részét képezik a járványfolyamatok társadalmat alakító hatásai, de népszerű témái a világirodalomnak, vagy a filmművészetnek is.

A gyermekpopuláció epidemiológiai adatai azt mutatják, hogy gyermekkorban elsősorban a **fertőző betegségek** gyakorisága nagy. Az ún. "**gyermekbetegségek**" járványos betegségek. A korábbi évszázadokban a különböző fertőző betegségek okozta járványok eredményezték a magas gyermekhalandóságot. Mára ezen járványok nagy része (pl. a diftéria, a szamárköhögés, a járványos gyermekbénulás) eltűnt, vagy megszélidült, számaránya elenyészővé vált (pl.: kanyaró, rózsahimlő, mumpsz estében). Ennek ellenére ma is a különböző légúti fertőző betegségek, nyáron az emésztőszerveket érintő járványok okozzák a gyermekek legnagyobb számú megbetegedéseit.

Annak érdekében, hogy a pedagógusok tájékozottak legyenek a megelőzés lehetőségeit illetően, ismerniük kell a fertőző betegség, a járvány kialakulásának mechanizmusát. A fertőző betegségek és járványok kialakulása ugyanis nem a véletlenek következménye, hanem szigorú törvényszerűségek alapján bekövetkező események.

A fertőző betegségek alapját a **kórokozó ágens** jelenti, ez lehet:

baktérium, vírus, gomba, egysejtű, féreg, ízeltlábú.

Az ókorban éppen úgy, mint a XXI. században a járványok kialakulásához - azaz a fertőző betegségek tovaterjedéséhez - három dolog nélkülözhetetlen:

Fertőző forrás → **Terjedési mód, közvetítő közeg** → **Fogékony szervezet**

Fertőző forrás: az az ember vagy állat, akinek a szervezetében megtalálható a kórokozó; aki, vagy ami lehet a fertőző betegségben szenvedő, vagy annak lappangási szakában lévő ember, vagy állat, illetve a kórokozót tünetmentesen hordozó élő szervezet.

Közvetítők: környezetünk vagy szervezetünk azon elemei, melyek a fertőzést kiváltó kórokozók egyik szervezetből a másikba történő eljutását biztosítják.

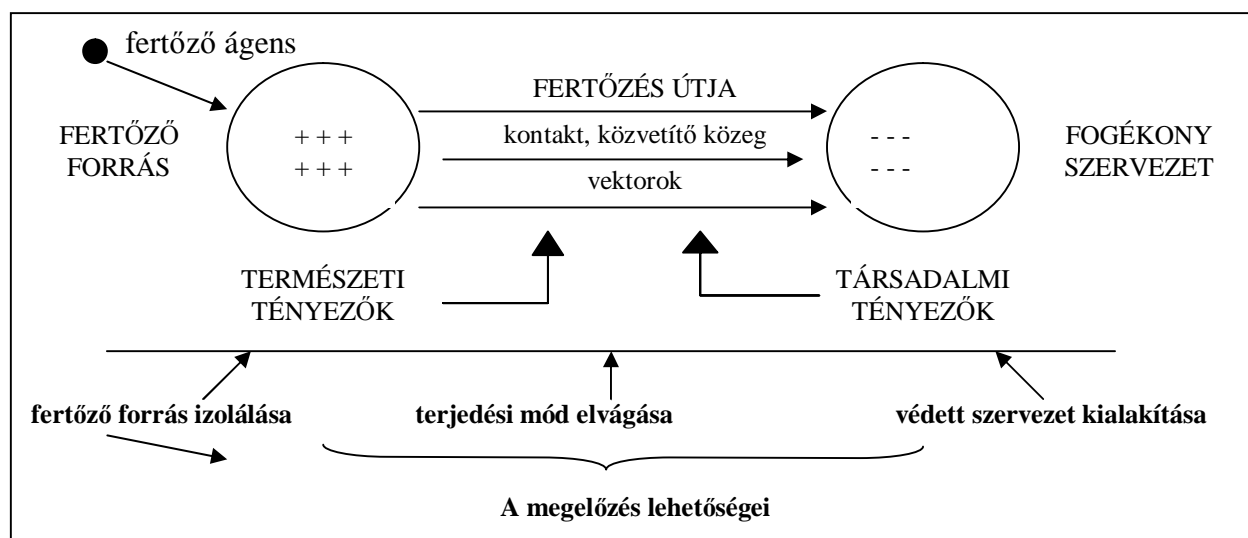
Ahhoz, hogy a fertőző forrásból a megfelelő közvetítő közeg megléte mellett ki tudjon alakulni az újabb fertőző beteg, ahhoz a kórokozónak egy **fogékony szervezetbe** kell bekerülnie.

A **fogékony szervezet** érzékenységet, illetve ellenállását az immunrendszer állapota határozza meg. Vannak betegségek, ahol a fogékonyság nemek alapján is különbözik (pl.: a nők a HIV - re fogékonyabbak). A malária esetében a várandós nők fogékonysága nagyobb. A fogékonyság függ az életkortól (a gyermekek és öregek fogékonyabbak a fertőző betegségekre), de függ az erőnléti állapottól is: a tápláltsági foktól, a lelki egyensúlytól.

Ha a fenti három feltétel közül – **fertőző forrás**, megfelelő **közvetítő közeg** és a **fogékony szervezet** – bármelyik is hiányzik, nem tud létrejönni újabb fertőző betegség, és természetesen járvány sem tud kialakulni. Mivel e három feltétel megléte feltétlenül szükséges az újabb fertőző betegség, vagy betegségek (járvány) kialakulásához, ezeket a **járványfolyamat elsődleges mozzatóerőinek** nevezzük.

Ahogy a járványfolyamatnak vannak elsődleges mozzatóerői, úgy természetesen vannak **másodlagos mozzatóerői** is, amelyek a fertőző betegségek kialakulásában vagy a járványok terjedésében nem játszanak meghatározó szerepet, de nagymértékben befolyásolhatják azok gyakoriságát, súlyosságát, kiterjedését és időtartamát. **Ezek a természeti és társadalmi tényezők.**

Főleg a **társadalmi tényezők** hatását képesek a nem egészségügyi szektorhoz tartozók befolyásolni. A szexuális úton terjedő betegségek járványfolyamattá dagadását egyértelműen a társadalmi tényezők alakítják, de a társadalmi tényezők befolyásoló hatását lehet felhasználni visszaszorításukra is. A szerelmi kultúra, a szexuális kultúra kialakításában a pedagógus szerepe nagy, így közvetetten hatással bír a járványfolyamat megfékezésére.



2.3.1. Ábra: A járványfolyamat kialakulásának mechanizmusa és a megelőzés lehetőségei

A fertőző betegségek csoportosítása

A fertőző betegségeket elsősorban a fertőzések terjedési módja, azaz a **közvetítők alapján sorolják különböző csoportokba.**

- **Az élettelen közegek közül első helyre kívánkozik a levegő.**
A légúti fertőzések száma ugyanis ma is a legmagasabb, és köztük található az emberiség történelmére is hatást gyakorló himlő, valamint az évről évre fenyegető influenza, és a fertőző gyermekbetegségek zöme. A levegő által közvetített fertőzések szintén elterjedt elnevezése a **cseppfertőzés.**
- A második helyre **az étel** – beleértve az **italt** is – **által közvetített fertőzések** kívánkoznak. Hazánkban a – bejelentett - étel által közvetített fertőzések száma meghaladja a tízezret. A víz által közvetített fertőzések száma hazánkban elenyésző a megbízható minőségű közüzemi ivóvíz szolgáltatásnak köszönhetően.
- **Kontakt fertőzésről** akkor beszélünk, ha a kórokozó a fertőzőforrásként szolgáló szervezetből a fogékony szervezetbe közvetlenül, tehát szoros kontaktus útján kerül át. Ebbe a csoportba tartoznak elsősorban a nemi betegségek.
- **Az ízeltlábúak, ún. vektorok által terjesztett fertőzések** szintén nagy jelentőséggel bírnak. Az ebbe a betegségről tartozó kórképeknél a fertőzések terjesztőinek szerepe különböző lehet. Egyszerű esetben a rovarok mechanikusan továbbítják a testükre tapadt kórokozókat, míg más esetben a fertőzött ember vagy állat vérével szívva a szervezetükbe került kórokozó ágenseket egészséges, fogékony szervezetbe

oltják. A vérszívás és a kórokozó továbbadása között a rovarok szervezetében a kórokozók szaporodhatnak, sőt bonyolult fejlődési cikluson mehetnek keresztül.

- A fertőzés továbbadásának egy különös módja a **méhlepényen keresztül történő fertőződés**, az **intrauterin fertőzés**. Néhány évtizede – a rubeola elleni kötelező védőoltás bevezetése előtt – a várandós nők éppen magzatuk esetleges fertőződése miatt rettegtek a rubeolától, ma az AIDS kórokozójának, a HIV -nek ilyen típusú átvitele okozza a vírus hordozó anya magzatának fertőződését.

A fertőző betegségek elleni küzdelem

A fertőző betegségek, illetve a járványok kialakulása **elleni küzdelem** laikusoknak lehet, hogy nehezen érthető, de ennek oka csupán az ismeretek hiánya. Már említésre kerültek a járványfolyamat elsődleges mozgatóerői, és tudjuk, hogy ha a fertőző forrás, a közvetítők és a fogékony szervezet közül bármelyik is hiányzik, a fertőzés nem tud továbbterjedni. **A feladat tehát ismert: a három láncszemből valamelyiket el kell távolítani.** Komoly fejtörést okozhat azonban, hogy melyik fertőző betegség esetében milyen megoldást választunk. A leghatékonyabb megoldások megkeresése a tudomány feladata, az egészségügyi hatóságé ezek végrehajtása, a lakosságé pedig ennek támogatása saját jól felfogott érdekében.

1. **A fertőző forrás kiemelése**, a beteg kiemelése /elkülönítése/ ma is széles körben alkalmazott eljárás elsősorban olyan légúti fertőzések esetében, amely ellen nincs hatékony védőoltás és nagy a kórokozó megbetegítő képessége. E célt szolgálja a beteg fertőző osztályon történő elkülönítése (vagy korábban, a hatékony védőoltás bevezetése előtt a kanyarós beteg látogatási tilalma) is. A fertőző betegek és a vele érintettek karanténba zárása (pl.: pestis esetében) is a fertőző forrást iktatták ki. A pedagógus is alkalmazhatja az elkülönítést: amíg a beteg gyermekért nem érkezik meg a szülő, célszerű elkülöníteni, részben a további kontamináció elkerülése, részben a beteg gyermek nyugodtabb környezetének biztosítása érdekében.

A fertőzőforrás elkülönítése ne járjon a megbélyegzés negatív lelki töltetével. A gyermekeknek nem kiközösíteni kell a beteg társukat, hanem állapotát megértve, az elkülönítés lelki terhét csökkentve kell a helyzetet kezelni. (Beteg társuknak a gyermekek küldjenek levelet, rajzot, üzenetet, de természetesen ne látogassák).

2. **A közvetítő közegekre** vagy vektorokra a fizikai és kémiai módszerek széles repertoárját vethetjük be a hatékony védekezés érdekében. A vektorokra a különböző rovarirtó és rovarriasztó szerekkel lehet hatni a csípések elkerülése, és így a fertőzések átvitelének megelőzése érdekében. A kórházakban és egyéb egészségügyi intézményekben az orvosi eszközök sterilizálását is különböző kémiai (etilénoxid, formalin) és fizikai (hő) behatással érik el. Az étel útján terjedő fertőzések megelőzésének egyik biztos módja a konyhatechnológiai folyamat során a kellő hőkezelés.

A megfelelő higiénés magatartás (pl.: a konyhai munkafolyamatok közötti kézmosások, a megfelelő higiénés kultúra), a tisztaság iránti igény nem specifikus

módon, de a fertőzések megelőzését szolgálják. A pedagógusoknak nagy szerepük van a higiénés sztereotípiák kialakításában. A járványügyi megelőzést szolgálja a zsebkendő helyes használata, a személyi higiéné, kézmosás, fürdés, tiszta fehérnemű használatának igénye, de a gyümölcsök megmosása, valamint idősebb korban az óvszer használatának megtanulása és alkalmazása is.

3. **A fogékony szervezetre** is hathatunk különböző módon a fertőző betegségek megelőzése érdekében. A szervezet védelmét lehet **aszpecifikus** módon fokozni; a helyes, vitamindús táplálkozás, a kiegyensúlyozott napirend, a megfelelő pihenés fokozza a szervezet ellenálló képességét. Járványok idején kerülni kell a megerőltető feladatok tömeges követelését, figyelembe kell venni a gyermekek terhelhetőségét, hogy ezzel se fokozzuk a gyermekek fogékonyságát. A **specifikus védelem** módjai kifejezetten a betegségre irányulnak.

Egyik ilyen az **antibiotikumok szedése** profilaktikusan. Jelenleg csak néhány bakteriális fertőző betegség esetében alkalmazzák (genyves agyhártyagyulladás és skarlát). Sokszor nincs idő az oltás adta védelem kivárására, ezért az antibiotikum alkalmazása a kontaktok számára a legjobb védelmet jelentheti.

A fogékony szervezetre **a leghatékonyabban védőoltásokkal tudunk hatni**. A védőoltások **két fő csoportra** oszthatók, aktív és passzív védőoltásokra. **A passzív védőoltással** kész ellenanyagot juttatunk a szervezetbe, mely szinte azonnal hatni kezd, de csak rövid ideig nyújtanak védelmet a fertőzésekkel szemben. Ezek a gamma-globulinok vagy antitoxinok annak ellenére, hogy három hónap alatt szinte nyom nélkül eltűnnek a szervezetből, még ma is emberéletek sokaságát mentik meg.

Az **aktív védőoltásokkal** a szervezetet kényszerítjük ellenanyag termelésre megbetegedés nélkül. Ezt úgy érjük el, hogy oltóanyagként megfelelő adagban a szervezetbe juttatjuk a kórokozó előlt vagy élő, de gyengített részét, vagy termékét, illetve génebeszeti úton előállított szegmensét, amely a szervezetben a kórokozóval szemben ellenanyag termelést indít meg. Ezzel az eljárással hosszabb-rövidebb ideig tartó védettséget lehet elérni. Ismétlődő (emlékeztető) oltásokkal tartós, akár élethosszig tartó védelemre lehet számítani. A kutatók arra törekednek, hogy minél kevesebb oltással, minél több betegség ellen, minél hosszabb ideig tartó védettséget lehessen kialakítani.

A magyar védőoltási rendszer a világ egyik legjobb fegyelemmel működtetett védőoltási rendszere. Ennek köszönhető, hogy Magyarország járványügyi biztonsága és járványügyi helyzete világviszonylatban is kiemelkedő. A magyar életkorhoz kötötten kötelező védőoltások **oltási naptára** az Interneten aktuálisan mindig bárki számára könnyen elérhető (www.elender.hu/~oltinfo/epinfo).

| Életkor/osztály | Oltások típusa |
|-------------------------|---|
| 6 év | DI-PER-TE + Sabin-cseppek (diftéria - szamárköhögés, tetanusz + járványos gyermekbénulás elleni védőoltás) |
| 11 év/hatodik osztály | DI-TE+MMR (Diftéria - tetanusz+ kanyaró – mumpsz -rőzsahimlő) |
| 14 év/nyolcadik osztály | Engerix - B+ bizonyos gyermeknek BCG (vírusos májgyulladás elleni + tbc elleni) |

2.3.1. Táblázat: Korhoz kötött kötelező védőoltások rendje az iskolások körében

Az oltásokat követő enyhe tünetek (hőemelkedés, enyhe fájdalom stb.) jelzik, hogy a szervezet reagált az oltásra, az oltás „megeredt”; ezeknek a tüneteknek semmilyen kóros következménye nincs.

Ha az átlagtól eltérő súlyos elváltozás alakul ki, akkor az oltás szövődményéről beszélünk. A szövődmények leginkább akkor jelentkeznek, ha beteg gyermeknek, tehát rossz időpontban adják az oltást. *Az oltások előtt írásban feltett kérdések a közelmúltban vagy jelenleg is meglévő lázas betegségekre, vírusfertőzésre, allergiás folyamatokra, étel túlérzékenységekre, illetve korábbi szövődményekre vonatkoznak. A kérdések helyes, és a valóságot tükröző lelkiismeretes megválaszolása megelőzheti a szövődmények kialakulását. Erre minden pedagógusnak fel kell hívni a tanulók, illetve a szülők figyelmét.* Csak egészséges egyént lehet beoltani, a teljesen egészséges gyermek oltása veszélytelen és a gyermekek védelmét szolgálja!

Tudnunk kell azonban, hogy a védőoltási fegyelem esetleges fellazulásával a fogékony szervezetek száma megszorodik, és ezeknek koncentrált megjelenésével a járványok kialakulásának lehetősége megnő. Az ÁNTSZ, mint hatóság, a védőnői, valamint a háziorvosi és gyermek-háziorvosi szolgálatok ezért törekszenek minden tőlük telhető eszköz bevetésével a védőoltások maradéktalan végrehajtására.

A nem fertőző betegségek kialakulása és megelőzésük

A XX. század a járványos betegségek megfékezésének százada. A fejlett országokban a **nem fertőző betegségek** okozzák a halálestek 90%-át. Magyarországon a vezető halálokok:

1. szív- és érrendszeri megbetegedések;
2. daganatos betegségek;
3. erőszakos halálokok;
4. emésztőrendszer megbetegedései;
5. légző rendszer betegségei.

A nem fertőző betegségek sorába tartozó cukorbetegség, csontritkulás, mozgásszervi megbetegedések, fogszuvasodás a magyar felnőtt populáció nagy számát érintik.

A nem fertőző betegségek gyakorisága a gyermekpopulációban szintén emelkedő tendenciát mutat (fiatalkori magas vérnyomás, gyermekkori cukorbetegség, pszichiátriai kórképek, mozgásszervi elváltozások, gyermekkori daganatos megbetegedések stb.), és a gyermekornak nagy szerepe van a későbbi nagyszámú szív- és érrendszeri megbetegedések, a daganatos, légúti és emésztőrendszeri megbetegedések kialakulásának megalapozásában is.

Ezen betegcsoportok esetében az a közös vonás, hogy a **kórfolyamat kialakulása nem vezethető vissza egyetlen kóros tényezőre, egy mikroorganizmusra, kialakulásukat több tényező együttes jelenléte valószínűsíti.** Tehát ezek olyan betegségek, amelyek oka valójában tényezők és feltételek együttese. Egynél több tényező vagy/és feltétel együttes hatása eredményezi a megbetegedést, esetenként a tényezők és feltételek más és más minőségi és mennyiségi összegződésével.

Kockázati tényezők azok a tényezők, amelyek bizonyíthatóan társulnak a betegség kialakulásához (pl.: a dohányzás a tumoros betegségek kockázati tényezőjeként szerepel). Az így bizonyított összefüggés azonban önmagában még nem jelent OKSÁGI ÖSSZEFÜGGÉST. *Minden oki tényező egyben kockázati tényező, de nem minden kockázati tényező oki tényező.*

Néhány kockázati tényező bemutatása lehetővé teszi a rizikócsoporthoz tartozó egészségfejlesztő módszer megértését.

A kockázati tényezőket csoportosíthatjuk eredetük szerint:

- Genetikai eredetű kockázati tényezők (egyre több gént azonosítottak, amelyek növelik a bizonyos betegségekre való hajlamot) pl.: emlőrákra való nagyobb esély genetikusan is igazolt.
- Környezeti kockázati tényezők
 - Fizikai eredetű levegőszennyező ágensek, mint rizikófaktorok (ionizáló, nem ionizáló UV sugárzás a tumoros betegségek kockázatát növeli)
 - Kémiai eredetű levegő-, vízszennyező ágensek, mint rizikó faktorok növelik a légúti, emésztőrendszeri betegségek előfordulásának gyakoriságát.
- Munkahelyi kockázati tényezők
 - Fizikai, kémiai tényezők, de a mentális tényezők is betegségek kialakulását segítik, pl. az ellenségesség fokozza a szív- és érrendszeri betegségek kialakulásának lehetőségét.
- Életmódbeli kockázati tényezők:
 - Táplálkozási szokások (a zsír- és fehérjedús táplálkozás a vastagbél- és végbélrák kockázatát növeli, a zsírdús táplálkozás az érelmeszesedés rizikóját fokozza, a sóban gazdag táplálkozás a magas vérnyomás kockázati tényezője, stb.)
 - Szexuális viselkedési tényezők (a promiszkuitás növeli a méhnyak rák kialakulásának kockázatát)
 - Szennedélyek (a dohányzás szinte valamennyi nem fertőző betegség kockázatát fokozza)
 - Stressz-teli életmód, stressz-kezelési nehézségek a szív és érrendszeri betegségek rizikóiként jelentősek
 - Mozgásszegény életmód az elhízás kockázatának növelése, szív- és érrendszeri betegségek, mozgásszervi betegségek rizikójaként is szerepel
- Személyiségjegyek, mint kockázati tényezők (Az ún. A típusú személyiségeknek nagyobb esélyük van a szív- és keringési rendszer betegségeinek kialakulására, mint az ún. C típusú személyiségűeknek, akiknek inkább a tumoros betegségekre van nagyobb esélyük)

Néhány kockázati tényező bemutatásával igazoljuk, hogy egyazon faktor több betegség rizikójaként is szerepelhet:

| RIZIKÓTÉNYEZŐ | SZÍV- ÉS ÉRRENDSZERI BETEGSÉGEK | DAGANATOS BETEGSÉGEK |
|---|--|--|
| DOHÁNYZÁS | A HALÁLOZÁS KÉTSZER GYAKORIBB | TÜDŐRÁK |
| | Anginás rohamok nagyobb gyakoriságúak | Ajak- és szájüregi rák; nyelvcsőrák 10-szer gyakoribb |
| | Szívinfarktus háromszor gyakoribb | Hasnyálmirigy-, vese-, húgyhólyagrák és leukémia |
| | Érszűkület 95%-ban dohányosok között fordul elő | Méhnyak-rák kétszer gyakoribb |
| | +hormonális fogamzásgátló szerek - agyérgörcs nagy kockázata | |
| ALKOHOL | Szívrítmus zavara, szívizom elfajulás | Ajak- és szájüregi rák, torok-, gégerák, nyelvcsőrák |
| | Magas vérnyomás | Máj rosszindulatú daganata |
| TÁPLÁLKOZÁS (ZSÍR ÉS FEHÉRJEDŰS TÁPLÁLÉK) | ÉRELMESZESÉDÉS | Vastag- és végbélrák, epehólyag, méhtest-rák, mellrák |
| STRESSZ | Magas vérnyomás, szívinfarktus agyérgörcs | Immunrendszer megrendülése, nagyobb hajlam a daganatos megbetegedésre, közvetett összefüggés |

2.3.2. Táblázat: Rizikótényezők és betegségek kapcsolata

Amennyiben egyszerre több rizikótényező van jelen, akkor a betegség kialakulásának valószínűsége többszörösére növekedhet. Pl.: az ajak- és szájüregi rák gyakorisága az utóbbi évtizedben sokszorosára emelkedett; itt a dohányzás, alkoholfogyasztás mellett a rossz száj higiéné is a rizikó tényezőkhöz tartozva fokozza a betegség kialakulásának valószínűségét. A szociálisan rossz helyzetűek, hajléktalanok, munkanélküliek között nagyobb gyakorisággal fordul elő ez a kórkép.

Számos példa igazolja, hogy több kockázati tényező miképpen növeli a betegség kialakulásának valószínűségét. Pl.: a káros UV sugarakat átengedő ózonlyuk, mint környezeti rizikótényező szerepel, de a száraz, vékony, vörös, szeplős bőr fokozza a festékes bőrdaganat kockázatát.

A kockázati tényezők ismerete, különös tekintettel a genetikai tényezők feltárására, felveti azt a kérdést, vajon az adott személyben nem indíthat-e el szorongást, félelmet, fenyegettető érzést. Ha megfelelő egészségkultúrával rendelkeznek az emberek, akkor egyértelműen kimondhatjuk, hogy NEM. Ehhez arra van szükség, hogy az információt ne szorongató

ténynek, hanem olyan tudásnak tekintsék, amely figyelmeztet arra, hogy nagyobb odafigyelésre van szükség ilyen hajlammal rendelkező egyén esetében. Tehát a többi kockázati tényező fokozott kiküszöbölésére, a szűrő vizsgálatok igénybevételére, a korai orvoshoz fordulás indítékára legyen alkalmas az ismeret. Csak így válhat a kockázatról szóló információ protektív, és nem fenyegető faktorrá.

A nem fertőző betegségek megelőzésének lehetőségei

Amíg a fertőző betegségek kiküszöbölhetők egy hatékony védőoltással, a nem fertőző betegségek változatos kockázati tényezőinek csökkentése vagy visszaszorítása, valamint a betegséghez vezető kockázati magatartás kiküszöbölése sokszor nagyon sokrétű, és nehezen kivitelezhető feladat.

Az elsődleges prevenció egyik legfontosabb módszere az egészségnevelés, hogy a tömegek megismerjék a kockázati tényezőket és azok szerepét a különböző betegségek kialakulásában. Több betegség kockázati tényezői között szerepel a dohányzás, a túlsúly, az alkohol, a helytelen táplálkozás, a mozgásszegény életmód, stb. **A prevenció feladata az egészségkockázati tényezők megszüntetése, illetve csökkentése.**

A nem fertőző betegségek esetében is a betegség korai jeleinek ismerete lehetőséget ad arra, hogy **kiszűrjük** a kórfolyamat elején álló egyéneket, aminek következtében a betegség súlyosbodását megakadályozhatjuk. Az időben elkezdett kezeléssel a betegség halálozási adatait is kedvezően befolyásolhatjuk.

A nem fertőző betegségek és a balesetek következtében létrejött elváltozások, életminőség romlások helyreállítását, visszaállítását végzi **a rehabilitáció**. A harmadlagos prevenció, azaz a rehabilitáció jelentőségét nemcsak a felnőttek esetében, hanem a gyermekkorban is komolyan kell venni. Mind a pedagógusoknak, mind a gyermekeknek is ismerniük kell, hogy milyen szerepet tölthetnek be a szakemberek mellett a sérült vagy betegségből gyógyuló beteg rehabilitációjában, az egészség visszaállításában.

Amíg a szűrővizsgálatokkal az egészségügyi intézményrendszer foglalkozik, addig a kockázati tényezők megismertetése és csökkentése a társadalom valamennyi tagjának feladata.

A gyermekekkel idejében megismertetett kockázati tényezők és a helyes, kockázatcsökkentő életmód elsajátíttatása a család mellett az iskola feladata. A szűrővizsgálatok jelentőségéről már gyermekkorban meg kell győzni a gyermekeket, akik egészségtudatos magatartású felnőtté csak így válhatnak.

A kockázati tényezőket elkerülő, egészséges életmódot élő pedagógus, a szűrővizsgálatokat igénybe vevő pedagógus a leghatékonyabb példa lehet a tanulók számára.

Irodalom

Ádány R.: *A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón*. Budapest, 2003. Medicina Könyvkiadó Rt.

Kertai P.: *Megelőző orvostan*. Budapest, 1999. Medicina Könyvkiadó Rt.

Aszmann A. (szerk.): *Egészségvédelem az oktatásban*. Budapest, 1999. Anonymus

Feladat

1. A korhoz kötött védőoltások beadási időpontjai előtt szervezzen a járványokról szóló, adott betegségeket bemutató foglalkozást egészségügyi szakember segítségével!
A gyermekeket buzdítsa arra, hogy mondjanak véleményt a védőoltásról, mit jelent nekik, mi a jó és mi a rossz benne!
2. Középiskolásokkal Camus Pestisének feldolgozásának segítségével, vagy egy járványról szóló film (pl.: a „Zenekar tovább játszik”) vetítésével próbálja közelebb hozni a járványfolyamat jelentőségét a tanulókhöz. Hogyan készítené el ezt a programot?
3. A nem fertőző betegségek problematikájának megbeszéléséhez kérje a gyerekektől a kockázati tényezők gyűjtését, valamint példákat arra, hogy ezek hogyan befolyásolják a felnőttek, akár saját rokonaik, ismerőseik egészségi állapotát!

2.4. TARTÓS EGÉSZSÉGGKÁROSODÁSSAL ÉLŐK HELYZETE AZ OKTATÁSI INTÉZMÉNYEKBE

Dr. Sándor János

Bevezetés

Az, hogy valaki egészséges vagy nem, sokféleképpen értelmezhető. Nincs minden szempontból egészséges ember. Viszont ugyanolyan biológiai állapotban levő két ember egészsége különböző lehet, ha más körülmények közé kerülnek. (Két egyforma allergiás ember közül csak az fog szenvedni a betegség tüneteitől, aki az allergént tartalmazó környezetben él.) Az egészség tehát nem csak abszolút fogalmakkal írható le (pl.: daganata van/nincs), hanem a környezethez való alkalmazkodás képességével is. Ez a képesség károsodhat már a születéskor fejlődési rendellenességek miatt. De legtöbbször balesetek, betegségek következtében alakul ki tartós egészségkárosodás.

Minden baleset és betegség **zavart** jelent a szervezet működésében, korlátozza képességeinket, behatárolja azokat a funkciókat, amiket be tudunk tölteni. Ezek, sajnos nem ritkán, egy életen át megmaradnak (nem lehet a működés zavarát helyreállítani), ami egyes fizikai vagy mentális tevékenységek **akadályozottságában** nyilvánul meg. Sok esetben a tartósan fogyatékkal élők számára biztosítani lehet olyan környezetet, amiben fogyatékuk nem eredményez **korlátozottságot** a társadalmi funkciók betöltésében.

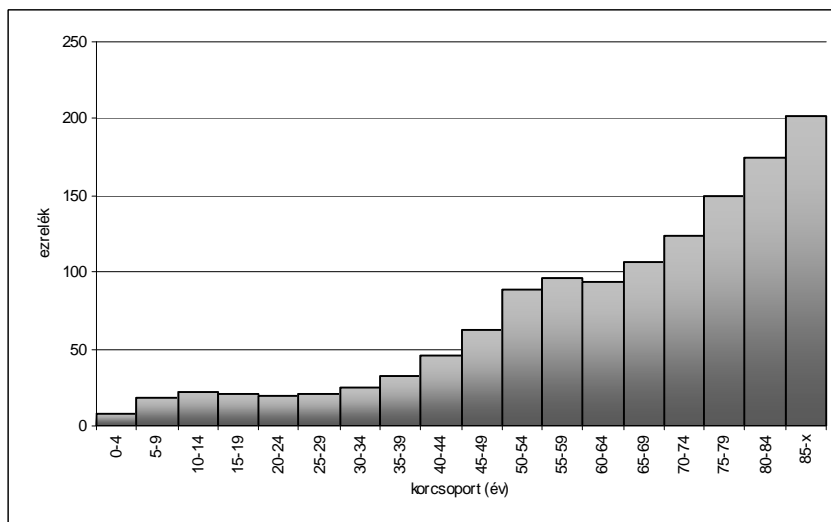
Epidemiológiai adatok

A legutóbbi népszámlálás alkalmával, 2001-ben 577000 fogyatékkal élőt regisztráltak, ami a teljes lakosság 5,7%-ának felel meg. A felmérés szerint az életkortól jelentős mértékben függ a fogyatékoság gyakorisága, ami a 0-4 éves korban regisztrált 0,8%-tól a 85 év feletti 20%-áig folyamatosan emelkedik.

Eredetét tekintve 54%-ban betegségek maradványszövődménye, 17% veleszületett fejlődési rendellenesség, 13% pedig baleset következménye a fogyatékoság.

Korcsoportonként az oki háttér jelentősen változik. A 0-14 évesek között még domináns ok a fejlődési rendellenesség, ami aztán a magasabb korcsoportokban már veszít jelentőségéből. A balesetek a serdülők és fiatal felnőttek között eléri a kicsit több, mint 10%-os részesedést, amit minden idősebb korosztályban megtartanak. A betegségek viszont folyamatosan egyre

fontosabb okai a fogyatékosoknak. 40 év felett már minden második, 70 felett pedig már 3-ból 2 fogyatékos mögött ez áll.



2.4.1. Ábra: Fogyatékosok aránya a teljes népességen belül korcsoportonként Magyarországon (2001. Népszámlálás)

Biológiai természet (az akadályozottság alapja) szerint megkülönböztetünk **érzékszervi, mozgásszervi és értelmi fogyatékos**akat. A népszámlálás szerint 251560 testi fogyatékos, 64558 gyengénlátó vagy vak, 56963 értelmi fogyatékos és 8886 siket és/vagy néma él Magyarországon.

| korcsoport | veleszületett | baleset | betegség | nem tudja | ismeretlen |
|--------------|---------------|---------|----------|-----------|------------|
| 0-14 év | 67% | 2% | 13% | 8% | 11% |
| 15-39 év | 47% | 11% | 24% | 8% | 10% |
| 40-59 év | 13% | 15% | 58% | 6% | 9% |
| 60-69 év | 7% | 14% | 64% | 6% | 9% |
| 70 év felett | 4% | 12% | 66% | 8% | 10% |

2.4.1. Táblázat: Fogyatékoság eredete korcsoportonként. (2001. Népszámlálás)

Gyermekkori fogyatékoság

A 0-14 éves korosztályban 4664 testi fogyatékos, 3503 látási problémától szenvedő (akik közül 334 vak) 10550 értelmi fogyatékos, 692 siket és/vagy néma van. Az oktatási körülményeiknek a kialakítása alapvetően meghatározza, hogy a későbbiek során milyen mértékben tudnak majd munkához jutni. (Ma a fogyatékosoknak mindössze 9%-a dolgozik. A mozgássérültek 6,3%-a, a vakok 5,7%-a, az értelmi fogyatékosok 7%-a, a siketek és/vagy némák 12,2%-a foglalkoztatott.)

Fontos tudni, hogy a közoktatási törvénynek és az oktatási miniszternek az e témához kapcsolódó rendeletei különös, támogató szabályokat írnak elő a fogyatékos gyermekek, tanulók vagy hallgatók speciális szükségleteinek a figyelembe vételére. (A jogi keretek adottak az integrált képzési formák kialakításához.)

| korcsoport | összesen | mozgássérült | alsó, felső végtag hiánya | egyéb testi fogyatékos | gyengénlátó | egyik szemére nem lát | vak | értelmi fogyatékos | nagyothalló | siket, siketnéma, néma | beszédhibás | egyéb |
|------------|----------|--------------|---------------------------|------------------------|-------------|-----------------------|-----|--------------------|-------------|------------------------|-------------|-------|
| 0-4 év | 4077 | 585 | 73 | 306 | 251 | 65 | 81 | 986 | 170 | 74 | 115 | 1371 |
| 5-9 év | 10584 | 1260 | 90 | 394 | 966 | 144 | 135 | 3543 | 587 | 278 | 634 | 2553 |
| 10-14 év | 14142 | 1475 | 104 | 377 | 1514 | 229 | 118 | 6021 | 805 | 340 | 493 | 2666 |
| 15-19 év | 13882 | 1657 | 123 | 401 | 2051 | 299 | 161 | 5505 | 791 | 349 | 333 | 2212 |

2.4.2. Táblázat: Fogyatékosok száma 2001-ben Magyarországon korcsoportonként és a fogyatékosság jellege szerint

A jogszabályok a fogyatékoságból eredő hátrányok csökkentésére (a közoktatási törvény felsorolásában: a testi-mozgásszervi, érzékszervi, értelmi, beszéd- és más fogyatékosok támogatására) többek között gyógypedagógus közreműködését írják elő, akár gyógypedagógiai intézményben vagy speciális tantervű osztályban, akár a többségi iskola tanulóival integráltan történik az oktatásuk-nevelésük. Azt, hogy a fogyatékos gyermek szükségleteinek melyik iskola felel meg a leginkább, a szakértői bizottságok és szülők együttesen döntenek el. A fogyatékos gyermekeket fogadó iskolák kiegészítő normatívákat kapnak, s ez esetben a fogyatékoságnak megfelelő gyógypedagógiai oktatási-nevelési fejlesztő programot is ki kell dolgozniuk. De valamennyi iskolának meg kell határoznia a pedagógiai program nevelési programján belül pl. a beilleszkedési, magatartási nehézségekkel összefüggő pedagógiai tevékenységét, a tanulási kudarcnak kitett tanulók felzárkóztatását segítő programot vagy a szociális hátrányokat enyhítő tevékenységeit - s ugyanígy az egészségfejlesztéssel vagy a gyermekvédelemmel kapcsolatos programját is. Az akadálymentesítés minden közintézményben - így bármely iskolában is - kötelező. Mivel az integráció elvének érvényesítése hazánkban még a kezdeteknél tart, számos, csak menet közben tapasztalható problémára derülhet fény (pl., hogy a szakmai kötöttségek miatt a középiskolák nem "jelentik be", vagy nem is vállalják fel a fogyatékos gyereket a magasabb normatíva ellenére sem). Szakmai szövetségek, alapítványok vállalták fel e téren az úttörő munkát.

| ország | normális osztályokban tanulók aránya |
|---------------|--------------------------------------|
| Olaszország | 98% |
| Portugália | 78% |
| Spanyolország | 81% |
| Írország | 39% |
| Magyarország | 25% |
| Csehország | 34% |
| Franciaország | 6% |
| Finnország | 4% |
| Görögország | 6% |
| Hollandia | 13% |

2.4.3. Táblázat Nem speciális képzési rendszerben tanuló szervi fogyatékos gyermekek aránya 1996-ban.

A pedagógusoknak tudniuk kell, kik ebben a partnereik. A fogyatékos gyermekek speciális szükségleteinek megfelelő fejlesztő tevékenységre a **gyógypedagógus-képzés** hétféle

(tanulásban akadályozottak, értelmi fogyatékosok, hallássérültek, látássérültek, mozgássérültek pedagógiája, logopédia, illetve pszichopedagógia) szakon képez szakembereket, akiket nem csak a gyógypedagógiai, de a fogyatékosokat fogadó iskolákban is alkalmazni kell (utóbbiban az egyéni fejlesztést végző ún. **"utazó gyógypedagógusként"**). Ugyanakkor a többi pedagógus is szerezhethet e területen speciális szakképzettséget, mégpedig a nemrég létesített **"fogyatékosok együttnevelési (integrációs) pedagógiája"** nevű szakirányú továbbképzési szakon. A pedagógusképzés szakjain is előírás, hogy a pedagógusjelöltek alapismereteket szerezzenek a fogyatékosok és együttnevelés problematikájáról is - még ha a megvalósulása jelenleg ennek is gyerekcipőben jár még.

Egy leendő tanítónak, tanárnak, vagy szülőnek fontos azt is tudnia, hogy a **0-4 évesek között leggyakoribb értelmi fogyatékoság megelőzésére sok lehetőség van.** Nagyon különbözőek azok a betegségek, melyek értelmi fogyatékosokra vezethetnek. A **megelőzésükre, kiszűrésükre vagy korán elkezdett kezelésükre számos módszert ismerünk.** A megelőzés hatékonysága itt sem csak az egészségügyi szolgáltatás színvonalának függvénye. A várandósok, családjaik és tágabb környezetük is befolyásolja a fogyatékosok elkerülésének sikerességét.

- A Down-kór rizikófaktorai közül sok ismert (magas anyai életkor, egyes gyógyszerek, az anya autoimmun és pajzsmirigy betegségei, vírusfertőzések, alkoholfogyasztás, dohányzás, apai foglalkozási fémexpozíció, ismételt hasi röntgen vizsgálatok, környezetben előforduló kémiai szennyezőanyagok), melyek között van elkerülhető is. A terhesség alatti szűréssel korán felfedezhetők és a terhességek megszakíthatók, ha a szülő ezt kéri.
- Hasonló a helyzet a velőcsőzáródási rendellenességekkel. Ennek is ismert elkerülhető rizikófaktor (az alacsony folsavbevitel), és ennek a szűrése is a terhesség alatti része.
- Születést követően elvégzett szűréssel és a kiszűrték gondozásával megelőzhető néhány anyagcsere-betegség fogyatékoságot eredményező formájának kialakulása (fenilketonuria, galaktozémia, veleszületett hipotireoidizmus).
- A védőoltási programnak köszönhetően Magyarországon évek óta nem fordult elő a terhesség alatti rubeola vírus fertőzés miatt létrejövő súlyos értelmi fogyatékoság.
- A fejlődő magzat védelmét biztosítják a várandósok szifilisz szűrése által is.
- Az állatról (főleg macskáról) emberre terjedő toxoplazmózis megelőzésére lehetőséget ad néhány egyszerű higiénés szabály várandósok környezetében való betartása.
- Csökkenti az értelmi fogyatékosok kialakulásának valószínűségét, ha a várandós nők kerülnek az alkoholfogyasztást.
- A várandós és a gondozásáért felelősök közötti jó együttműködéssel a koraszülöttség, a szülési sérülések, és az újszülött vércukorszintjének illetve vér-oxigén szintjének leesése elkerülhető.
- A gyermekek központi idegrendszerét érintő, értelmi fogyatékosággal szövődő fertőző betegségei közül védőoltással sok megelőzhető (kötelező védőoltások szamárköhögés, mumpsz, kanyaró ellen; nem kötelező védőoltás kullancs közvetítette agyvelőgyulladás ellen).
- A gyerekek koponyasérülései is vezethetnek értelmi fogyatékosághoz, aminek lehetőségét ezért is minden lehető eszközzel csökkenteni kell.
- A fejlődő gyermek intellektuális képességeit rontja a környezetünkben jelenlévő ólom. Ezt a veszélyt a fő szennyező forrás beszüntetésével, az üzemanyagok ólomadálékokkal való kiegészítésének tilalmával sikerült eliminálni.

Az enyhe értelmi fogyatékosok kialakulásában nem csak biológiai faktorok játszanak szerepet. A kora gyermekkor szocializáló környezete jelentős részben felelős a meglévő

képességek kibontakoztatásában. A deprivált körülmények között felnövő gyermek teljesítőképesége az adottságaihoz mérten kisebb lesz. Ez mindig szomorú, de különösen akkor romboló hatású, ha a gyermek ennek hatására kikerül az ép gyermekek közül, és a tanulási képességeket vizsgáló bizottság döntése alapján átkerül az értelmi fogyatékosok közé (egyben más képzési rendszerbe), aminek a majdani életpályára döntő hatása lesz. Többségük szegregált oktatásban fog részesülni, ami jól ismert szociokulturális hátrányokat szül. Ma még kevesek számára adott a szociális szempontból hatékonyabb integrált oktatás lehetősége.

Stigmák

Régebben a fogyatékosoknak elsősorban a veleszületett, vagy szülés alatt, illetve újszülött korban kialakuló formáival való együttélés módját kellett kialakítani. Az élettartam jelentős növekedése, az idősebb korosztályok mind nagyobb hányada, elkerülhetetlenül a degeneratív betegségek és miattuk kialakuló fogyatékosok dominanciáját hozták előtérbe. A modern társadalmak most tanulják, hogy miként kell együtt élni a betegségek miatt tartós egészségkárosodottakkal, akik ma a fogyatékosok legnagyobb részét adják.

Nagyon régen az éhínséggel, a környezeti elemekkel való napi küzdelem (fagyhalál, vadászbaleset, stb.) sikerétől függött, hogy milyen hosszú lesz valakinek az élete. Az élelemtermelés megindulása, a városiasodás talaján kialakuló civilizációk védelmet jelentettek ezekkel a veszélyekkel szemben: hosszabb élettartamot, mind zsúfoltabb lakókörnyezetet és a fertőző betegségek domináns egészségkárosító tényezővé válását eredményezve. Az ipari társadalmakban már a fertőző betegségek kontrollja is hatékony, ami további élettartam növekedést eredményezett, teret nyitva a degeneratív betegségeknek: ma a (megoldatlan) népegészségügyi problémák túlnyomó többsége erről a területről ered.

A fejlődés egyes problémákat megold, ami az élettartam növekedéséhez, az életminőség javulásához és egyben új problémák generálásához, vagy a régiak új formában való jelentkezéséhez vezet, amiket aztán ismét meg kell oldani. Mindig aktuális feladat az adott helyzetnek megfelelő kontroll kialakítása.

Ennek megfelelően ma az a cél, hogy ne vagy minél később fejlődjenek ki ezek a betegségek. De ha már kialakultak, akkor arra kell törekedni, hogy minél lassabban fejlődjenek tovább, minél kevesebb (biológiai és társadalmi) működési zavart eredményezzenek. A működés normalizálása a társadalmi környezet függvénye is. (Hogy milyen mértékben eredményezi a társadalmi életben való részvétel korlátozottságát adott biológiai működészavar, az a környezeten is múlik – van-e rámpa a lépcső mellett, jeltolmács a kórházban, pozitíven diszkrimináló jogszabályok és foglalkoztatáspolitikák stb.) A társadalmi környezet alakítása különböző szinten, de mindenkinek felelőssége.

A tartós egészségkárosodással élők helyzetét alapvetően átformálja, hogy társadalmi integrációjuk hatékony módszereit egyre részletesebben dolgozzák ki (a betegségek/balesetek miatt károsodottak teljesebb rehabilitációjának, veleszületett állapotok esetén pedig a jobb habilitáció elérése érdekében). Ezáltal megteremtődik a lehetősége annak, hogy a fogyatékosok társadalmi szerepe a nem fogyatékosokéhoz közelebb kerüljön.

Az integrálás (elzárt, rejtélyes intézményekből kikerülnek a fogyatékosok és megjelennek azok között, akik korábban nem nagyon találkoztak sérült emberekkel) során viszont kiderül,

hogyan az érintett közösség gyakran nem fogadja be a fogyatékosokat: és ez a probléma lesz a fejlődés egyik legnehezebben leküzdhető gátja. **Az elutasítás alapját az teremti meg, hogy a fogyatékosokat éppen úgy, mint más speciális tulajdonságokkal jellemezhető csoportot, a közgondolkodás felcímkézi és a fogyatékosokkal kapcsolatban ez a címke általában negatív tartalmakkal kapcsolódik össze: stigma keletkezik.**

Stigmák mindig is voltak. A szó eredetileg a bűnözők jól látható megkülönböztetésére szolgáló égetett vagy vágott jel, tehát a gyors tájékozódást segítő jelzés volt. Az emberi gondolkodásban az ilyen címkéknek alapvető feladata van, melyeket fontos ismernünk, mert csak ezzel együtt tudjuk értékelni a velük kapcsolatos pozitívumokat (ellátott funkciót) és negatívumokat (mellékhatásokat).

Az emberi gondolkodásban a gazdaságosság elve érvényesül abban az értelemben, hogy a körülöttünk levő dolgokat csoportokba soroljuk, és a csoportokhoz tartalmakat társítunk (személyes tapasztalat, de gyakrabban tanulás útján). A világ ilyen leegyszerűsítése azért is szükséges, mert vannak helyzetek, amikor gyorsan kell döntéseket hozni, és ilyenkor a differenciált mérlegelés idővesztést okozhat, ami a veszély elkerülését teheti lehetetlenné. Ez egy adaptív mechanizmus, ami a csoportokon belüli különbségeket alulértékeli, míg a csoportok közötti különbségeket hangsúlyozza. Mivel a csoportokhoz bizonyos tulajdonságokat társít és az egész folyamat célja a veszélyhelyzetek hatékony elkerülése, a társított tartalmak is elsősorban a negatív tulajdonságok lesznek. Ráadásul minél feszültebb helyzetben él valaki, annál negatívabb irányba tolódik el ez a társítás. Végül soron a stigmatizált csoport elsősorban negatív tulajdonságai alapján kerül megítélésre, ami azt is jelenti, hogy a stigmatizálók negatív viselkedésmintákat várnak a stigmatizált csoporttól.

A stigmának megvan az a hatása is, hogy a nem stigmatizáltban erősíti a megfelelés érzetét, ami egy frusztrációkkal terhelt társadalom tagjának különösen fontos lehet. Innét pedig már csak egy lépés, hogy a stigmatizáltak okolják is az állapotáért, felmentve magukat a szolidaritás elvéből következő magatartás alól.

A stigmatizáltak ezt természetesen érzékelik. Bennük szégyenérzetet, az önbizalom megrendülését és alsóbbrendűség érzését generálják. Jellemző reakciójuk lesz a fogyatékosok titkolása (ha ez egyáltalán lehetséges) vagy a visszahúzódság. Összességében a stigma megteszi hatását: a „normálisak” nem találkoznak a problémával, a „nem normálisak” pedig a társadalom „mikrogettóiba” szorulnak.

Ez természetesen nem elsősorban az egészséggel és nem csak a fogyatékosokkal kapcsolatos kérdés, de vannak az egészségi állapotra ható vetületei is. **Erre utal, hogy az Egészségügyi Világszervezet (WHO) is definiálta a problémát, mely szerint stigma minden olyan attitűd, jellemvonás, vagy betegség, ami elfogadhatatlanul különbözik a normálistól.**

A stigmatizáltakat hátrányos megkülönböztetés éri, aminek az egészségi állapotukra is hatása van: az ilyen csoportokba tartozók betegségeinek ellátása nem megfelelő, később vesznek igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat, és az állapotuk az elfogadhatónál gyorsabban romlik, mert a kezeléseket nyújtó intézményekkel való együttműködésük problémás. Ez egyenesen vezet rosszabb egészségi állapothoz és az alapfogyatékosok által eleve meghatározottnál kedvezőtlenebb szociális státuszhoz.

A stigmatizálás visszaszorításával a fogyatékosok egészségi állapotát javítani lehet. Ennek eszköztára azonban részben szűkös, részben veszélyeket hordoz, amennyibe a

szakszerűtlen beavatkozás visszacsapási reakciót eredményez, tovább rontva a többség és a fogyatékosok viszonyát.

Diszkrimináció elleni fellépés

A nyilvánvaló diszkrimináció ellen fel kell szólalni, mert csak így lehet a figyelmet a problémára irányítani, ami a változtatáshoz alapvetően szükséges. Az alkalmas módot megtalálni (ami már hatékony, de még nem okoz ellenreakciót) nehéz, esetenként talán lehetetlen is. Ennek az eszköznek megvannak a korlátjai.

Képzés

Sikereket lehet elérni képzéssel, kampányokkal, melyek objektív információval látják el a célközönséget, a stigmatizált és izoláltan élő csoportról alkotott képet a valóságoshoz közelítik. Ilyen módon szembesíthetjük a stigmatizálókat azzal is, hogy milyen szenvedés forrása a stigma (az amúgy is meglévő fogyatékoságán túl) a viselője számára. Ez a megközelítés biztosan hatásos. Korlátja, hogy az eredmény nem tartós. Az ismeretek átadásán túl további hatásoknak is érvényesülni kellene ahhoz, hogy valóban attitűdváltozást lehessen elérni a befogadó közösségben.

[A képzésre alapuló beavatkozás lehetőleg olyan célcsoportra irányuljon, aminek korábban felmérték az attitűdjét. Legyen minél specifikusabb és kisebb csoportokra fókuszáló a beavatkozás; lehetőleg interaktív eszközök kerüljenek alkalmazásra; világos és egyszerű üzenetekre kell építeni; preferálandó a több kicsi intervenció az egyszeri nagy kampánnyal szemben; a képzést végző személyek hitelessége kulcsfontosságú; a helyi közösség véleményformálóinak bevonása hatékonyságnövelő; a ténylegesen felmerülő problémákkal kell foglalkozni és nem tudományos alapoktól indulva elmagyarázni a helyzetet.]

Kapcsolatteremtés

A képzés (a kognitív szintű beavatkozás) hatásainak megerősítése érdekében, olyan beavatkozásokat kell végrehajtani, melyek révén tényleges kapcsolatba kerülnek a stigmatizáltak és a stigmatizálók. Ez alkalmas az ismeretátadással előkészített közösségben az érzelmi viszonyulás megváltoztatására, ami a tartós eredmény (a tényleges magatartásváltozás) egyik garanciája. A keletkező konfliktusok, a felmerülő feszültségek feldolgozása (és feldolgozható szinten tartása) szakmailag felkészült segítők részvételét igényli. A jó szándékú laikus itt is könnyen visszacsapásos reakciót idézhet elő.

Vagyis, ha szükséges és lehetséges, hatékony formában fel kell szólalni a stigmatizálás megnyilvánulásával szemben, a stigma viselőiről objektív ismereteket kell nyújtani, és támogatni kell a szabályozott körülmények között létrejövő minél intenzívebb kapcsolatot a stigma két oldalán élők között.

Irodalom

Cs. Czachnesz Erzsébet, Radó Péter: Oktatási egyenlőtlenségek és speciális igények. In: Jelentés a magyar közoktatásról 2003. Szerk: Hakász Gábor, Lannert Judit, 349-376, Országos Közoktatási Intézet, Budapest, 2003.

www.onyf.hu (Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság)

Aronson, E.: *A társas lény*. Budapest, 2000. KJK

www.antsz.hu/oek (Országos Lakossági Egészségfelmérés 2000)

www.antsz.hu/oek/humangenetika (Velezületett Rendellenességek Országos Nyilvántartása)

Feladat

1. Készítsen listát arról, hogy iskolájukban milyen szempontból megoldott és milyen szempontból nem a mozgássérültek közlekedése, tanórákon és egyéb programokon való részvétele!
2. Gyűjtsék össze azoknak a tantárgyaknak a listáját, melyeket valamilyen fogyatékkal élőkkel együtt is meg lehetne tartani! Milyen módszereket kellene ehhez használni, milyen változtatásokat kellene emiatt a tanórák szervezésében eszközölni?

2.5. KIHEZ FORDULJUNK?

Prof. Dr. Simon Tamás

Bevezetés

Ha baj van, hol a segítség? (a gyógyító egészségügy felépítése és működése)

Az egészséges életmód szabályai között ismertetni kell azokat a lehetőségeket is, amelyek igénybevételével a megváltozott egészség, vagy betegség jelentkezése esetén segítséget kaphatunk. Ezek azért fontos ismeretek, mert ha valaki nincs tisztában azzal, hogy működik az országban egy egészségügyi ellátó rendszer, és hogy azt hogyan kell igénybe venni, valamint nincs meggyőzve arról, hogy betegsége gyógyítására a tanácsokat hol, kitől szerezheti be, akkor az országban működő egészségügyi ellátó rendszer nem lehet hatásos. A lakosság tudatos részvétele nélkül a lakosság érdekében létrehozott egészségügyi ellátó rendszer nem tud jól működni. A fentiekből az a következtetés vonható le, hogy az egészséges életmód szabályai ismertetésénél szükséges elsajátítani az **időben történő orvoshoz fordulás**, és az **egészségüggyel való együttműködés** szabályait is.

Az egészségüggyel való együttműködés

Időben történő orvoshoz fordulás azt jelenti, hogy ha valakinek valamilyen betegsége van, akkor az tudja, hogy kitől kaphat segítséget, és azt a segítséget igényli is; de az időben orvoshoz forduláshoz tartozik az is, hogyha valakit valamilyen szűrővizsgálatra hívnak, akkor oda el is megy, és ha visszahívják, akkor is megjelenik.

Az egészségüggyel való együttműködés azt jelenti, hogyha valaki az egészségügy bármelyik dolgozójától tanácsokat kapott, azokat betartja, azok figyelembevételével vesz részt önmaga is saját betegsége gyógyításában, vagy egyensúlyban tartásában. Ennek a szabálynak ismertetése során hangsúlyozni kell, hogy a beteg aktív részvétele nélkül nagyon nehéz, sokszor lehetetlen a gyógyulás, illetve - krónikus betegség esetén - az állapot egyensúlyban tartása.

Ezen alapelvek ismertetése után nézzük, hogy kihez fordulhatunk?

A magyar egészségügy **funkcionálisan** három részre tagozódik, ezek:

1. az alapellátás;
2. a járóbeteg-szakellátás;
3. a fekvőbeteg ellátás.

A funkcionális tagozódás mellett van az egészségügyi ellátó szolgálatnak egy **vertikális** tagozódása is, ez elsősorban közigazgatási szintekhez igazodik, így megkülönböztetünk községi, városi, megyei és regionális egészségügyi ellátó szolgálatokat és intézményeket.

Az **alapellátás** körébe tartozik a már ismertetett védőnői szolgálat, iskola-egészségügyi szolgálat, és foglalkozás-egészségügyi szolgálat mellett a háziiorvosi, és a házi-gyermekorvosi ellátás. Magyarországon mindenki választhat magának háziorvost, és a 14, illetve 18 éven aluli gyermeke ellátására esetleg házi gyermekorvost. Községek esetében a lakosság számától függően lehet, hogy több községnek egy háziorvosa van, de nagyobb lakossági létszám mellett már egy-két háziorvos, és egy-egy gyermek-háziiorvosi praxis is szerveződhet. Ha valakinek valamilyen betegsége van, akkor elsősorban a háziorvos, a házi gyermekorvos segítségét veheti igénybe, úgy, hogy rendelőjében felkeresi, esetleg lakására kihívja. A háziorvost munkájában segíti a házi betegápolónő és az orvos írnök. A házi gyermekorvos pedig szorosan kell, hogy együttműködjék a területi védőnővel. A háziorvos, a házi gyermekorvos, ha megjelenik nála valaki, akkor vizsgálattal eldönti, hogy mi a baja, szükséges-e igénybe vennie laboratóriumi, vagy műszeres diagnosztikai segítséget, esetleg járóbeteg-szakellátás szakorvosát, vagy igényli-e a beteg állapota a kórházi kezelést. Igen jelentős a szerepe a háziiorvosi, házi gyermekorvosi szolgálatnak az idült betegségekben szenvedők egészségügyi gondozásában.

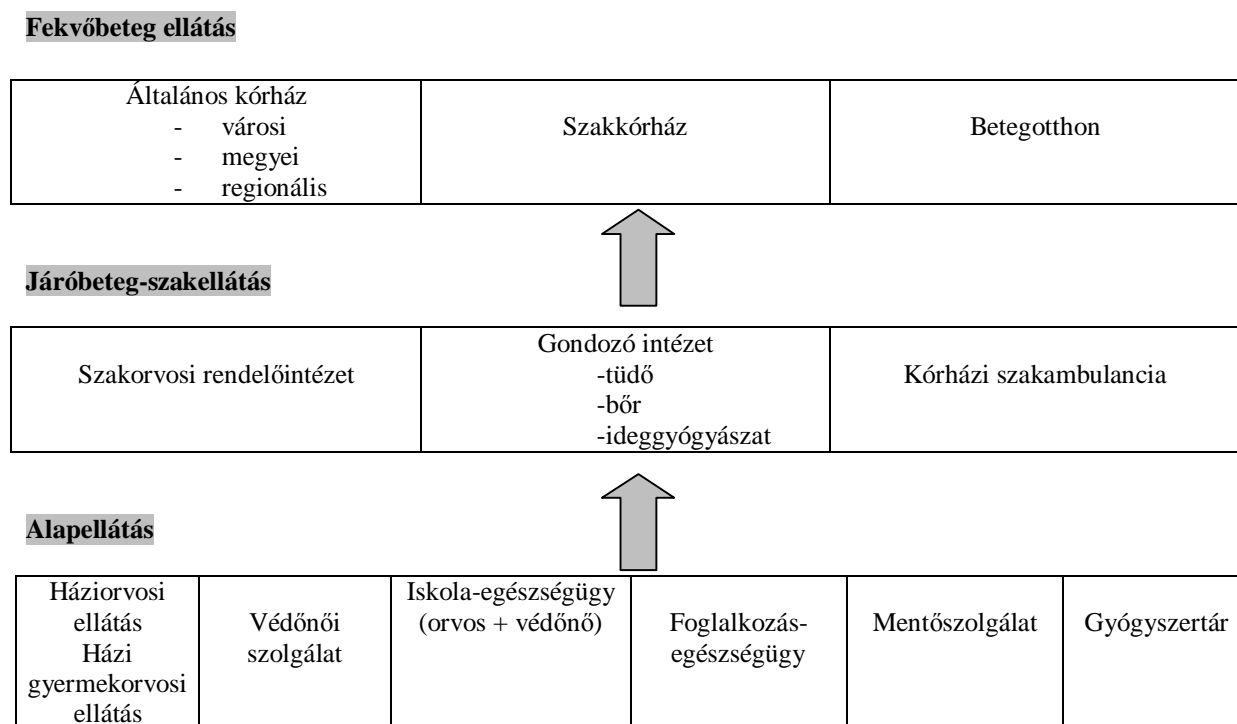
Az egészségügyi alapellátáshoz tartozik a **gyógyszertári hálózat** is, hiszen a legtöbb betegség ellátásának kezelésére valamilyen gyógyszer kerül rendelésre, és ezeket a patikában lehet megvásárolni, kiváltani. Magyarországon több mint 4500 gyógyszer van forgalomban, ezek közül több mint 1600 recept nélkül is megvásárolható a patikákban, a többihez orvosi rendelvényre lehet csak hozzájutni. A recept nélkül kiváltható gyógyszerek hatásairól, alkalmazásáról a gyógyszerésznek kell tanácsot adni.

Járóbeteg-ellátásra különböző szintű szakorvosi rendelőintézetekben, gondozó intézetekben, és kórházi szakambulanciákon kerülhet sor. Ezeket részben a háziorvos beutalójával lehet igénybe venni, de baleseti sebészeti, nőgyógyászati, szemészeti, bőrgyógyászati rendelőt beutaló nélkül is fel lehet keresni. A járóbeteg-szakellátó intézetekben működnek a betegség megállapítását elősegítő laboratóriumok és műszeres vizsgálati lehetőségek, és szívbetegség gyanúja esetén az EKG, szívultrahang vizsgálat, a belső szerveket láthatóvá tevő képalkotó diagnosztika, mint a röntgen, az ultrahang, a komputer tomográf, és a mágneses rezonancia vizsgálat. Ezeket az utóbbi nagy értékű eszközöket csak megyei, vagy regionális szinten telepítik, de laboratórium, röntgen, és ultrahang diagnosztika lehetősége nélkül járóbeteg-szakellátás nem képzelhető el. A háziiorvosi - gyermekorvosi szolgálat is ezeket a diagnosztikus szolgálatokat veszi igénybe. Azok a szakorvosok, akik a beteget háziiorvosi beutaló alapján vizsgálták, vizsgálatuk eredményéről a háziorvost, gyerekorvost értesítik.

Ha **fekvőbeteg-ellátásra** van szükség, akkor a beteget kórházba utalják. A kórházak lehetnek általános, vagy szakkórházak, illetve városi-, megyei-, vagy regionális ellátásra képesített

intézmények. A városi kórházak túlnyomó többsége 200-400 ágyas (van ennél kisebb, és nagyobb ágyszámú is). Típusos esetben négy szakmai profil van (belgyógyászat, sebészet, szülészeti-nőgyógyászat és/vagy gyermekgyógyászat, illetve ápolási részleg), kiegészítve intenzív betegellátási részleggel és természetesen a diagnosztikus részlegekkel. A megyei szintű intézményben 10-12 betegellátó osztály található. Ezeknek ágyszáma 800-1000 ágy, és ellátják városi szinten a székhelyváros betegeit és a többi ellátó részlegre a megyéből vesznek fel betegeket. A regionális intézmény hozzávetőlegesen három megye lakosságának ad speciális regionális ellátást, és ellátja a regionális székhely megyei szintű feladatait, valamint városi szintű feladatait is. Egy regionális intézmény ágyszáma 1500-3000 ágy.

A gyógyító ellátás felépítése



2.5.1. Ábra: A gyógyító ellátás felépítése

Irodalom

Kertai P.: *Megelőző orvostan*. Budapest, 1999. Medicina Könyvkiadó Rt.

Feladat

1. Mutassa be milyen intézményeken keresztül jut el a súlyosan beteg kisgyermek kezelése során a tünetek felfedezésétől a speciális ellátó helyig!

3. FEJEZET

A TÁPLÁLKOZÁS ÉS ÉLELMEZÉS EGÉSZSÉGET MEGHATÁROZÓ SZEREPE

3. A TÁPLÁLKOZÁS ÉS ÉLELMEZÉS EGÉSZSÉGET MEGHATÁROZÓ SZEREPE

A FEJEZET CÉLJA

Ennek a fejezetnek a keretében ismerik meg a hallgatók

1. A helyes táplálkozás alapelveit, az élettani meghatározottság mellett a kulturális befolyásoltságát, a néptáplálkozás és a média által közvetített testkép modellek hatását.
2. A táplálkozási hibákra visszavezethető betegségeket, az éhezést, a különböző hiánybetegségeket, valamint a túltápláltság kockázati szerepét különböző betegségekből.
3. A kor jellemző táplálkozási zavarait (anorexia nervosa, bulimia).
4. A táplálkozási ártalmak megelőzésének általános elveit.
5. A gyermek helyes táplálkozási szokásainak kialakításának lehetőségeit, a gyermekétkeztetés előírásait.
6. Tisztában lesznek az élelmiszerek egészségre gyakorolt hatásával (ételmérgezések, fertőzések).

Tudatossá válik, hogy a helyes táplálkozás kialakítására gyermekkorban kerülhet sor, és ebben a pedagógusnak is nagy szerepe van, továbbá a magyar populáció egészségi állapota sok tekintetben javítható a helyes táplálkozási szokások kialakításával.

A FEJEZET TÉMAKÖREI

- | | | |
|------|--|---|
| 3.1. | A táplálkozás, mint élettani folyamat és a táplálkozás kulturális meghatározottsága | Dr. Kósa Karolina |
| 3.2. | A táplálkozási hibák okozta betegségek és megelőzésük. Gyermekétkeztetés jelentősége | Dr. Barabás Katalin és Dr. Kósa Karolina |
| 3.3. | Az élelmiszerek egészséget befolyásoló hatásai. Ételfertőzések, ételmérgezések, az élelmiszerekben lévő anyagok azonosítása | Dr. Barabás Katalin és Dr. Kósa Karolina |
| 3.4. | Táplálkozási zavarok, a fiatalok sajátos táplálkozási szokásai, zavarai. A média által befolyásolt testkép, ennek következményei | Kosztyné Nyitrai Erika |

3.1. A TÁPLÁLKOZÁS, MINT ÉLETTANI FOLYAMAT ÉS A TÁPLÁLKOZÁS KULTURÁLIS MEGHATÁROZOTTSÁGA

Dr. Kósa Karolina

Bevezetés

Mi a különbség a táplálkozás és élelmezés közt?

A **táplálkozás** az az összetett élettani folyamat, amelynek során a táplálékot elfogyasztjuk, az megemésztődik, felszívódik, és a szervezetben hasznosul. Az **élelmezés** az a társadalmi tevékenység, amelynek során az élelmiszerek alapanyagait előállítják, azokból fogyasztásra alkalmas élelmiszereket gyártanak, majd ezekből ételeket készítenek.

A szervezetbe a táplálkozás során kerülnek be azok az anyagok, amelyek egyrészt a test építőköveit szolgáltatják, másrészt kémiai energiát biztosítanak a szervezet élettani folyamatainak működtetéséhez. A szervezet **energiaszükséglete** attól függ, hogy a szervezet milyen tevékenységeket végez, milyen az energiaigénye. Ennek értelmében a testsúly, az életmód, a napi munka jellege, az időjárás, az anyagcsere intenzitása egyaránt befolyásolja a test által felhasznált energia mennyiségét, így az energiaszükséglet emberről emberre számos tényezőtől függően változik.

A napi energiaszükségletet az életkortól, nemtől, a napi tevékenységek jellegétől függően, bonyolult számítások eredményeként táblázatos formában, megajoule-ban vagy kilokalóriában szokták megadni. E helyen ezt most elkerüljük, és ehelyett a táplálkozással kapcsolatban irányelvként alapvetően a termodinamika első főtételét ajánljuk emlékeztetőül. Ez az **energiamegmaradás** törvénye, amely szerint energia nem tud elveszni, csak átalakul. Igaz ez a táplálék formájában magunkhoz vett energiára is, amely, ha nem alakul át a szervezetben teljes egészében hővé vagy munkává, akkor raktározódik, döntően zsírszövet formájában. Emlékezzünk tehát: ha a felnőtt szervezet testsúlya csökken vagy nő, akkor az az esetek többségében a felvett táplálék és a leadott energia közötti egyensúly megbomlását jelzi⁹.

A szervezet energiaegyensúlya egyszerűen követhető a **testtömegindex** (TTI) kiszámításával. Ehhez a kilogrammban mért testsúlyt el kell osztani a méterben kifejezett testmagasság négyzetével. Az alábbi internetes címen mindenki megállapíthatja a saját testtömegindexét, és azt is megtudhatja, hogy ez milyen kategóriába tartozik (alultáplált, normális, túlsúlyos, elhízott).

http://cordelia.vein.hu/riziko/2_szint/elhizas_tablázat.shtm#testsulytablázat

⁹ Eltekintve attól a kisszámú esettől, amikor pl. a fogyás háttérében döntően nem a zsír-, hanem az izomszövet vesztése áll valamilyen betegség következtében; illetve ha a hízást nem a zsír-, hanem az izomszövet szaporodása; terhesség; vagy esetleg valamilyen daganat hirtelen növekedése okozza.

Gyermekek esetében más a helyzet, hiszen az ő szervezetük növekedésben van, s ilyen esetekben a fejlődés természetes velejárója a testtömeg gyarapodása. Ennek mértéke is lehet azonban kóros (a gyermekek körében is jelentkező elhízás a 21. század egyik jelentős kihívása). 18 éven aluliak esetében a testtömegindex kiszámításához a felnőtteknek készült táblázatok nem alkalmasak. Ehelyett az Országos Gyermekegészségügyi Intézet honlapján <http://www.ogyei.hu/> található 'Útmutató és táblázatok a gyermekkori tápláltság megítéléséhez' című dokumentum 12. (fiúk) és 13. (lányok) oldalán található táblázatok ajánlottak gyermekek tápláltságának megítéléséhez.

A táplálék nemcsak az energiaszükséglet fedezésére szolgál, hanem utánpótlást is biztosít a test anyagának folyamatos újjáépítéséhez, valamint különféle vegyületeket a testben zajló igen bonyolult kémiai folyamatokhoz. Az ezen folyamatokhoz szükséges bevitt a **tápanyagszükséglet** mutatja meg. A tápanyagszükségletet az energiaszükséglethez hasonlóan szintén számos tényező befolyásolja, mint például a kor, a nem, betegségek vagy bizonyos állapotok (pl. várandósság). A különféle tápanyagokból naponta elfogyasztani ajánlott mennyiséget a manapság már az élelmiszerek csomagolásán is feltüntetik.

A tápanyagokról

A táplálékkal elfogyasztott **tápanyagok**, kémiai vegyületek három nagy csoportját alkotják a fehérjék, a zsírok és a szénhidrátok. A következő élelmiszerek tartalmaznak legnagyobb mennyiségben **fehérjéket**: állati eredetű fehérjék találhatók a különféle húsookban, halakban, a tejben és tejtermékekben, a tojásban; míg gazdag növényi fehérjeforrás a szárazbab, sárgaborsó, szójabab és ebből készült termékek.

A **zsírok és olajok** kémiai szempontból a glicerinnek különféle zsírsavakkal alkotott vegyületei. Az olajok és zsírok közti különbség lényege, hogy a zsírok szobahőmérsékleten szilárdak, az olajok pedig folyékonyak. A folyékonyaság attól függ, hogy az illető zsírféleségben mennyi a telített és telítetlen zsírsavak aránya. Minél több a telített zsírsav a zsírban, annál inkább szilárd halmazállapotú szobahőmérsékleten; minél több a telítetlen zsírsav, annál folyékonyabb a zsírféleség (olaj). A zsírok közül állati eredetű a vaj, a disznózsír, a marhafaggyú; növényi eredetű a kakaóvaj. Az emberi táplálkozásban használatos olajok növényi eredetűek; legelterjedtebb a napraforgó, repce-, oliva-, kókusz- és pálmaolaj. Az étkezésben ajánlatos a telítetlen zsírsavakat tartalmazó olajokat előnyben részesíteni, mert az állati eredetű (telített zsírsavakban gazdag) zsírok hozzájárulnak számos idült betegség, mint például szív- érrendszeri betegségek, érelmeszesedés, epekövesség kialakulásához.

A margarínokat növényi olajokból készítik a bennük lévő telítetlen zsírsavak részleges telítésével, amelynek eredményeként szobahőmérsékleten szilárd halmazállapotúvá (zsírokká) válnak, így konyhatechnikailag jobban kezelhetők. A margarínok típusától függően állati eredetű adalékanyagokat, pl. tejet is tartalmazhatnak.

A **szénhidrátok** legfontosabb forrásai a gabonafélék (búza, rozs, árpa, köles, kukorica, rizs, stb.), zöldségek és gyümölcsök.

Megjegyzendő, hogy az egyes tápanyagok szinte mindig együtt fordulnak elő a különféle élelmi anyagokban; a különbség ezek között a tápanyagok arányában van. Így például a szalonnát döntően (90%-ban) zsírok alkotják, de 6-9%-ban fehérjét is tartalmaz; a bab, a

borsó, lencse kb. 50%-át szénhidrátok képezik, de emellett jelentős (kb. 25%-os) a fehérjetartalmuk is; a gyümölcsök (típustól és fajtától függően) 80-90% vizet tartalmaznak, 5-15%-ban pedig szénhidrátot, de igen fontos a vitamin- és ásványianyag-tartalmuk is.

A táplálékot alkotó három legfontosabb csoporton kívül számos más anyagra is szüksége van a szervezetnek a normális működéshez, így **vitaminokra** és különféle **ásványi anyagokra**. Ezek átlagos vegyes táplálkozás során megfelelő mennyiségben kerülnek a szervezetbe; mesterséges, tabletták formájában történő pótlásra csak egyes betegségek vagy hiányállapotok során van szükség.

A közvetlen emberi fogyasztásra alkalmas **ételek** elkészítéséhez használt konyhatechnikai eljárások (sütés, főzés, párolás, stb.) azért szükségesek, hogy a nyersanyagokban lévő, az emberi szervezet számára nehezen emészthető tápanyagok fellazuljanak, könnyebben emészthetővé váljanak, élvezeti értékük megnövekedjen, illetve az élelmiszerben esetleg jelen lévő kórokozók a hő hatására elpusztuljanak.

Ne feledjük azonban, hogy ugyanaz a hőhatás, amely az előbb említett kedvező kémiai változásokat előidézi, más, kedvezőtlen folyamatokat is elindít. Így például a szénhidrátok, zsírok megéghetnek (az étel 'odakozmál'), a fehérjék kicsapódhatnak (a tej 'összemegy'), a hőre érzékeny vitaminok és egyéb vegyületek pedig elbomolhatnak, ami csökkenti az étel tápértékét. Ezért ajánlatos az ételkészítésnél a túlságosan sokáig tartó hőhatás (túlfőzés, odaégetés) kerülése; a zöldségek és gyümölcsök esetében azon ételek előnyben részesítése, amelyek ez utóbbiakat nyers formában tartalmazzák (saláták); illetve korszerű ételkészítési technikák alkalmazása (pl. rántás helyett az alapanyaggal sűríteni).

A táplálkozás és élelmezés kérdéseinek vizsgálata Magyarországon különösen indokolt, mert a legutóbbi országos lakossági egészségfelmérés eredményei szerint **hazánkban a felnőtt lakosság fele túlsúlyos vagy elhízott**. Ez pedig számos betegség kockázati tényezője, amint arról később részletesen is szó lesz.

Népelelmezés

A **népelelmezést** alapvetően az befolyásolja, hogy mennyi és milyen minőségű élelmiszer áll rendelkezésre. Manapság hazánkban, a fejlett országokhoz hasonlóan, az alapvető élelmiszerek mindenki számára hozzáférhetők; korlátot csak az élelmiszerek ára jelent. Ebből következően a táplálkozás leginkább az **alacsony jövedelműek** számára jelenthet problémát, akik elsősorban az olcsó és energiadús élelmiszereket (döntően szénhidrátokat) részesítik előnyben. Így a mennyiségi élelmiszerhiány következtében alultápláltság, a minőségi (fehérje-, vitamin-) hiány miatt pedig különféle táplálkozási hiányállapotok jelentkezhetnek az alacsony jövedelműek körében. Érdemes ezt a pedagógusnak is észben tartania; a nem figyelő, nyugtalan, sovány, tudottan anyagi nehézségekkel küzdő családból származó tanulók esetében fel kell tenni a kérdést, hogy kap-e a gyerek eleget enni. Ennek a kérdésnek nemcsak a pedagógus szociális érzékenységéből kell fakadnia, hanem abból a gyakorlati megfontolásból is, hogy az éhes gyerek nem tanítható, mert az éhség fontosabb szükséglet, mint az ismeretek bővítésére irányuló vágy.

A **magas jövedelműek**nél ellenkező előjelű a probléma: jellemző a zsír- és fehérjedús élelmiszerek előnyben részesítése, amelynek következtében túltápláltság jelentkezik, az alultápláltsághoz képest más jellegű, de nem kevésbé súlyos következményekkel.

Az egyes országokban elterjedten fogyasztott élelmiszerek típusa számos tényező függvénye; így befolyásolja az adott területen előforduló **növény- és állatvilág**. Például az eszkimók táplálékainak zömét tengeri élőlények alkotják; Afrika népeinek egyik legfontosabb tápláléka a nálunk ismeretlen yamgyökér. A **népesség száma** szintén befolyásolja az élelmiszer-választékot, például népesebb országokban olyasmi is az étlapra kerül (pl. Kínában patkányhús, kutyahús, sáska, szöcske), ami más országokban nem számít ehetőnek.

Átmeneti **elégtelen élelmiszer-termelés**, pl. háborúk idején szintén jelentősen megváltoznak az étkezési szokások (pl. a második világháború alatt élelmiszerként használták a lóhúst, cikóriából készült a kávé, felhasználták étkezésre a burgonyahéjat is); de más földrészekről bekerülő **új alapanyagok** is hatással vannak a táplálkozásra. Gondoljunk arra, hogy a paradicsom, paprika és kukorica milyen nélkülözhetetlennek tűnik mai étkezésünkben, holott csak a 16. században, Amerikában történt felfedezésüket követően kerültek Európába.

A táplálkozási szokásoknak nagyon jelentős kulturális háttere is van, mint például a **vallás**. A legtöbb vallás szent könyvei enyhébb-szigorúbb előírásokat tartalmaznak az étkezésekre és élelmiszerekre vonatkozóan. A hinduizmus tanítása szerint a végső igazság csak a vegetáriánusok számára érhető el; az ótestamentum felsorolja azokat az állatokat és növényeket, amelyek a zsidók számára ehetőek, és tiltja a vér fogyasztását; az iszlám tiltja a disznóhús és az alkoholos italok fogyasztását; a keresztény tanítások bizonyos időszakokra szigorú böjtöt írnak elő.

Az **élelmiszerek ára és elérhetősége** is befolyásolja a fogyasztás mintázatát: a drága és nehezen beszerezhető élelmiszerek divatosak válnak a tehetősek körében, majd népszerűségüket veszítik, amint áruk csökken és széles körben elterjedtté válnak (pl. a cukor a 11. században jelent meg Európában mint luxuscikk, és az is maradt egészen a 19. századig).

Kiemelt jelentőségre tettek szert napjainkban a nemzetközi élelmiszercégek, amelyek olcsón és nagy tételben tudnak termékeket előállítani (Coca-Cola, McDonald's), s az ezek fogyasztására buzdító nagyszabású reklámkampányokkal jelentősen tudják befolyásolni a táplálkozási szokásokat.

A fogyasztók egyre növekvő mennyiségi és minőségi igényeinek kielégítése a hagyományos élelmiszerekkel ma már nem lehetséges, ami kikényszerítette a **mesterséges ízek és élelmiszer-adalékanyagok** megjelenését és elterjedését. Ezek veszélyeiről sok szó esik manapság; a néptáplálkozás színvonalának általános romlása feletti búslakodásunkban azonban ne feledkezzünk meg arról, hogy eperfagyalt februárban egy kiló kenyér árért, frissen főtt leves öt perc alatt, és mindennap korlátlan mennyiségű húsetel a Föld minden lakójának az eddig bevált módszerekkel egyszerűen nem biztosítható.

Az otthon történő ételkészítés előnye, hogy ismert minőségű alapanyagokból jó minőségű és a szükségletnek megfelelő mennyiségű ételt állít elő. A család közös **otthoni étkezése** kedvező környezetet teremt nemcsak az emésztés élettani folyamatainak, hanem a meghittség révén a családi, társas kapcsolatok erősítésének is. Hátránya azonban, hogy időigényes, és rendszeres biztosítása nem vagy csak nagy időáldozatok árán valósítható meg olyan családban, ahol mindkét szülő dolgozik. Bár nem könnyű megvalósítani, mégis nagyon fontos törekedni erre.

Hétvégén, vagy a még nem felnőtt gyermekekkel minden nap este megvalósítható a közös családi étkezés, családi együttlét és beszélgetés. Ennek az is előnye, hogy a gyermekek és a felnőttek is kevesebbet néznek televíziót, s ez több kockázati tényező csökkentésében fontos körülmény.

Az idő és a munkaerő hatékonyabb kihasználása teremtette meg az alapot a népesség különböző csoportjainak szervezett étkeztetése, a **közétkeztetés** kialakítására. Ennek egyik fontos helyszíne hazánkban az iskola, ahol a gyermekek és a pedagógusok is napi egyszeri meleg ételhez, esetenként több étkezéshez is hozzájutnak. A közétkeztetés jelentősége nemcsak abban áll, hogy tehermentesíti a népesség jelentős részét legalább egy étkezés előállításának gondja alól, hanem abban is, hogy tömeges méretekben megismertethet a népesség nagy csoportjaival új ételeket, új ételkészítési módokat, így jelentős befolyást gyakorolhat a néptáplálkozásra.

Ez sajnálatos módon ma még a közétkeztetés viszonylag kis részéről mondható el, az ugyanis a jól ismert ételek tálalásával alkalmazkodik a hagyományhoz ragaszkodó igényekhez. A pedagógusok lehetősége az, hogy nyilvánítsák ki igényüket saját közegükben, saját iskolájukban új, a korszerű táplálkozás jegyében fogant ételek kipróbálására, zsírszegény húsételek, zöldségfélék, saláták, friss gyümölcsök gyakoribb kínálására; és szelíden bátorítsák a tanulókat ezek megkóstolására, jó példával elől járva.

Végül, de nem utolsósorban, észben tartva, hogy az iskola feladata nemcsak az oktatás, de a nevelés is, kérdezzék meg: indokolt-e az a hazánkban általánosan elterjedt gyakorlat, hogy a pedagógusok a gyermekektől elkülönítve, külön asztaloknál étkeznek? Indokolt-e, hogy a tanári asztalon van virág és terítő, a gyermekekén nincs? Mi az a végső ok, amely miatt az iskolai tanulók nem étkezhetnek a tanáraikkal együtt?

Irodalom

Kertai K.: *Megelőző orvostan*. Budapest, 1999. Medicina Könyvkiadó Rt.

Feladat

1. Készítsen egy, a tápanyagok tekintetében komplett (valamennyi tápanyagot tartalmazó) reggeli-, ebéd- és vacsora-tervezetet!

3.2. A TÁPLÁLKOZÁSI HIBÁK OKOZTA BETEGSÉGEK ÉS MEGELŐZÉSÜK. GYERMEKÉTKÉZTETÉS JELENTŐSÉGE

Dr. Barabás Katalin és Dr. Kósa Karolina

Bevezetés

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. A táplálkozást élettani, pszichés, társadalmi tényezők befolyásolják. A társadalmi tényezők nagy jelentőségűek, hiszen az anyagi lehetőségek mellett döntő fontosságú lehet a vallási előírás, a hagyomány.

A táplálkozási hibák okozta betegségeket két nagy csoportba osztjuk, amelyek közül az első csoportot az elégtelen táplálkozásból adódó kórfolyamatok alkotják. Ezek alultápláltságban, illetve különféle táplálkozási hiánybetegségekből nyilvánulnak meg.

A második csoportba azokat a betegségeket soroljuk, amelyek az arányaiban helytelen és/vagy túlzó táplálkozásból adódnak.

A világ népessége a táplálkozást tekintve most kétpólusúvá vált: az alultápláltak, éhezők jelentik az egyik végletet, az egyre inkább túltápláltságtól szenvedők pedig a világ másik felét. Most először az emberiség történetében többen vannak a túlsúlyos emberek, mint az éhezők.

Mind az alul-, mind a túltápláltságnak a gyermekek leginkább szenvedői. Magyarországon együtt van jelen a szerencsére kisszámú éhező és az egyre több túltáplált gyermek. Ennek jelentősége abban is áll, hogy a gyermekkorban rögzült, adott esetben az egészségre kedvezőtlen táplálkozási szokásokat, ízeket felnőttként nehéz megváltoztatni. A helyes mennyiségű és összetételű táplálkozáshoz gyermekkorban kell hozzászokni; az ekkor megszeretett ízekhez, ételekhez egy életen át ragaszkodik az ember.

A pedagógusnak is felelőssége, hogy segítse a gyermekek helyes táplálkozási szokásának kialakulását. Ahhoz, hogy ezt szakmailag is megfelelően tudja végezni, szükség van bizonyos táplálkozástudományi és népegészségtani ismeretekre.

Táplálékhiányból adódó megbetegedések

Éhezés: huzamos ideig tartó teljes vagy nagyfokú táplálékhiány, amelynek során a szervezet saját építőanyagait emészt fel. Az éhezés súlyos testi és lelki elváltozásokhoz vezet; hosszantartó (40-50 napos) éhezés halált okozhat. Háborúk idején, vagy természeti katasztrófák idején, illetve nagyon rossz helyzetű emberek esetében fordulhat elő. Manapság leginkább a fejlődő országok gyermekeit sújthatja az éhezés.

Alultápláltság: a különböző fejlődő országok gyermekpopulációját érinti. A fehérjehiányos állapottól közel 500 millió gyermek szenved a világon. A súlyos fehérjehiány következtében a fertőzésekre való fogékonyság megnő, a gyermek növekedése leáll, és a szövetközi folyadék mennyiség megnő (ödéma képződik). Magyarországon a polarizálódó társadalomból adódóan nő az alultápláltak száma, főleg a felnőttek körében. Gyermekeknél a rossz tápláltság oka idült betegség is lehet (pl. felszívódási zavar).

Ha a pedagógus, az iskolaorvos, vagy a védőnő korán észleli az elváltozásokat, a gyermekek nem kerülhetnek kritikus helyzetbe.

Hiánybetegségek: olyan, a fejlett országok populációjában is előforduló betegségek, amelyek egy bizonyos tápanyagnak, vitaminnak vagy ásványi anyagnak a hiányos bevitele miatt alakulnak ki. Ilyen a **vashiány**. A vas a vérfesték nélkülözhetetlen anyaga, amely vörös húsok, máj, illetve zöld növények és tojás fogyasztásával kerül a szervezetbe. A növényi eredetű vas felszívódása azonban kisebb mértékű, mint az állati eredetűé. A vas felszívódását C-vitamin fogyasztásával lehet fokozni. Bizonyos életkorokban, csecsemőkortól 3 éves korig, serdülőkorban a testtömeg növekedése és lányok esetében a menstruáció okozta vérvesztés miatt, valamint felnőtt nők, különösen várandós nők esetében fokozott a vasigény. Az elégtelen mennyiségű vas fogyasztása miatt bekövetkező vashiányos vérszegénység egyaránt rontja a szellemi és fizikai teljesítményt és csökkenti a szervezet ellenálló képességét, amelynek következtében gyakoribbak a fertőzőes megbetegedések.

Jódhiány: A jód a pajzsmirigy-hormon előállításához szükséges, amely a fejlődéshez, növekedéshez és az alapvető anyagcsere-folyamatokhoz nélkülözhetetlen. A világ egyes területein, főleg hegyvidékeken – de hazánkban is – helyhez kötötten előfordult a jódhiány a víz alacsony jódszintjéből adódóan. A jódhiány következtében pajzsmirigy-megnagyobbodás (golyva) fejlődik ki, melynek szűrése Magyarországon az iskolákban kötelező. A lányok esetében nagyobb gyakorisággal fordul elő. A gyermekkori súlyos jódhiány nemcsak a testi fejlődést veti vissza, hanem a pszichomotoros fejlődést is gátolja. A jódhiányos gyermekek mentálisan visszamaradottak, tanulmányi eredményük hanyatlik. A jódozott konyhasó fogyasztása hatásosan csökkenti a jódhiányos golyvát.

Az **A-vitamin** a látópigment képződéséhez, a bőr és nyálkahártyák épségéhez, valamint a sejtműködéshez nélkülözhetetlen. A vitamin előanyaga a karotin, ennek forrása a sárgarépa, a sütőtök, a narancs, a paradicsom, melyek fogyasztásával érhetjük el az élettani szintet. Az **A-vitamin hiányában** bőr- és nyálkahártya-elváltozások alakulnak ki, a szürkületi látás jelentősen romlik (farkasvakság), az immunrendszer ellenálló képessége csökken, és emiatt nő a fertőzésekre való fogékonyság; sőt súlyos hiány esetén teljesen leállhat a gyermekek növekedése. Magyarországon a nagyon szegények és hajléktalanok gyermekei között fordul

elő A-vitamin hiány. Itt említendő, hogy az A-vitamin túladagolása is egészségkárosító hatású; várandós nőknél a magzatban fejlődési rendellenességet okozhat.

A **D-vitamin hiány** a csontrendszer rendellenes fejlődéséhez, a gerinc és végtagcsontok elgörbüléséhez vezethet (angolkór). Az iparilag fejlett országok nagyvárosaiban élő gyermekpopulációt érintette a múlt század elején. Ma már nincs hazánkban angolkór, mivel a gyermekegészségügyi ellátás keretében szervezeten történik a gyermekek szükségletét fedező D-vitamin adagolása. A napfény rendkívül fontos a D-vitamin szintéziséhez, mivel annak hatására a bőrben D-vitaminképződés történik; éppen ezért a szabadban, napfényes környezetben töltött idő is szolgálja a D-vitamin profilaxist. Megjegyzendő azonban, hogy a túlzásba vitt napozás más szervekre egészségkárosító hatással van (ld. a Környezet fejezetben a nap sugárzásról írottakat).

Említendő még a csonttrikuláshoz hozzájáruló **kalcium- és foszfáthiány**, amely azonban serdülőkorban nem jellemző. A folsav jelentőségét az adja, hogy megfelelő mennyiségben fogyasztva csökkenti a terhesség során bizonyos agyi fejlődés rendellenességek kialakulását. A **folsav** hiánya tizenéves korban nem jellemző, de a fogamzás előtti és terhesség alatti jelentőségére érdemes felhívni a leendő anyák figyelmét.

Sajnálatosan gyakori viszont már iskoláskorban is a fogszuvasodás, amelynek megelőzésében a megfelelő **fluor**bevitelnek, illetve a kisgyermekkorban kialakított fogmosási gyakorlatnak van óriási jelentősége. Ez utóbbi elmélyítése, rögzítése érdekében az iskolákban érdemes lehetőséget teremteni az étkezés (ebéd) utáni fogmosásra.

Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy a vashiányos vérszegénységtől eltekintve más hiányállapotok vagy alultápláltság tömeges előfordulása nem jellemző hazánkban. A pedagógus, aki nap mint nap látja a gyermekeket, ismeri a családi körülményeket, észlelheti a fejlődési megtorpanásokat is, így az iskolaorvoshoz, védőnőhöz irányíthatja a gyermeket annak eldöntésére, hogy szükség van-e beavatkozásra.

A túltápláltságból adódó és a helytelen arányú táplálkozással összefüggő betegségek

Az elhízás mint kockázati tényező

A világ népessége túlsúlyosodik, a konfekcióméreteket növelik, nagyobb területű üléseket készítenek, és a mentőautók terét is növelik, hogy a túlsúlyos páciensek beférjenek. A testsúlynövekedés nem csak a fejlett országok sajátja, de a gazdaságilag elmaradottabb országokban is sokan szenvednek a felesleges kilók okozta betegségektől.

Az elhízás növeli a szívbetegségek, a magas vérnyomás, az érelmeszesedés, a II. típusú cukorbetegség, az emlő-, méhtest- és a vastagbélrák, prosztatatarák és epehólyag-rák kockázatát, de a máj szerkezete és működése is érzékenyen reagál a táplálkozásra. A túlsúly növeli a mozgásszervi megbetegedések rizikóját.

Az utóbbi harminc évben a fejlett országokban egyre több a túlsúlyos gyermek és serdülő. Magyarországon még a hetvenes években 7-9 %-uk volt túlsúlyos, ma a kövér gyermekek aránya 12-18 %.

Ennek oka, hogy az étkezési szokások úgy alakultak, hogy az ún. magyaros, nehéz, zsírban és szénhidrátban gazdag táplálékok mellett megjelentek a gyorséttermek kínálatai, amelyek ugyancsak kalóriadúsak.

A hagyományos energiadús étrend egykoron azt a célt szolgálta, hogy a nehéz ipari és mezőgazdasági jellegű fizikai munkát végző emberek számára szükséges magas kalóriabevitelt biztosítsa. Az étrend, mint kulturálisan is meghatározott életmódi elem manapság is megmaradt, és a családi tradíciók révén a gyermekek is ehhez vannak hozzászokva, a kalóriamérleg egyensúlyát biztosító megfelelő kalóriafelhasználás, mozgás és munkavégzés nélkül. Iskolába autóval érkeznek, a szabad idejük nagy részét a számítógép és a tévé előtt, ülve töltik. A szabadidő játékok, az intenzív futást igénylő labdajátékok háttérbe szorultak, ugyanakkor éppen a tévéből ismert, a reklámok által sugallt édességek fogyasztása népszerű.

Az elhízás akkor indul meg, ha a bevitt és a leadott kalóriák különbsége pozitív, vagyis ha több kalóriát veszünk magunkhoz, mint amennyit felhasználunk. Bármit eszünk is, ha az meghaladja a tápanyag igényt, hájjá alakul.

A fenti tényezők együttesen magyarázzák, hogy a mai gyermekpopuláció majdnem egyötöde túlsúlyos vagy elhízott. Ennek következtében egyre gyakoribbak a fiatal korban kialakuló krónikus szív- és érrendszeri megbetegedések és a mozgásszervi betegségek is.

A táplálkozási tényezők és a legfontosabb idült betegségek közötti összefüggés

Fontos tudni, hogy a szükségletet meghaladó mértékű **kalóriatöbblet** zsírszövevé alakulva nemcsak a bőr alatt rakódik le és válik láthatóvá toka, narancsbőr és hurkák alakjában, hanem a belső szervekben is, az azokat övező hárttyákban, illetve az erek falában. A lerakódó zsír súlyfelesleget képez, amelyet a vázrendszernek állandóan hordoznia kell. Ez többletterhelést jelent az ízületek, különösen a térd- és csípőízület, valamint a gerinc számára, amelynek következtében az ízületek idő előtt elhasználódnak, kopásos betegségek jelentkeznek, amelyeknek vezető tünete az ízületi fájdalom és az ízületi mozgás korlátozottsága. Ez természetesen tovább rontja a súlytöbblet miatt egyébként is csökkent mozgási kedvet, és további hízásra hajlamosít.

Az ételekkel elfogyasztott **só** (konyhasó, NaCl) felszívódik a vérkeringésbe, és a vérre jellemző ionegyensúlyt eltolja, aminek helyreállítására a szervezet vizet kíván, szomjúságérzés jelentkezik. A víz felszívódva helyreállítja az ionegyensúlyt, de folyadéktöbbletet okoz az érrendszerben, amelynek következtében emelkedik a vérnyomás. Az optimálisnak tekintett 4-6 g napi sófogyasztás helyett a hazai népességre a 10-12 g-os

fogyasztás jellemző, amely mérhetően megnövelheti a vérmennyiséget az erekben. A tartósan emelkedett vérnyomás – amelynek kialakulásában a túlzott sófogyasztás csak egy tényező sok más mellett – hosszú ideig észrevehetetlen lehet, tünetet vagy panaszt nem okoz, de a szervek működését károsítja, a szívnek többletmunkát okoz. Egyik legsúlyosabb következménye a szélütés, amelynek során az agyat ellátó ütőerek valamelyikében a vér áramlása elakad, az ütőér által ellátott terület vérellátása nagyon lecsökken vagy megszűnik. Ez jellegzetes tüneteket, enyhébb esetben szédülést, végtaggyengeséget, súlyosabb esetekben féloldali bénulást, beszéd- esetleg légzészavart, sőt halált okozhat.

A **magas vérnyomás** és a **túlzott zsírfogyasztás** következtében az erekben kialakuló, zsírt és meszet tartalmazó plakkok a legfontosabb kockázati tényezők a szívinfarktushoz, amikor a szívizomzatot ellátó koszorúerek valamelyikében keletkezik áramlási akadály. Ez az ér által ellátott szívizomrész vérellátásának megszűnését vonja maga után, amelynek következtében az érintett terület nem tud tovább vért pumpálni, a szív, mint a vérkeringés motorja csak részleges teljesítményre képes. Ez természetesen azonnal ijesztő tüneteket, karcsibbadást, nehézlégzést, szédülést, esetleg halálfélelmet okoz; a keringés károsodása miatt a fizikai teljesítmény rohamosan hanyatlik. Hazánkban évek óta a szív- és érrendszeri betegségek okozzák a legtöbb halálesetet.

A **zsírdús táplálkozásnak** további veszélyei is vannak, így ma már bizonyított, hogy bizonyos **rosszindulatú daganatos betegségek** kialakulása ezzel összefüggésbe hozható, mint például az **emlőrák, vastagbél- és végbélrák** esetén.

A **sózott, füstölt, pácolt ételek** (elsősorban húsfélék) károsítják a gyomor nyálkahártyáját, növelik a **gyomorrákra** való hajlamot.

Szintén károsítja a gyomor nyálkahártyáját az **etil-alkohol**, illetve az **alkoholtartalmú italok**, aminek következtében a tartós és nagy mennyiségű alkoholt fogyasztóknál a tápanyagok felszívódása csökkent mértékű, amely átlagos táplálékfelvétel mellett is **vitaminhiányhoz** vezethet.

Az **alkoholtartalmú italok** rendszeres és nagy mennyiségű fogyasztása azonban még jelentősebb kárt okoz a **májnak**, a legfőbb méregtelenítő szervünknek a működésében. Az alkoholizmus legismertebb következménye a májsugorodás, amely a máj megkisebbedése mellett, amint az elnevezés is mutatja, annak súlyos működési zavarával, csökkent működésével jár együtt.

Nagy mennyiségű **cukrot** tartalmazó ételek (kristálycukor, porcukor) fogyasztása egyrészt kockázati tényező az **elhízásra**, hiszen a szervezet által energiatermelésre azonnal fel nem használt cukor átalakul zsírrá. Másrészt a cukor a legfontosabb kockázati tényezője a **fogszuvasodásnak**. Különösen károsak a cukrozott, szénsavtartalmú italok, a szénsav és cukor együttes jelenléte ugyanis még inkább kedvez a szuvasodást okozó baktériumok elszaporodásának és a fogzománc károsodásának.

Említésre méltó még a **csonttritkulás**, amely elsősorban a változókor utáni nőket érinti, de a csonttritkulásban szenvedő idősebb férfiak száma is növekszik. A csontozat egyik legfontosabb építőanyaga a **kalcium**, amelynek beépülését a D-vitamin segíti elő. A kalcium nagyobb mennyiségben a tejtermékekben található. A fiatalkori megfelelő kalciumfogyasztás a rendszeres sportolással együtt segíti az erős csontozat kialakulását, amely a későbbi életkorokban megvédi a csonttritkulás ellen.

Hogyan táplálkozzunk egészségesen?

1. Étrendünket minél **változatosabban**, minél többféle élelmiszerből, különböző ételkészítési módok felhasználásával állítsuk össze. A nem gyakran ismétlődő ételsorokat tartalmazó étrend biztosítja azt, hogy szervezetünk hogy minden szükséges tápanyagot megkapjon, táplálékkiegészítők nélkül is.

A gyerekek ízlése jellemzően konzervatív, ragaszkodnak a megszokott, jól ismert ízekhez, ételekhez. Bátorítsuk őket az új, szokatlan ételek megkóstolására, és ragaszkodjunk ahhoz, hogy addig ne mondjanak egy új ételről véleményt, ameddig meg nem kóstolták. Ha az nem ízlik, nem kell erőltetni, de egy falatot legalább el kell fogyasztani ahhoz, hogy véleményük lehessen róla. Fontos természetesen a példamutatás: ha a szülő vagy pedagógus nem eszik egy újszerű ételből, a gyerek sem fog.

2. Együnk **kevésbé zsíros ételeket**: a főzéshez, sütéshez inkább margarint vagy olajat használjunk. Különösen fontos ez a keveset mozgók, az ülő foglalkozásúak számára. Részesítsük előnyben a gőzölést, párolást, a fóliában, teflonedényben vagy fedett cserépedényben, mikrohullámú sütőben készítést a zsiradékban sütéssel szemben. Mellőzzük a rántást, kedvezőbb a kevés liszttel, keményítővel készített habarás.

Ez a tanács főleg az ételkészítésben érintetteknek, a háziasszonyoknak és hivatásos szakácsoknak szól. Elősegíthetjük azonban munkájukat, ha mint fogyasztók érdeklődünk aziránt, hogy milyen zsiradékot használtak egy-egy étel elkészítéséhez, és ha nem reklamálunk minden olyan héten, amikor nincs rántott hús az étlapon.

3. **Kevés sóval** készítsük az ételeket, és utólag ne sózzunk. A mérsékelt sós ízt nagyon gyorsan meg lehet szokni. Különösen kerüljük a sózást gyermekeknél, mert az ekkor kialakult ízlés az egész életre kihat. Az ételek változatos ízesítésére használjunk fűszereket (nemcsak a megszokott borsot és pirospaprikát, hanem a szokatlanabbakat is: kakukkfűvet, rozmaringot, szurokfűvet – oregano –, csombort, édesköményt, stb.)

Jól ismert látvány az étkezésnek éppen nekilátó ember, aki anélkül, hogy megkóstolta volna az ételt, bőségesen megsózza, mielőtt hozzákezd. Bízunk meg a szakácsban, fogadjuk el, hogy érti a dolgát, és ne sózzunk utána. Továbbá emlékezzünk az 1. pontnál írottakra: ne véleményezzünk olyan ételt, amit nem kóstoltunk meg.

4. Csak étkezések befejező fogásaként, **hetenként legfeljebb egyszer-kétszer** együnk **édességeket, süteményeket**, soha ne étkezések között. Ételeinket egyáltalán ne, legfeljebb nagyon csekély mértékben cukrozzuk. Ahol lehet, cukor helyett használjunk mézet. Igyunk inkább természetes gyümölcs- és zöldséglevet, mintsem italokat, szörpöket. Ne szoktassuk a gyermekeket az édes íz szeretetére.

Az édes íz nagy vonzerő a gyermekek számára, amitől eltiltani őket szinte lehetetlen. A cukorkák, csokoládék teljes megvonása csak fokozza a gyerek vágyakozását, tehát próbáljuk meg inkább ezek mennyiségét korlátozni, és a készített ételekben csökkentsük minimálisra a cukor mennyiségét.

5. **Naponta** fogyasszunk **tejet vagy tejterméket** (pl. sajtot, túrót, aludttejet, kefirt, joghurtot). A tejtermékek közül a kisebb zsírtartalmúakat válasszuk.

Ezt a célt jól szolgálja, ha az iskola bekapcsolódik az iskolatej-akcióba, amelynek keretében minden gyermek hozzájuthat tejtermékhez. Az iskola ragaszkodjon ahhoz, hogy az iskolai büfé kínálatában szerepeljenek tejtermékek.

6. Rendszeresen, **naponta többször** is együnk **nyers gyümölcsöt, zöldségfélét** (salátának elkészítve, erre télen is van mód), párolt főzeléknövényt, zöldséget.

Az iskola szerepe ennek az ajánlásnak a teljesítésében az lehet, hogy az iskolai étlap tervezésekor ragaszkodjon a zöldségfélék, olajos öntettel készült saláták nagyobb arányú kínálásához, valamint ahhoz, hogy jó minőségű gyümölcsök szerepelhessenek desszertként (hiszen a férges alma, túlrett banán, kiszáradt narancs aligha fogja a gyümölcsfogyasztási kedvet növelni). Segíthetne továbbá, ha az iskolai büfékben is megjelenéne a gyümölcsfélék, mint vásárolható áruk.

7. Asztalunkra **mindig** kerüljön **barna kenyér**. Köretként vagy a fogás alapjaként inkább a burgonyát és a párolt zöldségféléket válasszuk a rizs, esetleg a tészta helyett.

A barna kenyérral szembeni szokásos intézményi kifogás, hogy drágább, mint a fehér kenyér. Ez általában igaz, kivéve, ha kevesebbre van szükség belőle. A kenyérpazarlás manapság járványos méretű, a kenyér az élet szimbóluma helyett átalakult a legolcsóbb, enyhén lenézett élelmiszerré. A pazarlás csökkenthető, ha pl. a közétkeztetésben a kenyér nincs az asztalon, hanem külön érte kell mennie annak, aki fogyasztani akar.

8. **Naponta négyszer-ötször étkezzünk**. Egyik étkezés se legyen túlságosan bőséges vagy nagyon kevés: minél egyenletesebben osszuk el a napi táplálékmenyiséget. Együnk nyugodtan, kényelmes körülményeket teremtve, nem kapkodva. A főtt ételeket elkészítésük után mielőbb tálaljuk, ne tároljuk melegen órákig. Legyen meg a napi megszokott étkezési "menetrendünk", lehetőleg mindig azonos időpontban együnk.

Sok iskolában jelenleg is van tízórai, esetleg uzsonna. Az iskola ne hanyagolja el az erre szánt szünetet, ne zsúfolja tele egyéb tennivalókkal a gyermekek számára; biztosítson megfelelő időt arra, hogy a tanulók nyugodtan, ülve fogyasszák el tízóraitjukat. Az otthonról hozott tízórait csereberélésének, ellopásának, 'nekem téliszalámis van, neked csak vajas' típusú viták elkerülésére a legjobb, ha az iskola biztosítja a tízórait minden gyermeknek.

9. A **szomjúság** legjobban **ivóvízzel oltható**. Az alkohol káros, a szeszes italok energiateleslegyet jelentenek táplálkozási szempontból, ezért is kerülni kell ezeket. Gyermekeknel a legkisebb mennyiségben is tilosak.

Ez az ajánlás az ivóvízről valósággal sokkolóan hat manapság, amikor a csapból folyó ivóvíznek egyáltalán nincs presztízse. Ez nem is csodálható, hiszen még a WC-tartályban is ivóvíz van. Próbáljunk meg következetesen lenni a gyermekekkel: ha szomjúságról panaszkodnak, vízzel kínáljuk őket. Ez a valódi szomjúságot csillapítani fogja; az üdítők utáni sóvárgást természetesen nem, de ez utóbbinak ki nem elégítése mai ismereteink szerint nem okoz egészségkárosodást.

Összefoglalás

A helyes táplálkozás nem jelenti egyetlen ételnek, élelmiszernek a tilalmát sem, azonban célszerű egyeseket előnyben részesíteni, mások fogyasztását csökkenteni. Nincsenek tiltott táplálékok, csak kerülendő mennyiségek.

Bőséges fogyasztásra javasolt: elsősorban gyümölcsök, zöldség- és főzelékfélék, hal, továbbá barna kenyér, burgonya.

Mérsékelt fogyasztásra javasolt: nem zsíros húsok és húskészítmények, zsírszegény tej és tejtermékek, zsiradékok (célszerű a zsír helyett az olaj, a vaj helyett a margarin), tojás, tészta, száraz hüvelyesek.

Kerülni javasolt: édességek, fagyalt, cukrozott készítmények (befőtt, lekvár is), zsíros húsok, zsíros ételek, tejszín, cukor, cukros üdítők, só, tömény italok, sör, bor.

A téma iránt részletesen érdeklődők figyelmébe ajánljuk az Egészségügyi Minisztérium honlapján (www.eu.hu) a 'Népegészségügyi Program' 'Alprogramok' menüpontjában az 'egészséges táplálkozás és élelmiszerbiztonság' pont 'Közétkeztetési ajánlások' I-II-III. fejezetét, amelyben egyebek között részletes ajánlások és mintaétrendek is találhatóak.

A gyermekélelmezés és a pedagógus szerepe

Az **iskolai étkeztetés** a XX. század elejére nyúlik vissza, amikor a szegény sorsú gyermekek tejet kaptak. Ma az iskolában ebéd, tízórai és uzsonnafogyasztásra van lehetőség.

Célja:

- az, hogy a gyermekek megfelelő időben a koruknak megfelelő mennyiségű, energiatartalmú, és összetételű táplálékot kapjanak. Ez a napi étkezés 70 %-t teszi ki.
- hogy biztosítsa az egészséges táplálkozás kialakítását. Kívánalom, hogy mindazon összetevőket tartalmazza a gyermekek étrendje, amely megelőzi a különböző betegségek kialakulását. Az étrend tartalmazza a vitaminokat, a növényi eredetű zsiradékot, megfelelő rostanyagokat; kerüli a só túlzott használatát, a túlzott zsír- és szénhidrát bevitelt.
- az étkezési kultúra kialakítása. Jelentős nevelési hatása van az étkeztetésnek, hiszen ekkor kedvelik meg az egészséges ételek ízeit, és így lehet kialakítani a felnőttkorban is követendő egészséges táplálkozást. A szép, kultúrált étkezés, étkezési környezet kialakítása is feladat.

A gyermekek étrendjét az élelmezés vezető, tehát szakember állítja össze, ügyelve arra, hogy egy-egy étkezési során komplex tápanyag bejuttatásra kerüljön sor, minél változatosabb formában, megfelelő gyakorisággal, és mindezt a megadott anyagi keretből. Az étrend

összeállítása, az étlaptervezés a táplálkozástudomány által meghatározott elvek alapján készül. A pedagógusnak véleményét nyilvánító szerepe lehet.

A szakácsok az étkeztetés kulcsszereplői, hiszen az étlapon szereplő ételek a szakember révén valósulnak meg. A jó ízek lehetővé teszik, hogy a tanulók megszeressék az egészséges ételeket, a gusztusosan elkészített ételek, a tiszta, esztétikus terítés mind nevelő hatásúak. Ez többet jelent minden egészségnevelő előadásnál.

A gyermekek 2-3 óránként megéheznek, a megfelelő gyakoriságú étkezés a cukorbetegség prevenciójának tekinthető. A serdülők és a középiskolások gyakran elhagyják a reggelit, vagy valamelyik másik étkezést, aminek következtében a vércukorszint lecsökken és fáradtság, fejfájás, figyelemcsökkenés következik be; sokszor ezeknek a tüneteknek az első észlelője a pedagógus. Ilyenkor igen hatékony lehet valamilyen szénhidrátbevitel (kifli, keksz, cukros tea).

A **büfék** lehetőséget adnak, hogy a tanulók a szünetekben vásároljanak. A büfék kínálatai meghatározó szereppel bírnak az egészséges táplálkozásban. A tejtermékek, túró rudi, gyümölcsök, teljes kiőrlésű péksütemények, müzli szeletek, gyümölcslevek az ajánlott áruk. A chipseket, a nagy kalóriatartalmú csokoládékat, a szénsavas üdítőket kellene lecserélni a táplálkozástudomány által is megfelelőnek tartott élelmiszerekkel, gyümölcsökkel.

A büfékkel kapcsolatos előírásokat, amelyeket az Országos Élelmiszerbiztonsági és Táplálkozástudományi Intézet szakmai ajánlásainak figyelembevételével alkottak meg, megtalálhatóak a www.eum.hu honlapon, és az Egészségügyi Közlöny 2005. évi 13. számában (megjelenés: 2005. augusztus).

A családi étkezések a vacsorákra illetve a hétfégi otthoni étkezésekre korlátozódnak, ebből következik, hogy az oktatási intézménynek meghatározó szerepük lett az étkezési szokások és az ízlés kialakításában.

Irodalom

Ágfalvi R.: *Iskola-egészségügyi kézikönyv*, 1987, Budapest. Medicina Könyvkiadó
A helyes táplálkozás 12 mérőköve a magyarországi egészséges felnőtt lakosság számára.

<http://home.hu.inter.net/~hvince/tfajanl.html>

Aszmann A.: *Egészségvédelem az oktatásban*. Budapest, 1999. Anonymus

Feladat

1. Készítsen egy téli és egy kora nyári hétre étlapot alsó tagozatos gyermeke számára, illetve serdülőknek!
2. Készítsen leltárt az iskolai büfé kínálatáról. Milyen stratégiát alkalmazna, hogy a büfé működtetőjét meggyőzze a készletének egészséges élelmiszerekre történő cseréjéről?
3. Ismerje meg a tanulók kedvenc ételeit, próbálja kideríteni, hogy milyen kulturális hatás befolyásolja a gyermekek étel prioritásait!

3.3. ÉLELMISZEREK EGÉSZSÉGET BEFOLYÁSOLÓ HATÁSAI. ÉTELFERTŐZÉSEK, ÉTELMÉRGEZÉSEK, AZ ÉLELMISZEREK BEN LÉVŐ ANYAGOK AZONOSÍTÁSA

Dr. Barabás Katalin és Dr. Kósa Karolina

Bevezetés

A táplálkozás élettani folyamat, az élelmiszerek készítése; az élelmezés társadalmi tevékenység révén valósul meg. Amíg évszázadokon keresztül az élelmiszerek, ételek előállítása jórészt a háztartások feladata volt, és mindig egy kisebb csoportot érintett, mára a közétkeztetés, az ipari méretű élelmiszer előállítás nagy tömeghez jut el. Egy-egy hibának tömegméretű következménye lehet, éppen ezért nagy jelentősége van az élelmiszerbiztonsági előírásoknak, amelyeket nemzetközi egyezmények standardizálnak. Szigorúan ellenőrzik betartatását annak érdekében, hogy a fogyasztókat megvédjék az esetleges egészségkárosító hatásoktól.

A gyermekekkel foglalkozó pedagógusnak is tisztában kell lenni néhány élelmiszer higiénés alapfogalommal, hogy a gyermekek ismereteit ilyen irányban is bővíteni tudja, és az alapvető biztonsági tényezőkre felhívja a figyelmet.

A jó étel, ill. élelmiszer kritériuma, hogy semmilyen betegséget ne okozzon. Tehát se mikrobiológiai eredetű kórkép ne fejlődjön ki a fogyasztását követően, se toxikológiai ártalomhoz se vezessen.

Élelmiszerek által közvetített mikrobiológiai eredetű ártalmak

A járványtani alapismeretek során említésre került, hogy a fertőző ágens - baktérium, vírus, egysejtű, gomba, vagy féreg - gyakran a táplálékkal kerül a szervezetbe és okoz sokszor súlyos elváltozást. A kórokozók sokszor az **állatokból** kerülnek az emberi táplálékba, de a **növények** is közvetíthetik a patogén ágenst. Főleg akkor van erre lehetőség, ha szennyvízzel locsolják.

Emberi kéz is igen gyakran közvetíti a kórokozót, de jelentős lehet az ún. *átkenődés*, amikor a helytelen tárolás miatt jut egyik élelmiszerről át a másikra. A *fertőzött víz* is közvetítheti az ártalmat.

Amikor mikrobiológiai ágensekkel kontaminált ételek, élelmiszerek révén alakul ki a betegség, akkor **ételfertőzésről** beszélünk.

Számos baktérium előszeretettel szaporodik az élelmiszerben, és közben mérgező anyagot, toxint termel. Ha ilyen élelmiszert fogyasztunk, akkor a kész mérgező anyag kerül be szervezetbe, rövid lappangási idő után robbanásszerűen alakul ki az **ételmérgezés**. Leggyakoribb ételmérgezést okozó baktériumok a Salmonella különböző törzsei, a Staphylococcus aureus és a Clostridium botulinum.

A közvélemény leginkább a Szalmonellózist ismeri, amelynek az előfordulási gyakorisága évről évre nő, és mind nagyobb számú gyermekpopulációt betegít meg. A kórokozó szaporodási képessége függ a hőmérséklettől, és jó táptalajt jelenthet a tojás, a nem megfelelően hőkezelt tej és hús. A gennykeltő Staphylococcus aureus is szívesen szaporodik a húsban és a tejtermékekben.

Az ételmérgezés rosszulétet, hányást, hasmenést, lázat okoz, amely súlyos kiszáradáshoz vezethet, így minden ilyen tünettel azonnal orvoshoz kell fordulni, hogy a beteg gyógyítása mellett a járvány megfékezésére tudjanak intézkedni.

A bejelentett ételfertőzések és ételmérgezések esetszáma 5-6 ezer évente, ezek jelentős része családi járvány, ami higiénés hibából adódik. A megelőzésben a legnagyobb feladat a nyersanyagok kórokozó-mentesítése. Sokszor a nyersen fogyasztott növényekről nem lehet biztonságosan vízzel eltávolítani a kórokozót, de a nagyon alapos mosás, a tojás mosása, nagyüzemi fertőtlenítése is jelentős megelőzést jelenthet. A főzés, sütés jelentősen tudja csökkenteni a csíra számot.

Kiemelt szerepe van a **konyhatechnikának és higiénének**. A gyermekeknek is tisztában kell lenniük azzal, hogy tiszta kézzel kell az élelmiszerekhez nyúlni, a konyhai munka során a különböző fázisok közötti kézmosásnak sztereotípiává kell válni. Bőrbeteg, vagy kórokozót ürítő ember nem készíthet másoknak ételt, nem dolgozhat az élelmiszeriparban. A tárolásnak is megfelelőnek kell lennie: ne érintkezzenek egymással a nyersanyagok. A szavatossági időt be kell tartani, és a tanulókat is arra kell nevelni, hogy a fogyaszthatóságot mindig nézzék meg, és lejárta szavatosságú élelmiszert ne vásároljanak.

Nemcsak baktériumok, hanem gombák által termelt mérgező anyagok – mikotoxinok - is okozhatnak ételmérgezést. Ezek főleg a fejlődő országokból származó terményekből kerülnek a szervezetbe. Természetesen ezeket szigorú ellenőrzéssel próbálják kiküszöbölni. Az aflatoxin az egyik legismertebb mikotoxin, amely a földimogyoró, kukorica, szója és fűszerpaprika fertőzöttsége révén okozhat elváltozást.

Élelmiszerekben előforduló kémiai eredetű egészségkárosító anyagok

Az élelmiszerekben található egészségkárosító vegyületek a **bekerülés módjai** szerint három csoportba oszthatók:

- Természetes eredetű, azaz természetes tartalomként előforduló káros vegyületek;
- Élelmiszer adalékok;
- Technológiai eredetű, környezetszennyezésből származó vegyi anyagok.

A természetes eredetű egészségkárosító mérgező anyagok közül az első helyen a *mérgező gombák* toxinjait kell megemlíteni. A pedagógusnak - nemcsak a biológia szakos pedagógusnak - is nagy felelőssége van, hogy felhívja figyelmet, hogy az erdőben szedett gombát csak szakértői ellenőrzés után lehet fogyasztani.

A *barackmag* cianid tartalmának egészségkárosító hatása csak nagymennyiségű barackmag elfogyasztása után érvényesül. A fiatalok körében ismertté vált a *mákgubó* morfin tartalma. Nyáron a zöld gubók csapolása, télen a szárított gubóból készített tea népszerű a drogozó, morfinfüggő fiatalok körében. Ebben az esetben a pedagógus feladata azonos a drogprevencióban elmondottakkal. A salátában spenótban, karalábéban magas a nitrát tartalom, így ezen növények a csecsemő-táplálkozásban kerülendők.

Az élelmiszer adalékanyagok (színezékek, aromaanyagok, állományjavító anyagok, tartósítószerke, és antioxidánsok)

Az élelmiszeripari technológia során szándékosan adják az élelmiszer tartósításának, állagának, színének, ízének javítása érdekében. A korábbi időkben adagolt vegyületek némelyikéről kiderült, hogy súlyos egészségkárosító hatással bírnak. Ma mindenhol szigorú toxikológiai előírások vannak érvényben, amelyek azt szolgálják, hogy akár íz, akár állagjavítók, vagy festékek csak részletes toxikológiai vizsgálatot követően alkalmazhatók. 1997-ben a Fogyasztóvédelmi Füzetek sorozatban megjelent „Az élelmiszerek adalékanyagai (az E - számok rejtelje)” a közönség számára is elérhető tájékoztatás.

Sajnálatos módon egyre több gyermek és felnőtt válik érzékenyebbé a különböző adalékanyagok iránt. Sokszor a túlérzékenységi reakciók nem a megszokott formában jelentkeznek, hanem előfordul, hogy magatartásváltozás, túlzott aktivitás, emlékezetkiesés, tanulási probléma, fejfájás a túlérzékenység következménye.

A szennyeződés következtében élelmiszerekbe jutott toxikus anyagok

Az élelmiszertechnológia következtében, sokszor a tárolás helytelen volta miatt kerül különböző vegyi anyag az élelmiszerbe. A mezőgazdaságban használt rovarirtók, gyomirtók maradványai szintén az élelmiszereket szennyezik. A DDT, a világszerte használt kitűnő rovarirtó maradványa a húsookban, a tejben mindenhol érintette a lakosságot is. Az emberi szervezetbe jutva, ott felhalmozódott és krónikus ártalomként károsította az egészséget. A forgalomból bevont peszticid irányította rá a figyelmet a szermaradékok egészséget károsító hatására. Az állattenyésztésben használt antibiotikumok, hormonok maradványainak szintjét is mára szigorú előírások korlátozzák.

Sajnos a környezetszennyezésből adódó vegyi anyagok nem kontrolálhatóak, sokszor a vizet, a növényeket, talajt ért szennyeződés következtében alakul ki az állatokban, növényekben a mérgező anyagok felhalmozódása, ami azután a táplálkozási láncban keresztül vezet a humán szervezet toxikus ártalmához. A sokféle vegyi anyag, amely a XXI. századi embert érinti, a szervezet immunállapotát is jelentősen befolyásolja. A gyermekpopulációban soha nem látott mértékben nőtt meg az **ételallergiák, felszívódási zavarok száma. Ezen elváltozások egyik kockázati tényezői lehetnek a mikrotoxikus dózisban, de hosszú időn**

át bejutott vegyi anyagok. Minden olyan pedagógiai tevékenység, amely a természet, a környezet védelmére, tisztelésére tanít, egyúttal a gyermekekben tudatosítja, hogy a környezetszennyeződés a táplálkozási láncban át mindig eléri az embert is. A biozöldségek, gyümölcsök, élelmiszerek népszerűsége válasz a vegyszerszennyezett világra. A tanulók igényét is ebbe az irányba kell terelni.

Irodalom

Dési I. (szerk.): *Népegészségtan*. Budapest, 2000. Medicina

Feladat

1. A tanulókkal készítsen tervet, hogyan rendezné be az éléskamráját, illetve a hűtőszekrényét!
2. Készítsen leltárt az otthon található élelmiszerek szavatossági idejéről!
3. A sajtóból gyűjtsenek élelmiszer-toxikológiai tárgyú cikkeket!

3.4. TÁPLÁLKOZÁSI ZAVAROK, A FIATALOK SAJÁTOS TÁPLÁLKOZÁSI SZOKÁSAI, ZAVARAI. A MÉDIA ÁLTAL BEFOLYÁSOLT TESTKÉP, ENNEK KÖVETKEZMÉNYEI

Kosztyné Nyitrai Erika

Bevezetés

Szinte valamennyi embernek van gondja a súlyával. Testi szinten főleg túlsúllyal küzdenek a legtöbben. Akadnak, akik lelki síkon szeretnének nagyobb súlyt maguknak (több időt, figyelmet, szeretetet, stb.), mondjuk egy kapcsolatban, vagy akár társadalmi pozíciójuk súlyát (több pénz, hatalom, cím, stb.) szeretnék növelni. És akadnak, akiknek a szellemi-lelki súlyuk, szellemi fejlődésük fontos, az, ami - bár gyakran figyelmen kívül hagyjuk - a végelszámolásnál a mérlegre kerül. És persze sokan egyszerre több síkon is konfliktusokba keverednek a súlyukkal. Kellőképpen tudatában vagyunk-e mindennek? Sajátosan korunk problémájáról van-e szó?

Az emberiség története az evéssel kezdődik. Első szín. Színhely: a Paradicsom. Szereplők: Ádám, Éva, alma. De ha te az őstengerben hiszel, akkor azt láthatod, hogy az táplálta a lassan kialakuló életet. Ugyanígy egyéni életünk is a hasunkon keresztül kezdődik, hiszen a kisbaba életének első időszakában a tápláláshoz, a száj körüli tevékenységekhez képest minden más háttérbe szorul. Úgy tűnik tehát, hogy **az evés, táplálkozás onto- és filogenetikus szinten is sajátos körülmények között, konfliktushálóban jelent meg, jelenik meg ma is.**

A zsírpárnák lelki mélységeinek bugyraiban kutakodva egyfelől látnunk kell, hogy abban térben és időben is nagyon eltérő ideálokat találunk a soványságról és kövérségről. Te is ismered a média által aktuálisan közvetített „szőke hosszúcombú” típust, amilyen egészség kockázatát nélkül talán sosem leszel, remélhetőleg nem is vágysz rá. Ugyanakkor naponta bombáznak a szupermarketek polcain sorakozó mindenféle földi jóval. Sőt, hogy ne is kelljen addig elfáradnod, a postaládádban is rendszeresen megjelenő gusztu prospektusokkal.

Egyébként is számos okból kifolyólag szinte állandóan eszünk; eszünk reggeltől estig, eszünk a keresztelőtől a halotti torig szokásainknak, világnézetünknek megfelelően.

Ennivalóan édesek a gyerekeink, felfaljuk a szemünkkel szerelmünket, vagy éppen ki vagyunk rá éhezve, és ha már nem csak kóstolgatjuk egymást, egy édes éjszakán talán szerelmünknek gyümölcse is lesz, és élünk boldogan, míg meg nem halunk, vagy épp elválunk ágytól és asztaltól, ha másképp alakul a sorsunk, és bánathájat növesztünk.

Ráadásul az ízlések - sovány, kövér - és az érzések - az egyén által megélt testkép - között is eltérések lehetnek.

Ha bedóltél a csábításnak, tárt karokkal várnak rád a szépségcentrumok, az ügyeletes csodadiéták, csodakrémek, teák, stb. A szépségzabászat és testformálás világát éljük. A sztárok lassan úgy járnak a plasztikai sebészetre, mintha csak a sarki közértbe ugranának le egy liter tejért.

Talán ennyi utalás elegendő is étkezési kultúránk ellentmondásainak felvázolására. Magunk körül pedig, vagy épp a tükörben, nap, mint nap látjuk a következményeit. És valamennyien igyekszünk kialakítani egy számunkra többé-kevésbé megfelelő saját utat a táplálkozási szokások útvesztőjében. És lassan elhiszük, hogy egyes embereknek inkább pszichológusra, mint sebészekre lenne szükségük ebben a küzdelemben.

A táplálkozási magatartás zavarai

A **táplálkozási magatartás zavarai** a hetvenes évektől kerültek a pszichológia, pszichoterápia látóterébe. A leggyakrabban tárgyalt zavarok az anorexia nervosa, a bulimia nervosa és az elhízás.

Az evészavarok kialakulásában elkülönítenek **prediszponáló tényezőket**. Az egyéni prediszponáló tényezők között említik a biológiai, genetikai és személyiségbeli faktorokat. A családi prediszponáló tényezőket a családban más családtagoknál előforduló evés és affektív zavarok jelentik. Ezen felül megkülönböztetnek szociális prediszponáló faktorokat, mint pl.: nem, kor, etnikum, társadalmi réteg, foglalkozás, stb. A továbbiakban a táplálkozási zavarok fennmaradását **környezeti és kognitív megerősítők** „biztosítják”.

Az egyes tényezők szerepét tárgyaló megközelítések külön-külön felhívják a figyelmet valamely részemre, de önmagukban nem képesek maradéktalanul megmagyarázni a kialakult zavarokat és így közelebb vinni bennünket az egyes betegségek megértéséhez.

A biológiai megközelítések az étvágy, éhség, és telítettség bonyolult szabályozásában szerepet játszó biokémiai tényezőkben, illetve azok szabályozásában szerepet játszó idegrendszeri struktúrákban levő elváltozásokra figyelnek.

A pszichoanalitikus elméletek az evészavarokat orális regresszióként tárgyalják. Stresszhelyzetre az érintett egy korábbi életkorban rögzült megoldásmóddal reagál. Visszatér a megnyugvást adó táplálási helyzethez. Ugyanakkor az anális regresszió is megfigyelhető a hashajtó és a perfekcionista személyiség tüneteiben. Ugyanők a korai anya-gyerek kapcsolat zavarára és így az etetésben felfedhető eltérésekre helyezik a hangsúlyt. (Az anya a gyerek minden reakciójára - éhség, szomjúság, magány, fájdalom, unalom, öröm, stb. – mindig differenciálás nélkül etetéssel, szoptatással reagált.) Más pszichológiai elméletek főként a háttérben meghúzódó testképzavarra utalnak a betegség magyarázatánál. A családterápiás szemlélet az evést, annak megtagadását, mint a családon belüli kontrollharc, határok kialakítására irányuló harcot, dacot értelmezik. A pszichoszexuális fejlődés szempontjából a női szerep konfliktusos, elutasított voltát jelezhetik az evészavarok.

Mielőtt a táplálkozási zavarként diagnosztizált betegségekre rátérnénk, pár gondolat álljon itt a gyerekkorban felismerhető evészavarokról.

A csecsemő jól-létének mutatója az alvás, pihenés, kiegyensúlyozottság, evés, gyarapodás, fejlődés egyensúlya. Bármely funkcióban mutatkozó zavar - pl.: alvászavar, evészavar - arra utal, hogy zavar van az alap kapcsolatokban - anya-gyerek közti, szülők közti -, illetve funkciókban.

Utalhat tehát szorongásra (akár az anya szorongására, hogy pl.: megfelelően tartja-e, eteti-e, fürdeti-e, stb. a csecsemőt), túlkontrolláló miliőre (pl.: önállóságát próbálgató, állandóan nemet mondó három éves csemeténk kezdeményezéseinek aláadásával), nehezített érdekérvényesítésre (pl.: ki ne küzdött volna bármely oldalon az esti fürdetés, lefekvés napi rutinja során), anyai szerepbizonytalanság (pl.: végiggondoltad-e valaha, mennyi okos barátnő, rokon, sorstárs, anyós jelentkezik be nálad egy haptic, némi hőemelkedés, vagy apró probléma megoldása során, és te hogyan választottál?). Ha ezek bármelyikénél az anya etetéssel reagál, könnyedén kialakíthatja csecsemőjében az evés = megnyugtató reflexkört.

Óvodáskortól bővül a táplálkozási zavarok háttérben meghúzódó problémák köre. A szorongás, feszültség, kényszeres tünetek, bizalmatlanság bármilyen beilleszkedési, egyensúlyi probléma jelzője lehet. Gyanakodhatunk a munkába visszatérő anya hiányára, a gyermeket óvodában hagyó szülőktől való szeparáció kiváltotta szorongásra, a kistestvér megjelenése kapcsán féltékenységre, stb. Erre az időszakra a dundi csecsemő „jókötésű” óvodássá cseperedik jó esetben. Ha kövér a gyermek, gyanakodhatunk kevésbé adaptív családi szokásokra, alkatra, öröklődésre (etető család, feszültségevés, stb.). Utalhat depresszív állapotra.

Iskoláskorra a teljesítményszorongással bővülhet a lista. Serdülőkorra leggyakrabban a nemi éréstől, nemi szerep fölvállalásától való félelem, autoritás konfliktus, leválási problematika állhat a táplálkozási zavarok megjelenésének háttérben.

Az **anorexia nervosa** jellemzően tinédzser korban indul, 13-18 éves kor között. Leggyakrabban a teljesítmény-centrikus, pszichoszexuális fejlődésben általában elmaradt, túlsúlyos, vagy önmagukat annak érző lányoknál. Ez a fajta evészavar általában kapcsolódik valamilyen kitüntetett jelentőségű életeseeményhez, pl.: betegséghez, szülők válásához, iskolaváltáshoz, stb. Gyakran súlyos mértékű a lesoványodás. Mindig jellemzi a testképzavar. Mások alakját pontosan meg tudják ítélni az érintett lányok, ugyanakkor magukat, még súlyos soványosság esetén is kövérnek tartják (súlyfóbia). A betegség krónikussá válhat, sok esetben halállal végződik. Az érintetteknel gyakrabban fordul elő szuicidium, és gyakoribbak a függőségi problémák és a kényszerbetegségek is.

Az anorexia nervosa tünetei: a nagymértékű lesoványodás (15%), hibás beállítódás az evésre, táplálékra, testsúlyra vonatkozóan (erről a beteg racionálisan nem meggyőzhető). Sok esetben megfigyelték, hogy téves ismereteik vannak a szükséges táplálékmennyiségre vonatkozóan. Extrém karcsú ideálképpel rendelkeznek, amit el is kívánnak érni. Ennek megfelelően örömet élnek meg a testsúly csökkenésekor, a táplálék elutasításakor.

Az érintettek a betegséget eltitkolják. Viselkedésük azonban elárulja őket, kirívóak az étkezési szokásaik - extrém lassúság az étel elfogyasztásakor, az étel, vagy bizonyos ételek kiköpése - csak az ízéért veszi a szájába, megrágja, majd kiköpi a falatot -, emellett bizonyos ételek elutasítása is megfigyelhető. Evés után hánytatások, hashajtás következhet, gyakori a hashajtó abuzus. Az ideális test elérését segítő hiperaktivitás, túlhajtott testedzések sora tölti ki napjaikat. A betegség előrehaladtával további jól látható tünetek a bőrelváltozások, a hajhullás, az amenorrhoea és még számos szomatikus szövődmény alakul ki.

A **bulimia nervosa** a serdülőkor végén, fiatal felnőttkorban kezdődik, számos kudarcos fogyókúrát követően. Az érintettek leggyakrabban normál súlyúak, de soványabbak és túlsúlyosak egyaránt megtalálhatók közöttük. Differenciált személyiségek, akik számára a teljesítmény fontos. Érzelmileg jól igénybe vehetőek, esetleg a szokásosnál több impulzív magatartás figyelhető meg náluk.

Normál szociális kapcsolatok jellemzik őket, legtöbben párkapcsolatban élnek. A betegséget ők is titkolják.

A bulimiás betegek önértékelését nagymértékben befolyásolja a testük alakja, súlya. Igen karcsú testideállal rendelkeznek. Betegesen félnek az elhízástól. Szeretnek enni, de azonnal büntudattal reagálnak az evésre. Hogy ezt oldják, hasonlóan az anorexiásokhoz, az elfogyasztott táplálék eltávolítására hánytatás, hashajtó, vízajtó használatával élnek. De újra jelentkezik az erős és ellenállhatatlan túlevési kényszer (mindent felfalnak, amit otthon találnak, kieszik a hűtő). Így életüket kitölti az ismétlődő falásrohamok (az étkezés feletti kontroll elvesztése) és a koplalások váltakozása. Ők is hajlamosak a túlhajtott testedzésre. A hányások testi következményei észlelhetőek (bőrproblémák, fogzománc problémák, stb.).

Az **elhízás - feszültségevés** - esetén az evés feszültség levezetéssé válik, és az ének valamiféle védelmét, szeretését valósítja meg. Ugyanakkor a társadalom a jól kontrollált személyiséget értékeli (a karcsúság ennek is kifejezője). Az érintettek az esti, otthoni mértéktelen evést, mint „kontroll elengedés”-ét, lazítást élik meg, mely során a szorongásos, feszült, depresszív állapotokat oldják, így az evés átmenetileg enyhíti a tüneteket. Majd újra kiváltja azokat. Kialakul a megállíthatatlannak tűnő kör: túlsúlyosság - önértékelési zavar - feszültség - vigaszevés. Gyakran periodikus falások figyelhetők meg (olykor éjszaka, beszűkült tudatállapotban). Mint az előző két zavarnál, itt is felléphetnek testi szövődmények.

A legújabb időkben figyeltek fel egy újabb táplálkozási zavarra. Új, veszélyes betegség szedi áldozatait a nők körében. Az **ortorexia nervosa** diagnózisa a pszichiátriában még hivatalosan nem elfogadott, de a köztudatba már bevonult, mint populáris betegség. Ez egyfajta **egészségesétel-függőséget** takar.

Túl sokat hallunk az egészséges étrend áldásos hatásáról. Mennyiség helyett minőség. Ez az ártatlan alapelv a lényege bizonyos új diétáknak, amelyek kizárják az étrendből az alapvető élelmiszereket, és merev étkezési szokásokra készítetnek bennünket. Az ortorexiások nem esznek húst (olyan tálból sem esznek, amelyben valaha húst készítettek), semmiféle zsiradékot, puffasztó zöldséget, tejterméket, konzervet, tojást, cukrot, lisztet vagy koffeint tartalmazó ételt és nem isznak csapvizet. Étrendjük alapja a nyers vagy főtt szerves táplálék, a biogyümölcs és -zöldség. Emellett természetesen a vitaminkapszulák és a szénsavmentes ásványvíz elkötelezett hívei.

A következmények? Ha bizonyos élelmiszereket teljesen száműzünk étrendünkől, vitaminhiány léphet fel, később az immunrendszer meggyengülhet, majd teljesen tönkremehet. Nem kevésbé veszélyes – sőt! - a betegség másik vezető tünete. A beteg napjának nagy részét fokozatosan elfoglalja az általa egészségesnek tartott étel beszerzése, elkészítése, annak szertartásos elfogyasztása, stb., ami lassan, de határozottan társadalmi kapcsolataink teljes megromlásához vezethet. Ez pedig számos pszichológiai/pszichiátriai probléma – magány, időhiány okozta stressz, egészségi állapot miatti állandó és/vagy fokozódó aggodalom, depresszió, stb. – kialakulásának kiváló melegágya.

Érdeemes tehát nagyon odafigyelni! Kényszeres diétázó ugyanis – a fent említett konfliktushálóban - bárkiből könnyen válhat. Nem a diétákkal van a baj, hanem azzal, hogy sokan beleszeretnek egy-egy egészséges diétába, ami persze adott időpontban és mennyiségben tényleg sokat használ, de a diéta végeztével nem térnek vissza a normális

étrendjükhöz, hanem továbbra is teljesen kizárják az életükből az alapvető élelmiszereket, és a mindennapi életben is ragaszkodnak a diéta merev szabályaihoz.

Irodalom

Luban-Plozza, B., Pöldinger, W., Kröger, F: *Pszichoszomatikus betegek az orvosi gyakorlatban*. Budapest, 1994. Animula

Feladat:

1. Tervezzen programot a táplálkozási magatartásunkat befolyásoló filozófiai - életszemléletbeli - megfontolások bemutatására (pl.: a vallás és az étkezési szokások kapcsolata, ünnepek és ételek, stb.)!
2. Tervezzen programot a különböző kultúrák táplálkozási magatartásainak, konyháinak, hagyományos ételeinek bemutatására!
3. Tervezzen programot a táplálkozási magatartásunkat befolyásoló, sajátosan a magyar hagyományokhoz, szokásokhoz kötődő tényezők bemutatására!

4. FEJEZET

TESTMOZGÁS

4. TESTMOZGÁS

A FEJEZET CÉLJA

A fejezet keretében a hallgatók:

1. Megismerik a testmozgás és a táplálkozás kapcsolatát, élettani hatásait, szomatikus és pszichés aspektusát egyaránt, de a társas kapcsolatok kialakulásában játszott szerepét is.
2. Megértik a testmozgás hiányának szív- és érrendszeri, mozgásszervi megbetegedések megelőzésében és a lelki egészség megrendülésben játszott szerepét.
3. A szabadidős tevékenységek keretén belül a mozgás kiemelt helyzetével tisztában lesznek.
4. Tudni fogják a mozgásnak az egészségi állapot megőrzésében és az egészségfejlesztő programokban betöltött helyét, a mozgásterápia, testtartást javító gyakorlatok, gyógytestnevelés és relaxáció szerepét. *Ismerni fogják, hogy felszerelés nélkül is milyen, bárki által végezhető mozgásformák vannak, amelyeket a gyermekek naponta elvégezhetnek*
5. Információt szereznek a balesetek okairól, a balesetvédelemről, az elsősegélynyújtás megtanításának fontosságáról.

A gyermekek napi kötelező testmozgásáért elkötelezett pedagógussá válást segítené ez a blokk.

A FEJEZET TÉMAKÖREI

- | | | |
|------|--|---|
| 4.1. | A test és lélek harmóniája, a mozgás | Dr. Bugán Antal |
| 4.2. | Mozgásszegény életmód és a betegségek kapcsolata | Dr. Somhegyi Annamária és Nanszákné Dr. Cserfalvi Ilona |
| 4.3. | A testmozgás jelentősége | Dr. Somhegyi Annamária |
| 4.4. | A biztonság – balesetek, elsősegélynyújtás, balesetvédelem | Prof. Dr. Simon Tamás |

4.1. A TEST ÉS LÉLEK HARMÓNIAJA, A MOZGÁS

Dr. Bugán Antal

Bevezetés

„Az emberi test a legkifejezőbb médium, amit ismerünk. A szavak mögött épp úgy el lehet rejtőzni, mint az arckifejezés mögött. Színekkel és zenével, hanggal és kövel is lehet színlelni és ámítani, de a test mindent megmutat. A mozgás és a gesztus a legrégebbi nyelv, amit ismerünk, és még mindig a legtökéletesebb. Mikor mozgunk, egyértelmű felvilágosítást adunk önmagunkról.” (Fuchs, 1995.)

Gondoljuk végig a következő folyamatot: **gondolat – képzelet – érzelem (itt következik be a testi változás) – mozgás** az alábbi kísérlet kapcsán. Álljunk meg egyenes testtartással enyhe terpeszben, csukjuk be a szemünket, gondoljunk erősen arra, hogy milyen érzés lenne egyenes testtel hátradőlni. Néhány másodpercen belül, amikor a gondolat nyomán a hátradőlés érzését átengedjük testünkön, kimozdulunk egyensúlyi helyzetünkéből, amelyet a külső szemlélő észlelhet, de magunk is, amint kontrolláljuk kibillent egyensúlyunkat. A testi és lelki működésünk egy olyan sajátos szerveződés, amelyben a testünk alanya a lelki működésnek, és a lelki működésünknek viszont tárgya a saját testünk, hiszen hat rá.

A testünkről való tudásunk alapvetően két részből tevődik össze. Egyrészt a **külvilág hatásaiból**, másrészt **belső állapotaink folyamataiból, azok megfigyeléseiből.**

Testkép

Az önmagunkról való tudásunk – tudatunk – kialakulásának bonyolult lélektani folyamatainak leírására itt nem vállalkozhatunk, ezt is egy gondolat kísérleten keresztül mutatjuk be. Az előző példánkhoz hasonlóan, csukjuk be a szemünket és határozzuk el, hogy megfogjuk valamelyik lábunk egyik lábujját. Viszonylag nagy biztonsággal ezt végre is tudjuk hajtani. Ehhez viszont az kell, hogy tudatunkban legyen egy „lenyomata” testünk egészének, hogy a kezünket az idegrendszerünk gondolati elhatározásunk következményeként a tér azon pontjára irányítsa, ahol a kiválasztott lábujjunk található.

A saját testünkhöz való viszonyunk a testi fejlődésünkkel, mozgásfejlődésünkkel együtt alakul és válik egyre összerendezettebbé, harmonikusabbá. Gondoljunk egy kanállal enni tanuló gyermekre, aki még nem tudja pontosan a szájába tenni a kanalat, szélesen körbemaszatolja magát, majd később biztonsággal használja ezt az eszközt.

A tudatunkban, a mozgásunkban **a saját testünkről alkotott kép** érzékletesen körülhatárolt, strukturált (nem minden részletében), amely tudatosan **szabályozza alkalmazkodásunkat a tárgyi környezethez és az emberekhez.** Az én-tudatnak, az önmagunkról való tudás alakulásának központi lélektani folyamata a testkép (testséma) fejlődése, amely az a háromdimenziós kép, amellyel minden ember rendelkezik saját magáról. A testkép nem homogén, bizonyos testrészek nagyobb súllyal jelennek meg (általában is, de egyénekenként is különbözően).

A **testképünk, testvázlatunk** nem egy statikus jelenség. Fejlődésünk során természetesen változik, de változik például fizikai tevékenység során (pl.: a sportolás, célzott alak-, izomfejlesztés, stb.), valamint változhat egy sérülés vagy bármely testet érő beavatkozás folyamán is.

A testképünk fejlődése természetesen egy biológiai (egyedileg meghatározott, öröklött) folyamatban megy végbe, de tudatosan is alakítjuk különböző motívumok mentén. Ennek természetes része a testápolás, a testi higiéné megőrzése (körmök, szőrzet rendben tartása, stb.), de alakítjuk a táplálkozási szokások mentén, a környezeti hatások mentén is a kialakult saját **én-ideál** eléréséhez. Nem mindig pozitív, de kiemelt szerepe van ebben a különböző divátáramlatoknak. Jelentős különbségek vannak különböző kultúrák között is. Napjainkban erős befolyású a média hatása a külső testkép alakításában. Példaként említjük a karcsúság idealizálását, amely különböző manökenek megjelenésében, babafigurákban is túlzott módon képződhet le.

A testvázlat többé-kevésbé adott, meghatározott, de az arányainak, méreteinek észlelése szubjektív szinten torzulhat, s ekkor jöhetnek létre a **testképzavarok.**

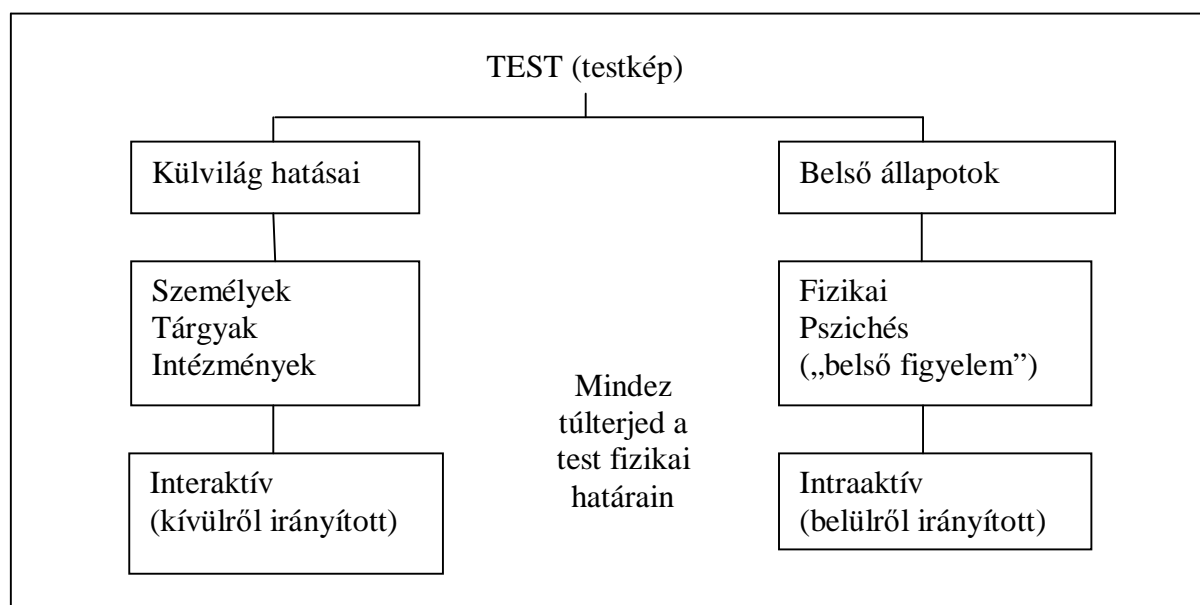
A szubjektív észlelésre szintén hozunk egy példát. Ha belenézünk a tükörbe, előfordulhat az, hogy megigazítjuk valamely hajtincsünket, vagy ruházatunk valamely részét. Ez lehet egy olyan részlet, amelyet egy külső szemlélő a legkritikusabb megfigyelés során sem venne észre. De mitől van mégis az említett korrekció? Hasonlóan a testvázlathoz, tudatunkban él egy kép a külsőnkéről, amely különbözik a tükör által mutatott képtől. A két kép közötti különbség feszültsége indítja be a korrigáló viselkedést.

A testképzavarok kialakulásakor ez a feszültség egyre nagyobb, azaz egyre nagyobb a **szubjektív valóság és a realitás közötti különbség.** Ez a feszültség sarkallja az egyént külsejének, ezen belül testformáinak az egyre drasztikusabb megváltoztatására. Ezt tapasztalhatjuk az anorexia esetében, vagy indokolatlan plasztikai sebészeti beavatkozások vállalásában.

A testképzavarok gyakran alapjai vagy következményei az önértékelési zavaroknak. Az önértékelési zavarok számos betegség kiindulópontját képezhetik: neurózisok, depresszió, táplálkozási zavarok, stb.

Önmagában a saját testtel, külsővel való elégedetlenség komoly stressz- és szorongáskeltő, és mindig együtt jár a testkép szubjektív torzulásával, amely gyakran külső hatások következményeként áll elő.

A test és a testkép szubjektív összefüggéseit a következő ábrával mutatjuk be.



4.1.1. Ábra: A test és a testkép szubjektív összefüggései

Mint korábban jeleztük, a **testkép alakulása az éréssel és a mozgásfejlődéssel együtt a tudatunk kialakulásának része**. A tükrös kísérletet folytatva utalunk itt egy jelentős pszichológiai kísérletre, amelyben megfigyelték, hogy hogyan viselkednek az állatok a tükörrel szemben. Ha egy macska a tükörbe néz, akkor egy idő után próbál átmenni az üvegen a „másik” macskához, miután ez nem sikerül, nem érdeklődik tovább a tükörrel. Ha ugyanezt próbáljuk meg egy majommal, kezdetben hasonló viselkedést figyelhetünk meg, de a majom nem hagyja el a kezdeti próbálkozás után a tükört. Egy idő után sajátos grimaszokat vág a tükör előtt, az addigiakhoz képest szokatlan testhelyzeteket vesz fel és figyeli magát a tükörben. Miközben azon testrészeivel fordul a tükör felé, amelyet eddig nem láthatott (háta, anális régiók), azokat hosszan végigtapogatja mellső végtagjaival, látható módon „birtokba veszi”. A törzsfejlődésben a majmok szintjén tehát a tükör segítségével kialakítható bizonyos fokú „testtudatosság”, azaz a majom képessé válik saját tükörképének felismerésére, önmaga elválasztására a tárgyi környezettől.

Hasonló folyamat megy végbe a **csecsemő, illetve kisgyermek fejlődésében**, amikor a csecsemő „számolja” az ujjait, tapogatja testét, azaz ismerkedik saját testével. Az éréssel, a mozgás fejlődésével a kisgyermek egyre inkább birtokba veszi a teret, kapcsolatba kerül a tárgyakkal, a környezeti objektumokkal és felismeri saját testének fizikai valóságát,

különállását. Ez lesz az alapja az én és a másik viszony felismerésének, az **én-tudat** kialakulásának is.

Az érzés, a mozgás, a látott vizuális kép egysége, vagyis az **érzékszervi-mozgásos séma** képezi a szemléletes gondolkodás alapját is. Az egyre összetettebbé váló helyzetekben az érzékelés és a mozgás koordinálásához magas fokú irányításra, a saját test feletti uralomra és ellenőrzésre van szükség.

A kisgyermek nemcsak saját mozgását szervezi, hanem látja mások mozdulatát, testtartását és ez az érzéklet leképződik benne, s kiváltja saját testhelyzete emlékének felidézésével azt a késztetést, hogy ő is elvégezze az adott mozdulatot, megvalósítsa ezt a testhelyzetet.

Ez a bonyolult lélektani folyamat és a környezethez fűződő **érzelmi kapcsolat képezi az utánzás alapját, amely a szociális tanulás egyik alaptényezője**. Így válnak **modellé a család** tagjai, majd a kortársak, a különböző **választott ideálok**. Ezeken keresztül épül be a szabály- és normarendszer a viselkedésbe, alkalmazkodásba. Ennek fontos része a kisgyerekkortól az iskoláskoron át a testi egészség megőrzése a tárgyhasználatban, közlekedésben, sportban, stb., valamint az emberi kapcsolatokban is. Ne feledjük, az önfegyelem az alkalmazkodás fizikai megvalósítása, a saját testre, az „én”-re vonatkozó reflektív folyamat.

A **serdülőkor** meghatározó folyamata a testvázlat jelentős átalakulása (hirtelen növekedés, biológiai változások), mely során átalakul a testkép és az énkép. Ez a **serdülőkori fejlődési krízis** egyik leglátványosabb megnyilvánulása. Jelentős testi, fejlődésbeli különbségek jelennek meg a serdülők között. Ezek kiindulópontjai lehetnek a saját testtel való elégedetlenségnek, testképzavaroknak. A később érő fiúk például nem tudják mutatni az elvárt (vagy szubjektíve kialakított) férfias külsőt és ennek megfelelő viselkedésmódot, ezért igyekeznek azokat kompenzálni (rejtik a testüket, sajátosan öltözködnek, gátlásosak, stb.). A serdülő lányok esetében például a korán érő lányok „kövérnek” ítélik meg magukat, elégedetlenek lehetnek a testsúlyukkal. A később érők viszont közelebb állónak élik meg magukat a médiák által közvetített karcsúság ideáljához. Ezen az alapon is kialakulhatnak önértékelési zavarok, táplálkozási zavarok, stb. A környezet visszajelzéseivel sokat segíthet, de árthat is, ha nem veszi figyelembe az átalakulás komoly érzelmi kísérőjelenségeit.

A testvázlathoz, az énképhez szorosan kapcsolódik az **„én-ideál”**. A fizikai tükör megmutatja a fizikai valóságunkat, s mint láttuk, ott is jelentős szubjektív torzulások lehetségesek. A realitással való kapcsolat kialakítása és megtartása egészségünk fontos része, személyiségünk egyensúlyának meghatározója. Személyiségünk tulajdonságait, jellemünket viszont nem láthatjuk a fizikai tükörben. Azt emberi viszonyaink tükrözik; ahány emberi kapcsolat, annyi „tükör”, visszajelzés. Melyik hiteles? Mihez viszonyítunk?

Önmagunkra vonatkozó elképzeléseinkben megtalálható az „én-ideál”, az a tulajdonság-együttes, amelyen benyomást, hatást szeretnénk tenni másokra. Néha ez visszatükröződik, néha nem. Én nem teljesítettem az én-ideálomnak megfelelően, vagy a „tükörben” van a hiba? Egy mondás szerint: „amilyen vagyok, szomorúan köszön vissza annak, aki lenni szeretnék.”

A személyiség egyensúlyához hozzátartozik a **megfelelő önismeret**, illetve **emberismeret**. Az emberi kapcsolatok egyensúlya, különböző csoportokban, relációkban önismeretünk függvénye, s része testi-lelki egyensúlyunknak, egészségünknek.

Irodalom

Marton L. M.: *Szöveggyűjtemény az összehasonlító pszichológiához*. Budapest, 1987. Tankönyvkiadó

Fusch L.: *Fejezetek a modern tánc történetéből*. Budapest, 1995. Magyar Művelődési Intézet

Bagdy E.: *Nonverbális pszichoterápák*, in.: Juhász, S. (szerk.). Budapest, 1991. Animula

Feladat

Valamennyi feladatot lásd a 4.3. blokk végén!

4.2. MOZGÁSSZEGÉNY ÉLETMÓD ÉS A BETEGSÉGEK KAPCSOLATA

Dr. Somhegyi Annamária és Nanszákné Dr. Cserfalvi Ilona

Bevezetés

A mozgásszegény életmód a civilizált társadalmak legfőbb egészségügyi problémáinak, a legfőbb népbetegségeknek az egyik legáltalánosabb érvényű okozója: kórokozó tényező. Mégis, ma általában az jellemző, hogy az emberek többsége nem tudja, vagy ha tudja, nem veszi komolyan, hogy egészségi állapotát, életminőségét, munkaképességét veszélyezteti azzal, ha nem változtat mozgásszegény életmódján.

Az „energiaegyensúly” fogalma

A testmozgással és táplálkozással kapcsolatban használt energiaegyensúly kifejezés azt jelenti, hogy a szervezetbe a táplálkozással bevitt energia-mennyiségnek megközelítőleg azonosnak kell lennie azzal az energia-mennyiséggel, amit a szervezet működése felhasznál. Ha a bevitt energia-mennyiség nagyobb, mint a felhasználté, akkor a szervezet a felesleges energia-mennyiséget „elraktározza”. Hétköznapi szavakkal elmondva ugyanezt: ha többet eszünk, mint amennyire a szervezetnek szüksége van, akkor hízunk. Az elhízás ellen tehát úgy kell hatékonyan küzdeni, hogy kb. annyi energiát (kalóriát) veszünk magunkhoz a táplálkozással, amennyit a testmozgásunkkal el is használunk. (Mindebből következik, hogy nem koplalni kell, hanem mértékletesen kell enni, és minden nap lehetőleg fél-1 órát mozogni kell.)

Mozgásszegény életmódját a mai ember persze nem azzal a szándékkal alakította így, hogy megbetegítse magát. A mai ember egyszerűen csak él a civilizáció adta lehetőségekkel, s ennek velejárója a mozgásszegénység. Csak használjuk az autót, a liftet, a mozgólépcsőt, a TV-t, a videót, a számítógépet – és máris eltöltjük napjainkat úgy, hogy mindennapi tennivalóinkat mozgás nélkül teljesítjük. Így jön létre az a furcsa helyzet, hogy ma már külön gondolni kell az egészséget megalapozó mozgásmennyiség beiktatására (a régi embernek ezt nem kellett, ő még úgy élt, hogy mozgott eleget a mindennapi tennivalói során).

Mivel a mozgás „elidegenedett” a mindennapi tennivalóktól, így most külön erőfeszítéseket kell tennünk, hogy ráébredszük az embereket erre a furcsa helyzetre, és rávegyük őket arra, hogy ha már így élünk, akkor viszont „művileg” iktassunk be naponta mozgást a napirendbe. Ezt ma is megtehetjük úgy, hogy szándékosan kevesebbet használjuk a civilizáció nyújtotta „kényelmet”: lépcsőn megyünk akkor is, ha van lift, gyalogolunk akkor is, ha van autónk, sportolni vagy sétálni megyünk akkor is, ha van TV-nk, videónk, számítógépünk, és így tovább.

Sajnos nagyon sokféle bajnak és betegségnek okozója a mozgásszegény életmód. Ezek között vannak olyanok, amikben idő előtt meghalunk, és vannak olyanok is, amelyekről csak rosszabbul élünk. Népegészségügyi, gazdasági és egyéni szempontból legalább olyan fontos az életminőséget rontó betegségek csökkentése, mint a korai halálozást okozóké. Persze, ezek a betegségek sok szállal összefonódnak, összefüggnek egymással.

A mozgásszegény életmód, mint kockázati tényező

Az alábbi betegségek kórokozója a mozgásszegénység:

A lelki egészség hiánya

Ha kimondjuk, szinte közhelynek számít, mégis szem elől tévesztjük mindennapjainkban: az örömmel végzett rendszeres testmozgás és sport hatékony eszköze a lelki egészség kialakulásának és fennmaradásának, vagyis az egészséges személyiségfejlődésnek.

Ennek oka egyrészt az, hogy az örömmel végzett testmozgás hatására az agyban olyan kémiai anyagok szabadulnak föl, amelyek szükségesek az önmagunkkal való megelégedettség érzéséhez, a helyes önértékeléshez. Másrészt pedig, ha a sportot társakkal végezzük, akkor olyan alapvetően szükséges együttélési szabályokat sajátítunk el és gyakorlunk be, amelyeket más élethelyzetekben nemigen tudunk megtanulni és gyakorolni. Ilyen az együttműködés, a nemes versengés, a szabálytisztelet, a társak teljesítményének értékelése, a siker és a kudarc elviselése, a nehézségek kitartó leküzdésének öröme és sikerélménye.

Gondoljunk bele, hogy pl. az iskolai élet legtöbb területe (az elméleti tanórák) nem a fenti társadalmi normák kialakulását és begyakorlását segíti, hanem éppen ellenkezőleg: az egyént önálló, egyéni teljesítmény elérésére sarkallja úgy, hogy előzze meg társait. Márpedig az egyoldalúan így felnevelkedő ember az önmegvalósításon és az egyéni sikeren kívül kevés egyéb értéket fog ismerni, kevés egyéb öröme és sikerélménye lesz, s már el is jutunk a magányos, lelki egyensúlyából kibillent mai emberhez. Nem véletlen, hogy tömegessé vált a stresszt nehezen vagy rosszul feldolgozó, önmagát marcangoló, önmagát sikertelennek érző típus, aki azután nemcsak a lelki egyensúly hiányától szenved (lesz pl. depressziós), hanem ezzel szoros összefüggésben a szíve és az érrendszere sem győzi az életet, és egyébként meglévő mozgásszervi bajait is elviselhetetlennek érzi, „nem tud megbirkózni” velük.

A lélek egészségének erősítéséhez más hasznos eszközök is vannak, melyeket az iskolában már alkalmazni szükséges, és aztán felnőttkorban is jól használhatók: ezek a művészetek. Ezek egyrészt szintén olyan értékeket és normákat közvetítenek már kisgyermekkorától kezdve, melyeket más módon nehéz lenne átadni, másrészt az agynak azt a féltekéjét fejlesztik, melynek fejlesztése a megtanult tudás mélyítéséhez, majd pedig előhívásához, alkalmazásához, illetve a merőben új élethelyzetek és feladatok megoldásához szükségesek (alkotókészség). Erről szól bővebben a IX. fejezet.

A lelki egészség védelme (=a lelki, valamint a lelki eredetű testi betegségek megelőzése): hogyan véd az örömmel végzett, mindennapi iskolai testmozgás?

- Aki megtanulja a testét használni, az megtanul bízni magában, és ezzel személyes szabadsága növekszik.
- A rendszeres testmozgás kitartásra nevel, megtapasztaljuk, hogy az élet forgandó, és megtapasztaljuk, hogy a forgandóságot el lehet viselni, megtanulunk veszíteni és győzni is, megtapasztaljuk, hogy együtt erősebbek vagyunk, és mindezt úgy, hogy a tapasztalok nem függenek a szellemi tantárgyak óráin elért eredménytől és az ott kialakult helyzettől, „rangsortól”.
- A mozgás adta lelki tartás védelmet nyújt a káros szenvedélyekbe menekülés ellen.
- A rendszeres testedzés arra használja, arra mozgósítja a testet, amire való. A mozgás által elégetjük azokat a zsírokat, cukrokat, adrenalin, amelyek minden stressz alkalmával a vérpályába jutnak. – Ha csak stressz van, de mozgás nincs, akkor a vérpályába ugyanúgy bekerülnek a zsírok, cukrok és az adrenalin, tehát az élettani felkészülés a stressz megválaszolására megtörténik, azonban mozgás hiányában ezek az anyagok nem használódnak fel, és így károsítják az egészséget.

A szív- és érrendszer betegségei

Az erek falának rugalmassága, az érfalban található izmok kellő fejlettsége (ereje és nyújthatósága), az ereket borító belhártya kellő simasága, valamint a vérmennyiséget mozgó szív izomzatának kellő ereje és rugalmassága szükséges ahhoz, hogy szerveink vérellátása jó legyen. Erek a porcok és a szemlencse kivételével az egész testben mindenhol vannak. Így érhető, hogy az erek és a szív állapota meghatározó az egészség szempontjából.

Ha gyermekkorban nem edződik megfelelő mozgással az érrendszer és a szív, akkor a fent részletezett tulajdonságok nem fejlődnek kellően, és felnőttkorban már nagyon nehéz, pontosabban már nem is lehet bepótolni a gyermekkori mulasztást. Ha pedig felnőttkorban marad el a mozgás, akkor az erek fala, a szív izomzata túl korán válik rugalmatlanná, a belhártya túl korán válik egyenetlenné (érfal meszesedés). Mindez magasvérnyomás-betegség (hypertonia), a szív és az agy ereinek betegségei (érelmeszesedés), később a vese ereinek betegsége képében jelentkeznek.

A szív és az agy ereinek betegségei hirtelen és korai halált okozhatnak: szívinfarktus, agyvérzés, agytrombózis (ez utóbbiak összefoglaló neve szélütés vagy régebbi nevén gutaütés). A legtöbb anyagcsere-betegség, a feldolgozatlan stresszhelyzetek túltengése, a túlsúly és kövérség is megbetegíti az ereket.

Szív- és érrendszeri betegségek elleni védelem: hogyan véd az örömmel végzett, mindennapi iskolai testmozgás?

- Az örömmel végzett mozgás stresszoldó, lazító hatása véd a szív- és érrendszeri betegségek egyik legfontosabb kockázati tényezője, a stressz ellen:
 - a rendszeres mozgás mellett jobban érezzük magunkat, a mozgás segít megőrizni lelki egyensúlyunkat, növeli önbizalmunkat, segít leküzdeni a szorongást és depressziót. Csökkenti a fáradtságérzés kialakulását, csökkenti a feszültséget, igen jó az álmatlanság ellen, ezen kívül megkönnyíti a közösség összetartását.

- a rendszeres mozgás mellett jobban nézünk ki, izmaink állapota javul.
- a rendszeres testmozgás segít a szellemi és a fizikai munkában. Növeli a fizikai teljesítőképességet, növeli a motivációt mind a szellemi, mind a fizikai munkában.
- A mozgás csökkenti a testsúlyt és a zsírok lerakódását az érfalakban – ez mindkettő fontos kockázati tényezője a szív- és érrendszeri betegségeknek.
- A mozgás a vérzsírok szintjét a jó irányba befolyásolja: a jó koleszterin szintjét emeli, a káros koleszterin szintjét csökkenti.
- A mozgás csökkenti a magas vérnyomás kialakulásának esélyét, a magas vérnyomás szintén fontos kockázati tényezője a szív- és érrendszeri betegségeknek.
- A mozgás későbbre tolja a cukorbetegség jelentkezését azoknál, akiknek erre öröklött hajlamuk van: a cukorbetegség is kockázati tényezője a szív- és érrendszeri betegségeknek.

Túlsúly, elhízás

A túlsúly és elhízás „haszon” nélküli többlet-terhelést ró a szívre és érrendszerre, a légzőrendszerre, a mozgásszervekre, a vesére. Hiszen olyan tömeget kell ellátni vérellátással, oxigénnel, olyan tömeget kell mozgatni és tartani, és olyan tömeg anyagcsere-végtermékét kell eltávolítani, kiválasztani, ami egyébként nem vesz részt semelyik életfunkcióban sem, hanem „csak úgy van”.

Ha a fölösleges testsúly tartósan jelen van, akkor a többletterhelés a szív- és érrendszerben és a mozgásszervekben idő előtt betegséget okoz: magas vérnyomást, a szív ereinek és a többi érnek a meszesedését, a gerinc és az ízületek porckopását. Mivel a túlsúly és az általa okozott betegségek miatt nehezebb is a mozgás, a túlsúlyos ember egyre kevesebbet mozog, így egyre kövérebb és egyre betegebb lesz. Valódi „ördögi kör” ez, amit kialakulása után visszafordítani már nem könnyű, kialakulása azonban megelőzhető.

A kövérség elleni védelem: hogyan véd az örömmel végzett, mindennapi iskolai testmozgás?

A mozgás azáltal véd a kövérség ellen, hogy a helyes irányba tolja a vérzsírok szintjét, és meggátolja a zsírok lerakódását az erekben és az egyéb szervekben. Mozdulás, mégpedig megfelelő mennyiségű mozgás nélkül hatékony diéta sem alakítható ki.

Anyagcsere-betegségek: cukorbetegség, magas vérzsírtartalom

E két gyakori anyagcsere-betegség részben örökletes tényezőktől függ ugyan, azonban jelentős mértékben függ a testmozgástól (és a táplálkozástól), mégpedig nemcsak a betegség kialakulása vonatkozásában, hanem még inkább a betegség gyógyíthatósága, karbantartása szempontjából. A cukorbetegség súlyosbodását a diéta mellett a rendszeres mozgás sikeresen fékezi. Sőt, vannak olyan cukorbetegségben szenvedők (főleg a felnőttkori cukorbetegségben szenvedők, de ez igaz a magas vérzsírtartalommal jellemezhető anyagcsere-betegségben szenvedőkre is), akiknek egyáltalán nincs szükségük gyógyszeres kezelésre, ha eleget mozognak. (Ugyanez igaz a magas vérnyomás betegségére is!)

Mozgásszervi betegségek

A mozgásszervek akkor fejlődnek normálisan, ha megfelelő mozgásingerek érik: e nélkül nem alakul ki az izmok megfelelő ereje és nyújthatósága, a megfelelő mennyiségű izomrost, a csontok megfelelő mésztartalma és terhelhetősége, a porcok kellő terhelhetősége, az ízületi tokok és szalagok megfelelő terhelhetősége, az ízületek és a gerinc egészséghez szükséges automatizmusai (= a biomechanikailag helyes testtartás).

Mindezek nélkül gyenge kötőszövetű, elégtelen izomzatú, gyenge csontozatú lesz a gyermek majd a felnőtt, s így ízületeiben és gerincén már fiatalon a porckopás különböző fajtái alakulnak ki. Már kora serdülőkorban gyakori a „chondromalacia” ill. a különböző „osteochondrosisek”, ezek miatt fáj a gyermek térde, bokája, talpa. Ezt még súlyosbítja, amikor aszfalton, betonon kell futni. Már óvodáskorban és iskoláskorban tömegesen jelentkezik a tartáshiba, ami ugyan még nem betegség, de ha fennmarad, akkor a gerinc fiatal felnőttkori porckopásának talajává válik. (Ez ellen a napi megfelelő testmozgáson kívül még egy speciális tartásjavító mozgásanyag testnevelés órán történő rendszeres végzése, valamint a helyes ülés begyakorlása is szükséges, valamint jó, ha kisgyermekkorban megszokja a gyermek a gerinckímélő testhelyzeteket.)

A gerinc és az ízületek tömegesen jelentkező felnőttkori porckopása nemcsak megelőzhető a rendszeres testmozgással és a speciális mozgásanyaggal, hanem ugyanezekkel javítható és karban is tartható. Tudni kell azonban, hogy míg az egészségesek részére végzendő speciális mozgásanyagot a testnevelő pedagógusnak kell tudnia és végeztetnie a gyermekkel, illetve felnőttkori edzőteremben a felnőttekkel, addig a már beteg egyénekkal erre képzett, az egészségügyben dolgozó gyógytornásznak kell foglalkoznia.

Meg kell említeni, hogy van néhány olyan gerincbetegség, ami már gyermekkorban jelentkezik, azonban a közhiedelemmel ellentétben nem előzhető meg, és szintén a közhiedelemmel ellentétben, nem tömeges. Ezeket amiatt szokták tömegesnek vélni, mert gyakran a tartáshibákkal keverik össze. E gyermekkori gerincbetegségek esetén még nagyobb a fiatal felnőttkori porckopás veszélye, ezért ezeknek a gyermekeknek még inkább sok mozgásra van szükségük, amellet természetesen, hogy a gyógytornásztól az egészségügyben megtanulják, és otthon naponta végzik saját, egyénre szabott gyógytornájukat. (A gyógytorna nem azonos a gyógytestneveléssel!)

A csontok mészhiányos betegsége elleni védelem: hogyan véd az örömmel végzett, mindennapi iskolai testmozgás?

A csontok fejlődése 20-24 éves korig tart. Amennyi és amilyen mész és egyéb ásványi anyag addig a csontozatba beépült, annyiból tud élni, gazdálkodni az egyén. A csont mésztartalma kb. 24 éves korra eléri maximumát, és onnantól kezdve lassan, fokozatosan csökkenni kezd. A csökkenés mértéke nőknél a változás korában gyorsul fel, férfiaknál idős korban. Mi történik, ha valakinek már 24 éves korában is kevés mész volt a csontjaiban? Korán lesz osteoporosisa, mészhiányos betegsége. Akinek kellően sok mész épült be a csontjaiba 24 éves koráig, az jó magas szintről kezdi csökkenteni, tehát hosszú ideig elegendő mész marad a csontjaiban, így elkerülheti az osteoporosist, a csontok mészhiányos betegségét.

Mi befolyásolja a mész beépülését a csontokba? Nyilván a kellő kalcium-bevitel a táplálékkal (tejtermékek és olajos magvak tartalmazzák), de megdöbbentő módon úgy van, hogy hiába

esszük a kalciumot, ha nem mozgunk! Ugyanis a kalcium akkor tud csak beépülni a csontba, ha a gravitációval szemben mozgunk. A gravitáció ellenében végzett mozgás közben a működő izmok a csontokat ingerlik (ott, ahol tapadnak), és ez az inger szükséges a kalcium beépüléséhez.

Mikor kell tehát sokat mozogni a gravitáció ellenében? Mindig, de leginkább 24 éves korig. (24 éves kor után azért kell mozogni, mert a kalcium-vesztés mértékét csökkenti a mozgás.)

A gerinc porckopásos betegségei elleni védelem: hogyan véd az örömmel végzett, mindennapi iskolai testmozgás?

A mozgásszegény, ülő életmód során a testtartásért felelős izmokat keveset és helytelenül használjuk, emiatt egyes izmok zsugorodnak, más izmok gyengülnek. Így felborul az izomegyensúly, és emiatt a gerincnek olyan kis képleteire kerül a gravitáció okozta terhelés, amik nincsenek erre méretezve. (Ha az izomegyensúly helyesen működik, akkor azokon a képleteken van a terhelés, amik arra vannak méretezve és azt bírják.) Az izomegyensúly felborulása és a gerinc túlterhelt képletei miatt következik be azután a porckopás. A porckopás krónikus mozgékonyságot idéz elő a gerinc kisízületeiben, s ez tovább rontja a helyzetet. Végül a csigolyaközi porc elődomborodása és a kisízület meszesedése a gerinccsatorna szűkületét eredményezi.

Ha rendszeresen mozgunk, és ezen kívül megszokásunkká válik az izomegyensúly működése (ez a helyes testtartás lényege), akkor az egész folyamat elindulását megelőzzük, késleltetjük. A helyes testtartás automatizálása akkor sikerülhet leginkább, ha gyermekkortól fogva rendszeresen végzünk speciálisan ezt szolgáló gyakorlatokat. Ezért szükséges a Magyar Gerincgyógyászati Társaság tartásjavító tornájának rendszeres végeztetése minden gyermek iskolai testnevelésében (l. részletesebben később).

Irodalom

Aszmann A. (szerk.): *Iskolaegészségügy. Az iskolaegészségügy kézikönyve*. Budapest, 1998. (VII. fejezet: Testnevelés.) Anonymus

Somhegyi A., Varga P. P.: *Fizikai aktivitás: több jelentős népbetegség kockázatának hatékony csökkentése*. Egészségnevelés 42, 278-281, 2001.

Somhegyi A., Varga P. P.: *A gerincbetegségek megelőzésének szükségessége*. Egészségnevelés 43, 28-32, 2002.

Feladat

Valamennyi feladatot lásd a 4.3. blokk végén!

4.3. A TESTMOZGÁS JELENTŐSÉGE

Dr. Somhegyi Annamária

A testmozgás jelentősége az egészségfejlesztő programokban

Korábban megvilágítottuk, hogy az örömmel végzett rendszeres testmozgás alapvető a testi-lelki-szellemi egészség kialakításában és fenntartásában. Ezért természetes, hogy bárhol akarunk egészségfejlesztő programot létrehozni és működtetni, annak mindig része az is, hogy az adott közösség tagjai rendszeres, örömet nyújtó testmozgás programban vesznek részt.

Egészségfejlesztő programot készíthetünk egy település vagy lakóközösség részére, egy adott munkahelyi közösség részére, és természetesen készíthetünk egy oktatási intézmény részére is.

Óvoda

Az óvodás gyermek mozgásigénye és mozgás-szükséglete talán még nagyobb, mint a nagyobbaké. Az óvodás gyermek testi-lelki-szellemi fejlődése károsul, ha nem vehet részt elegendő mozgásban (ugyanaz igaz természetesen a csecsemőre és kisgyermekre is). Ezért az óvodában mindenképpen kell lennie mindennapi testnevelésnek, s ezen kívül is sok mozgásos játékra kell időt, alkalmat és teret adni.

Sok óvodában ma még nincs tornaszoba. Ilyen esetekben is meg kell találni a módját annak, hogy a csoportszoba hogyan használható mégis a mindennapi testnevelésre. A játékhoz, játékos mozgáshoz, szabadban történő mozgáshoz szintén mindenképpen kell helyet biztosítani. A mozgó, játszó gyermekek csoportjára természetesen sokkal jobban oda kell figyelni, mint a csöndben ülő, videót, TV-t vagy számítógép-képernyőt néző gyermekekre. Mégis, ez utóbbiakat nem helyes az óvodában használni, mivel nem illeszkednek a gyermekek életkori sajátosságaihoz, nem segítik, hanem éppen ellenkezőleg, gátolják a gyermekek fejlődését (nemcsak testi, hanem azonkívül érzelmi és értelmi fejlődésüket is, vagyis testi-lelki-szellemi fejlődésük egészét!).

Nagyon sajnálatos, hogy a szülők tömege nem tudja ezt, és nyugodtan engedi otthon, hogy a kisgyermek TV-t és videót nézzen, számítógépes játékokat játsszon. Ez ellen az óvodapedagógusnak ügyesen, kedvesen, de hatékonyan kell fellépnie, pl. úgy, hogy a szülők

részére nevelést segítő előadásokat szervez, megfelelő szakemberek elhívásával. (A mai szülők sajnos nem tanultak egészségtant, egészségfejlesztést, így az ő tudatukat a divat és a reklám olyan könnyen befolyásolja, mint ahogyan a kés a vajba hatol.)

Külön fel kell hívnunk az óvodapedagógusok figyelmét, hogy a majdani szenvedélybetegségekre (dohányzás, alkoholizmus, kábítószer-függőség, stb.) hajlamosító személyiség kialakulását már az óvodában is hatékonyan kell megelőzni, mégpedig a gyermekekre figyelő, odaadó pedagógusi munkával, sok-sok játékkal (mely lehetőleg alkotókészséget igényeljen, nem pedig kész játékszereket), és sok-sok mozgással.

A mindennapi óvodai egészségfejlesztő testmozgás ismérvei:

- a gyermekek **kellő keringési és légzőszervi terhelése** megtörténik;
- gimnasztikát is tartalmaz, annak részeként törekvést a biomechanikailag **helyes testtartás** kialakítására, fenntartására és automatizálására (nagy csoportos gyermekeken már igen eredményesen lehet végezni precíz tartásjavító tornát);
- a **lúdtalp megelőzését** vagy csökkentését szolgáló talptornát tartalmaz;
- **sok játékot** tartalmaz.

A nem mozgásos programokban is helyes, ha a gyermekeket engedik felkelni a székükről, és ha engedik őket a székükön **„fészkelődve” ülni, vagy térdelni.** Ezekkel a testhelyzet-változtatásokkal a gyermekek ösztönösen védik gerincüket. Természetesen, nagyon fontos, hogy az óvodás gyermekek széke ott támassza meg a derekukat, ahol a medencecsontjuk teteje és az ágyéki homorulat van, hogy a szék ülőlapja ne legyen hosszabb, mint a gyermek combja, hogy a szék ne legyen magasabb, mint a gyermek lábszára (tehát a gyermek lába érjen le a földre). Mivel a gyermek testméretei változnak, az óvodás gyermekek székeinek is követniük kell a változó testméreteket. A jó széken történő **helyes ülést** pedig meg kell tanítani a gyermekeknek. Ennek lényege, hogy a gyermek fenekével csússzon a széken hátra egészen, így támassza meg derekát a széktámlán. Ilyen helyzetben az ágyéki gerincre jóval kisebb terhelés jut, mint helytelen ülésakor, amikor is a medence és az ágyéki gerinc hátrabillen, vagyis a hát „görbévé” válik az ülés közben.

Iskola

Minden iskolás gyermeknek minden nap részt kell vennie olyan testmozgás-programban, amely az egészségfejlesztés szakmai kritériumainak megfelel. (Ezt a jelenlegi közoktatási szabályozás segíti ugyan, azonban számos tárgyi és pénzügyi feltétel hiányában az iskolák mindegyike ma még nem tudja megvalósítani. A Népegészségügyi Program törekvései és eredményei alapján azonban méltán bízunk abban, hogy a szükséges feltételek megteremtése elindul, s így néhány éven belül minden iskola meg tudja valósítani a mindennapi testmozgást minden tanuló részvételével.)

Mindennapi iskolai egészségfejlesztő testmozgás ismérvei

Testnevelés és sportoktatás

- minden gyermek minden nap részt vesz az iskolában szervezett, szakszerűen tervezett és kivitelezett testmozgás-programban (**testnevelés óra és sport**);
- minden órán megtörténik a **szív és a tüdő kellő megterhelése** (kipirulás, izzadás a jele, de sajnos sok szülő bajnak látja ezeket az egészséges jeleket!);
- minden órán van gimnasztika (közkeletű nevén: torna), s annak részeként minden gyermekkel végeztetik a speciális **tartásjavító tornát**, valamint légző-gyakorlatokat;
- **minden óra a fegyelmezett munkának, a nehézségek sikeres leküzdésének és a játéknak az örömet és sikerélményét nyújtja** minden gyermeknek, még az átlagostól eltérő testi adottságúnak is;
- a testnevelés és az iskolában szervezett egyéb testmozgási alkalmak összessége olyan sportokra tanít, amiket a gyermekek majd felnőttkorukban is folytatni tudnak (**ún. „életmód-sportok”**);
- **a testnevelés és sport osztályozása, értékelése olyan módszerrel történik, hogy a gyermekeket a részvételre serkentse.**

Ezen szakmai követelményeket a testneveléstől el kell várnunk, máskülönben a gyermekek egészségi állapota tovább romlik. A testnevelés és sport tanítása gondos felkészültséget kíván meg attól a pedagógustól, aki erre vállalkozik. Ennek oka, hogy a rosszul végzett munka itt a gyermekek egészséges fejlődését veszélyezteti, sőt, balesetveszélyes is. Szakmai szempontból az helyes, ha testnevelést csak testnevelő szaktanár tanít, vagy alsó tagozatos gyermekek részére esetleg olyan tanító, akinek testnevelési műveltségi területen szerzett képesítése is van.

A mindennapi iskolai testmozgás megvalósíthatóságáról külön részben adjuk közre az eddigi lényeges tapasztalatokat.

Elméleti órák testmozgása

A jó pedagógusok ma is megtehetik, hogy elméleti óráikon is figyelnek a gyermekekre, és ha azt veszik észre, hogy a gyermekek figyelme lanyhul, akkor **frissítő tornát** végeznek a gyermekekkel az osztályteremben. Ehhez jó, ha szellőztetnek is. Az ülőtorna nemcsak figyelmet frissítő, hanem a gerincnek is előnyös lehet, főleg, ha ezen szempontnak is megfelelően végzik. A helyes testtartás kialakítását, fenntartását és automatizálását segítő „izometriás” (elmozdulás nélkül végzett erős izommunka) gyakorlatokat ismerhetnek a pedagógusok pl. a Magyar Gerincgyógyászati Társaság tartásjavító mozgásanyagának könyvéből és videofilmjéből (l. www.gerinces.hu).

Az is kiválóan védi és pihenteti az ülésben megfáradó gerincet, ha a tanító néni azt mondja: *„Na, gyerekek, most pihenünk: mindenki tegye hátra a kezét!”* Hátratett kézzel üléskor ugyanis az történik, hogy az ülésben megfáradt ágyéki gerincünket megtámasztjuk a karunkkal. Ezzel sok rossz ülőbútor hibáját csökkenthetjük (persze nem ülhetünk így állandóan).

Kisiskolások esetében hasznos az írásban megfáradt kezek tornásztatása is, az **ujjtorna** végzése. Ezzel a görcsös kéz- és karizmok kilazulhatnak, s aztán újult erővel használhatók az írásra.

A mindennapi iskolai testmozgás megvalósíthatósága

Annak érdekében, hogy a közoktatás irányítói számára bizonyítékot szolgáltatson a tényleges megvalósíthatóságról, az Egészségügyi Minisztérium az Oktatási Minisztériummal és az Ifjúsági és Sportminisztériummal, valamint a Közoktatási Modernizációs Közalapítvánnyal (KOMA) együtt pályázatot írt ki az iskolai mindennapi testmozgás támogatására (2001. június, l. www.koma.hu XXXVII. sz. pályázat). A pályázatban 2000,- Ft/tanuló/tanév támogatást kapott az iskola, ha vállalkozott arra, hogy szakmai ellenőrzés mellett megvalósítja minden tanulójának a mindennapi, egészségfejlesztő hatékonyságú testmozgás programot.

A pályázat nyári megjelenése ellenére - minden várakozást felülmúlóan - 710 iskola pályázott, s ez önmagában már meggyőzte a közoktatás irányítóit, hogy a mindennapi iskolai testmozgás megvalósítása az iskoláknak nem lehetetlen, hanem pénzkérdés. Ugyanilyen bizonyítékot szolgáltatott a pályázat ismételt kiírása 2003-ban, ekkor 628 iskola pályázott (KOMA L. sz. pályázata). A 2001. évi pályázatban 140, a 2003. évi ismétléskor 219 nyertes iskola valósíthatta meg a mindennapi testmozgást. A megvalósítást az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat megyei intézeteinek munkatársai ellenőrizték, tapasztalataikat összegezték. E tapasztalatokból adjuk közre az alábbi fontos elemeket.

A) A mindennapi testmozgás-program különböző bevált oktatás-szervezési modelljei

a) Órarendbe iktatott forma minden évfolyam részére:

- a tanórák és szünetek rendjének módosítása úgy, hogy minden tanóra 40 perces (ld. a kecskeméti Vörösmarty Mihály Általános Iskola 1987 óta folyamatosan működő módszerét, valamint a dunaújvárosi Barátság Iskola több éven át működött módszerét, KOMA XXXVII. kiadványa, 2002 és KOMA L. kiadványa, 2003);
- a tanórák és szünetek rendjének módosítása úgy, hogy csak 2 tanóra rövidül (ld. a Rumi Rajki István ÁMK Általános Iskola programját, KOMA L. kiadványa, 2003).

b) Egyéb módszerek:

- a testnevelési órát nem tartalmazó napokon szervezett számos sportfoglalkozás felkínálása azzal a megkötéssel, hogy mindenkinek részt kell vennie valamelyiken, s a részvételt a tanuló külön füzetében aláírással kell igazolnia a pedagógusnak;
- a mindennapi testmozgás számára védetté nyilvánított időszak alkalmazása (ld. a nagyatádi Árpád Fejedelem Általános Iskola programját, KOMA L. kiadványa, 2003).

B) Egyéb lényeges tapasztalatok:

- A szülőket az iskola bevonja a program tervezésébe, így támogatásuk biztosított, s ez a gyermekek részére a hatékonyságot növeli;
- A teljes tantestületnek el kell köteleződnie a mindennapi testmozgás-program megszervezésekor, s ez a gyermekek részére a hatékonyságot és hitelességet szintén növeli;
- Legeredményesebb, ha a fenntartót is sikerül elkötelezni, mert így a rendszeres finanszírozás biztosítható a központi költségvetési helyzettől függetlenül is (ld. Kecskemét példája, ahol 1987 óta egyfolytában finanszírozzák a többlet testnevelési órákat);
- Mindenképpen szükséges, hogy a testnevelői munkaközösség a testnevelést tanító alsós pedagógusokkal, valamint a testmozgás-program megvalósításába bevont többi szaktanárral közösen dolgozza ki a szakmailag megfelelő testmozgás-programot;
- Javasolható, hogy a testnevelő szaktanárok foglalkozzanak a tanítók esetleges testnevelési hiányosságainak pótlásával;
- Javasolt, hogy a testnevelői munkaközösség egyúttal egészségfejlesztő munkaközösségként is működjön, mert ez megkönnyíti annak tudatosítását a tantestületben, hogy a testnevelés-testmozgás nem egy a tantárgyak közül, hanem a túlélés eszköze (más szóval: az egészség és életminőség, a küzdeni tudás a tanulási képesség fenntartásának eszköze);
- Javasolt a mindennapi testnevelésben már tapasztalatot szerzett iskolák megkeresése, mert olyan tényeket tudnak bemutatni tanulóik jobb egészségi állapotáról és tanulási képességeiről, melyek a szülők, a tantestület és a fenntartó befolyását könnyítik.
- Mindenképpen szükség van a mindennapi testmozgás-program tervezésekor, kiharcolásakor és megvalósításakor a tantestület elkötelezett, hivatáskereső testnevelőjére/testnevelőire, ez a siker egyik kulcsa.

A mindennapi, egészségfejlesztő hatékonyságú testmozgás megvalósítása minden tanuló számára célként szerepel a Nemzeti Népegészségügyi Programban, valamint a Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság 2003. május 22-i és 2003. november 11-i döntései értelmében az ún. iskolai egészségfejlesztési normatíva 4 szakmai feladata között is szerepel (46/2003. /IV.16/ OGY határozat, 1066/2001 /VII.10/ Kormányhatározat) (l. www.eum.hu).

Testtartást javító gyakorlatok a testnevelésben

A gyermekek egészségét szolgáló testnevelésnek tartalmaznia kell többek között speciális tartásjavító tornát is. Ennek oka az, hogy mozgásszegény világunkban a gyermekek is túl sokat ülnek, túl keveset mozognak, s így már az óvodások között is 62 % a tartáshibák aránya (dr. Pellet Sándor rendszeres szűrővizsgálata, Gödöllő), s ez a helyzet az iskoláskorban végig fennáll, sőt, a korrallal még romlik is (dr. Fejérdy Gábor PHARE-program keretében végzett szűrése a 6-18 éves korosztály körében, Budapesten és a Dunakanyarban).

A nemzetközi szakirodalom hasonló adatokat közöl. - a tömegesen előforduló tartáshiba ugyan még nem betegség, de az lesz belőle, ha semmit sem teszünk ellene: a fiatal felnőttkortól kezdve a gerinc porckopásos betegségének ez lesz az alapja. Ma a gerinc porckopásos betegségei okozzák fiatal felnőttkorban a legtöbb kiesést a munkából, ezek okozzák a legtöbb foglalkozási sérülést, és a miattuk kifizetett táppénz a világon a második a sorban („Csont és Ízület Évtizede” adatai, www.bjd.org).

Ezért a gerincbetegségekkel foglalkozó orvosi szakirodalom egyöntetűen azt javasolja, hogy az iskolai (és lehetőleg az óvodai) testnevelésben végezzenek a gyermekekkel olyan speciális tartásjavító tornát, mely a biomechanikailag helyes testtartást kialakítja, automatizálja és fenntartja. Mivel a mozgásszegény, ülő életmód végigkíséri a gyermekeket az iskoláskorban, s így végig kifejti kártékony hatását a gerinc fejlődésére, ezért arra van szüksége minden gyermeknek, hogy az iskolás évek során minden testnevelés órában szerepeljen a megfelelő tartásjavító torna.

A biomechanikailag helyes testtartás kialakítását, automatizálását és fenntartását szolgáló speciális tartásjavító torna lényege a testtartásért felelős izmok izomegyensúlya és a medence helyes középállása. Hiába erősítjük pl. a hát és a has izmait, ha a különböző zsugorodott izmok nyújtását kihagyjuk, ha kihagyjuk a medence helyes középállásának automatizálását, és ha a testnevelés óra többi részében úgy erősítünk, hogy nem vagyunk figyelemmel a gerinckímélő testhelyzetek megtartására.

A biomechanikailag helyes testtartás kialakítását, automatizálását és fenntartását szolgáló speciális tartásjavító torna a Nemzeti Alaptantervben a testnevelés általános részében szerepel, vagyis minden évfolyam testnevelésében végezni kell, s ennek megfelelően a testnevelés mindegyik kerettantervében ez szintén előírás. A megfelelő tartásjavító torna szakszerű megnevezése az alábbi:

„a biomechanikailag helyes testtartást tudatosító, kialakító, automatizáló és fenntartó gyakorlatok rendszeres végzése (valamint légzőgyakorlatok) a gimnasztika részeként, testtájként végighaladva a testtartásért felelős valamennyi izomcsoport erősítését és nyújtását szolgáló mozgásanyagban, a tanév során folyamatosan ismételve, a kiindulási és véghelyzetek pontos megtartására valamint a lassú és pontos kivitelezésre ügyelve, a hibás kivitelezés javításával, valamint a korosztály jellemzőinek megfelelő illesztéssel a testnevelési óra többi eleméhez”.

Azok a testnevelő pedagógusok, akik még nem ismerték meg a speciális tartásjavító tornát, akkreditált pedagógus-továbbképző program keretén belül megismerhetik (ld. www.gerinces.hu), s a pedagógus-képző felsőoktatási intézmények legtöbbjébe oktatja a leendő testnevelő pedagógusok részére (ez a képesítési követelményekben szereplő előírás részükre).

Amennyiben egy gyermeknél az ortopéd szakorvos gyermekkori gerincbetegséget (Scheuermann-betegséget, scoliosist, stb.) állapít meg, akkor a gyermek részére gyógytornát javasol. Ezt az egészségügyben dolgozó gyógytornásznak kell megtanítania a gyermeknek. Ilyen esetben a szülőnek meg kell keresnie az egészségügyben dolgozó gyógytornászt, és gyermekét el kell kísérnie a foglalkozásokra, hogy a szülő is megtanulja gyermekével együtt a gyermek testére szabott gyógytornát. A gyermeknek ezt a gyógytornát ugyanis otthon naponta kell végeznie, s ebben a szülő segítheti a gyermeket. – Általában a gerincbeteg gyermeknek is sok mozgásra van szüksége, tehát őt se vonjuk ki a testnevelés alól, vegyen azon is részt (sőt, ha van gyógytestnevelés, azon is) – hacsak az ortopéd orvos valamilyen okból másképpen nem javasolja. Figyelem: a gyógytestnevelés nem azonos a gyógytornával. A gyógytestnevelést a pedagógiai végzettségű gyógytestnevelő tartja, s a gyógytestnevelő képzése nem ad képesítést és jogosultságot a különböző betegségek gyógyítását szolgáló gyógytorna végzésére. A gyógytornászt az egészségügyi főiskolai karokon képzik, egészségügyi felsőfokú végzettsége van, s az egészségügyben a gyógyítás fontos szereplője: ő „szolgáltatja” ki a gyógytornát és más fizioterápiás kezeléseket,

ha azt a szakorvos a beteg részére elrendeli. Az orvos megadja a beteg diagnózisát és azt, hogy gyógytornát kell kapnia, s innentől a gyógytornász önállóan állítja fel a gyógytorna- ill. fizioterápiás tervet, melyet a beteggel önállóan végig is visz. A gyógytornát a betegnek mindig meg kell tanulnia és otthon naponta végeznie, másképp nem hatékony. Annyi gyógytornász pedig, hogy minden beteg mellé naponta jusson, soha a világon nem lesz (a tablettát sem adja be minden nap az orvos vagy a nővér, azt is a betegnek kell önállóan megtennie otthon).

A testnevelésben rendszeresen végzendő speciális tartásjavító tornát jól egészíti ki, ha kisiskolás korban elmagyarázzuk a gyermekeknek, mi jó és mi rossz a gerincnek, a csigolyák között lakó „Porci Bercik”-nek. Ha a gyermek szépen ül, vagy szépen emeli a leesett tárgyat a földről, akkor a csigolyái között lakó Porci Bercik jókedvűen játszanak, jókedvükben nevetgélnek („ha csöndben vagy, Te is hallhatod!”). Ha viszont a gyermek csúnyán ül, vagy rosszul emel, akkor szegény Porci Bercik rosszul érzik magukat, nyomják őket a csigolyák, és szegények sírnak. – Erről szól a kisiskolások részére készített oktató program, ún. Gerinciskola: „Porci Berci barátokat keres”. Erről bővebben lehet tájékozódni a www.zalaszam.hu/pb honlapon. Az oktató program 6 elméleti foglalkozásból áll, melyen a gerinc biomechanikáját a kisgyermek számára érthető módon tanítják meg. Ebben a fogékony korban bevésődhet ez a tudás, s a gyermek egy életre megtanulja a helyes ülés és emelés technikáját. Fontos, hogy az oktató program nem helyettesítheti, csak kiegészíti azt a speciális tartásjavító tornát, melyet a testnevelésben minden gyermekkel végezni szükséges.

A gyermekek gerincének védelme érdekében a mindennapi testnevelésen s a testnevelésben rendszeresen végzett speciális tartásjavító tornán kívül még arra is szükség van, hogy az iskolatáska súlya ne haladja meg a gyermek testsúlyának 10 %-át, valamint arra, hogy az iskolai ülőbútorok a gyermekek változó méreteinek és a gerinc biomechanikailag helyes terhelésének feleljenek meg (ld. www.gerinces.hu).

Felsőoktatás

A felsőoktatásban résztvevő hallgatók majdan döntéshozók lesznek saját szakmai munkájukban és családi életükben is. Ezért lényeges, hogy a felsőoktatásban tapasztalatot szerezzenek a testmozgás jótékony hatásáról. Ezt úgy érhetjük el, ha a felsőoktatásban pl. a diploma megszerzésének feltételévé válik a testnevelésben ill. sportban történő részvétel 4 féléven át.

A hallgatók saját választására sajnos nem bízhatjuk azt, hogy fognak-e maguktól mozogni eleget, hiszen eddigi iskolás életükben épp az ellenkezőjére neveltük őket, s a környező világ is éppen a mozgásszegénységre sarkall.

Testmozgás és az egészséges munkahely

Ma a civilizált világban egyre ismertebb a munkáltatók számára, hogy a dolgozó jó egészségi állapota nekik is érdekük, hiszen eredményesebben dolgozik. Ezért a tudatos munkáltatók törekszenek arra, hogy dolgozóik részére munkahelyi egészségfejlesztő programot alkalmazzanak. Ennek elengedhetetlen része, hogy a dolgozók rendszeres testmozgását támogassák. Vannak olyan munkáltatók, amelyek uszodajegy, **fitness-belépő árát támogatják**, mások a munkahelyen gyógytornát vagy jógát szerveznek. Ismert, hogy a japán munkáltatók naponta többször tartanak rövid tornaszünetet (ez különösen számítógép előtt ülőknek nagyon fontos!).

Testmozgás és a települési egészségterv

A települési önkormányzatok feladata az egészségügyi alapellátás és az alapfokú közoktatás biztosítása. Sajnos, az önkormányzati törvény szerint nem feladatuk az, hogy az ott lakók egészségét fejlesszék. Mégis, az önkormányzatok ezt önszántukból megtehetik, sőt erre buzdítja őket számos pályázat.

Ha az önkormányzat törődni kíván lakosainak egészségfejlesztésével, akkor legjobb, ha települési egészségfejlesztési tervet készít. Ennek feltétlenül része kell legyen az, hogy a gyermekek a közoktatásban minden nap, a felnőttek a szabadidejükben rendszeresen mozogjanak, sportoljanak. A közoktatásban megvalósítandó mindennapi testmozgásról a fentiekben volt szó.

A felnőttek szabadidős sportjához szükség van alkalmas helyszínre, szakemberre, aki a mozgásprogramot irányítja, és valami olyan ötletre, ami az embereket a részvételre serkenti. Ilyen serkentő tényező lehet pl. ha egy civil szervezet megszervezi a mozgásprogram helyszínét, szakemberét, és forrást szerez a részvételi díj támogatásához (pl. a tornaterem bérletét, a szakember díját az önkormányzat kifizeti, vagy a civil szervezet pályázaton nyert összegből maga fizeti).

A mozgásprogramot színesítheti közös kulturális program (pl. kirándulás, testvértelepülési kapcsolattartás, múzeumlátogatás), valamint a mozgásprogramot követő egyszerű, de egészséges táplálkozást bemutató uzsonna. Ehhez hasonlóan támogatták Finnországban az észak-karéliai programban is az emberek részvételét (ott pl. még nyelvtanulási kedvezményrel is társították a sportprogram részvételének támogatását).

Az egészségfejlesztéshez kellően hatékony testmozgás ismérvei felnőttek esetében

A tudomány különbözőképpen fogalmazza ugyan meg, hogy milyen is legyen az egészség szempontjából hatékony testmozgás, azonban ezeket a tudományos megfogalmazásokat végül úgy kell „lefordítanunk” a köznyelvre, hogy azt maguk az érintettek, azaz a tudományhoz nem értő felnőttek is jól megértsék. Ha így lefordítva, közérthetően akarjuk megmondani, hogy milyen is legyen az egészség szempontjából hatékony testmozgás, akkor azt kell mondanunk: minden felnőttnek arra kell törekednie, hogy a **hétnek lehetőleg minden napján végezzen legalább fél-1 óra időtartamban mérsékelt intenzitású testmozgást**, amitől izzadjunk meg, piruljunk ki, lihegjünk. Ez jelzi, hogy a keringési és légzőrendszer megkapta a kellő terhelést. Ideális mozgásfajta a **gyors tempójú séta**, de ne felejtsük meg a lépcsőzésről sem a lift használata helyett.

Mivel a felnőttek között rendkívül elterjedtek a gerinc és a különböző ízületek mozgásszegénység okozta eltérései, betegségei, ezért a szakemberek által vezetett testmozgás-programokban a gerinc- és ízületvédelem szabályait is be kell tartani. A gerinc porckopásos betegségei szempontjából ideális az **úszás**, pl. heti 2x20 perc. Az úszás azonban nem véd meg a csontok mészhiányától, az osteoporosistól, annak megelőzésére gravitáció ellenében végzett testmozgásra van szükség! (A gerinc- és ízületvédelem lényege, hogy a különböző **izomerősítések és nyújtások** az ágyéki gerinc és a medence stabil középhelyzetében történnek, s a teherviselő ízületekre nem hárítunk fölösleges többletterhelést, a terhelést pedig olyan ízületi helyzetekben adjuk, melyek az ízületek anatómiai helyzetét, tengelyét figyelembe veszik.)

Irodalom

1. A Közoktatási Modernizációs Közalapítvány (KOMA) XXXVII. pályázatáról szóló kiadvány: „Egy pályázat utóélete. 'Az iskolás gyermekek jobb egészsége érdekében a mindennapos egészségfejlesztő testmozgás megvalósításának támogatására'. Budapest, 2002. KOMA XXXVII.” (l. www.koma.hu)
2. A Közoktatási Modernizációs Közalapítvány (KOMA) L. pályázatáról szóló kiadvány: „Egy pályázat utóélete. 'Az iskolás gyermekek jobb egészsége érdekében a mindennapos egészségfejlesztő testmozgás megvalósításának támogatására'. Budapest, 2003. KOMA L.” (l. www.koma.hu)
3. Aszmann A. (szerk.): *Iskolaegészségügy. Az iskolaegészségügy kézikönyve*. Budapest, 1998. Anonymus, (VII. fejezet: Testnevelés.)
4. Somhegyi A, Varga P. P.: *Fizikai aktivitás: több jelentős népbetegség kockázatának hatékony csökkentése*. Egészségnevelés (2001) 42, 278-281.
5. Somhegyi A, Varga P. P.: *A gerincbetegségek megelőzésének szükségessége*. Egészségnevelés (2002) 43, 28-32.
6. Tóth Klára, Tóthné Steinhausz Viktória: Porci Berci barátokat keres. Oktató program („gerinciskola”) kisiskolásoknak. www.zalaszam.hu/pb

Feladat

1. Mutassa be egy iskolai közösség életén keresztül, hogy az egyoldalú, teljesítményközpontú oktatás-nevelés hogyan nehezíti a gyermekek együttműködő-képességét!
2. Mutassa be egy lakótelepi közösség életén keresztül, hogy a „rohanó” életmód hogyan nehezíti a lakóközösségben élők egymásra figyelését, egymással törődését, együttműködését!
3. Mutassa be egy család életén keresztül, hogy a TV-nézés hogyan nehezíti a családtagok közötti együttműködő, egymásra figyelő kapcsolatok kialakulását, fennmaradását!
4. Mutassa be, hogyan befolyásolja az önálló véleményformálást egy TV-csatorna műsorfolyama!
5. Mutassa be, hogyan nehezíti az egymásra figyelő, együttműködő emberi kapcsolatokat egy TV-csatorna műsorfolyama!
6. Mutassa be, milyen stressz-kezelési technikákat tapasztalt már meg!
7. Mutassa be, hogyan befolyásolja a táplálkozási szokásokat a TV-csatornákon látható reklámok özöne!
8. Keressen fel olyan iskolát, ahol a mindennapi testmozgást minden tanuló részvételével megoldják. Elemezze az idő és helyszín problémájának megoldási módszerét. Mutassa be, hogyan nyerte meg az iskola a tanulók és szülők együttműködését. Mutassa be, hogy teljesülnek-e az egészségfejlesztési szempontok, köztük a gerinc szempontjából szükséges tennivalók!
9. Mutasson be egy működő települési egészségfejlesztési programot!
10. Mutasson be egy működő munkahelyi egészségfejlesztési programot!

4.4. A BIZTONSÁG – BALESETEK, ELSŐSEGÉLYNYÚJTÁS, BALESETVÉDELEM

Prof. Dr. Simon Tamás

Bevezetés

Gyermek- és ifjúkorban a legtöbb egészségveszteség a balesetek miatt jön létre, márpedig nincs értelmetlenebb halál és nyomorékság a baleset által okozottnál. A gyermekek és ifjak veszélyérzete még nem alakult ki. Emellett néha tudatosan keresik a veszélyt, próbálják vakmerően kockáztatni életüket. Különösen veszélyeztetettek a fiúk, ők négy-öttször gyakrabban szenvednek balesetet, mint a lányok, és a baleset során ugyanennyivel gyakrabban alakul ki nálunk végleges egészségkárosodás, vagy lép fel a baleset miatt elhalálozás.

Nagyon felelősségteljes feladat az iskolában a balesetek megelőzése, a létrejött baleset kapcsán a megfelelő intézkedések megtétele, és a balesetet szenvedett elsősegélyben részesítése. Ezek olyan feladatok, amit mindenkinek, aki iskolában dolgozik, nemcsak az ismeret, hanem a jártasság szintjén is el kell sajátítani. Nem elég, ha csak a pedagógusok tudják, hogy miként kell elkerülni, megelőzni, és ellátni a balesetet, illetve a balesetet elszenvedett gyermeket. Minden iskolásnak szüksége van megfelelő ismeretekre arról, hogy hogyan lehet elkerülni a baleseteket, és mit lehet tenni, hogy ezek az ismeretek a gyakorlatban is hasznosuljanak.

Az ismereteken kívül, amit a balesetek veszélyéről át kell adni a gyermekeknek, tudatos attitűdformálásra is szükség van. A tudatos attitűdformálás arra kell, hogy irányuljon, hogy a gyerek, vagy ifjú megértse egészsége, testi épsége értékét, és utasítson vissza minden kísértést, ami akár a kíváncsiság kielégítésére, vagy a felesleges kockázat vállalására készítené. Nagyon nehéz a már jelzett életkori sajátosságok helyes mederbe terelése.

A gyermekek baleseteit igen sokszor a **nem megfelelő környezet**, sportszer, hibás lépcső, kátyú stb. is okozhatja. Jelentős iskolavezetési felelősség ezért a balesetmegelőző környezet kialakítása és fenntartása. Ez nemcsak a sportszerek biztonságára és az építészeti megoldások figyelembevételére szólít fel. Figyelmet kell fordítani az érintésvédelemre is.

Balesetmegelőző jelentősége van az **iskolai tömegrendezvények** fegyelmezett lebonyolításának, mivel a „csordaszellem” sokszor az egyénenként fegyelmezett és szabálykövető gyermekből is kezelhetetlen gézengúzt csinál. Nem könnyű feladat fegyelmezni, de erre szükség van. Kiemelten balesetveszélyes hely a tornaterem és az iskola udvara, balesetveszélyes foglalkozás a **testnevelési óra**, vagy különböző **technikai eszközökkel való ismerkedések tanórái**.

Az **iskolai kirándulások** ugyancsak fokozottabb figyelmet érdemelnek, mert a szülői kontroll alóli felszabadulás, a megszokott iskolai környezettől való eltávolodás könnyebben eredményezhet lazaságra, kockázatvállalásra, kivagyiságra serkentő hatásokat.

A fő tanács a pedagógusnak: mindig gondoljon arra, hogy egészséges gyermeket küldtek az iskolába, a testnevelési órára, az iskolai kirándulásra, és ugyancsak egészséges gyermeket kívánnak visszakapni a szülők. Ezért a **folyamatos figyelés, ellenőrzés a leghatékonyabb baleset megelőzés.**

Elsősegélynyújtás

Ha már megtörtént a baj, mi a teendő? Elsősorban azt kell tisztázni, hogy kialakult-e életveszély? És ha az kialakult, akkor azt el kell háritani. Nagyon sok múlik az ellátásra vállalkozó lélekjelenlétén. Ha az életveszélynek valamilyen technikai probléma az oka, akkor áramtalanítani kell, ha valakire valami ráesett, azt meg kell próbálni eltávolítani.

El kell dönteni azt is, hogy a sérült él-e, nem szorul-e azonnali újraélesztésre. Ha nem lélegzik, ha a nyaki ütőerén a pulzus nem tapintható, szívverése a mellkasra helyezett füllel nem hallható, akkor azonnal meg kell próbálni újraéleszteni a sérültet.

Az újraélesztés lépcsői (ABC-je):

Átjárható légutakba → nyelv előhúzás, szájból-szájba mesterséges lélegeztetés

Befűjni a levegőt ←

Cirkulációt fenntartani → zárt mellkasi szívmasszás

(részleteket lásd a releváns elsősegélynyújtást ismertető kiadványokban!)

4.4.1. Ábra: Az újjaélesztés ABC-je

Ha eszméletlen a sérült, akkor az oldalára kell fektetni, nyelvét előhúzni, ha sápadtnak látjuk, akkor lábait fel kell polcolni, ha vérzik, a vérzést csillapítani kell.

Három típusú vérzést ismerünk: az **ütőeres vérzés** élénkpiros és lüktetve távozik a vér; a **vivőeres vérzésnél** a vér színe szederjes vörös és bugyog, a **kapilláris vérzés** az piros színű és szivárog. Az ütőeres vérzést vagy közvetlen érlenomással, vagy szorítókötéssel lehet csillapítani, a vivőeres vérzést nyomókötéssel, a kapilláris vérzést fedőkötéssel láthatjuk el.

A sérülések során gyakran keletkezik **csonttörés**, vagy **izületi ficam**. Ezek felismerésére a legjobb elkülönítő szlogen: „a törés ott mozog, ahol nem kell, a ficam ott nem mozog, ahol kell.” Mind a két esetben **sínezni kell** a sérült végtagot. A sínezés azt jelenti, hogy a sérült végtagot valamilyen szilárd tárgyhoz – vonalzó, faág, stb. – kötözzük. Ha a törésnél a törési

csontk átűrja a bőrt, akkor **nyílt törést** észlelünk. A nyílt törést úgy kell sínezni, hogy ne húzzuk vissza a csontot a sebbe.

Ha valaki magasból esett le, akkor gondolni kell a **gerinctörés lehetőségére**, az ilyen sérültet lehetőleg ne mozgassuk, mert a gerincoszlopot alkotó csigolyák tört csontjai súlyos gerincvelő károsodást okozhatnak, és akkor a sérült megbénul.

A sérültek ellátását segíti a minden iskolában megtalálható elsősegélynyújtó doboz, amibe kötszerek, vérzéscsillapító jód, olló, rögzítéshez szükséges sínek, és háromszögletű vászonkendő található. Igen fontos tartozéka az elsősegélynyújtó doboznak a gumikesztyű. Vérző sérültet tanácsos gumikesztyűvel ellátni, mivel nem tudjuk, hogy a vérző esetleg milyen vírust hordoz magában. Az elsősegélynyújtó doboznak jól hozzáférhető helyen kell lenni, és gondoskodni kell használat után a feltöltéséről.

Amennyiben a helyzet súlyos, (eszméletlen sérült, törésre utaló jelek, több sérült egyidejűleg stb.), akkor célszerű hívni a mentőszolgálatot.

A mentőszolgálat telefonszáma országosan: 104. Mindig tájékoztatni kell telefonon az ügyeletest, hogy hol, mi történt, hány sérült van, milyen típusú sérültekre számíthatnak, és hogy ki hívja őket. A mentőszolgálat ügyeletes tanácsokat adhat a további teendőkre.

A baleset következtében előállott helyzetet az elsősegélynyújtás után dokumentálni kell, világosan le kell írni, hogy mi történt, meg kell próbálni kideríteni, hogy miért történt az esemény, és hogy mik a tanulságok a továbbiakra.

Célszerű, ha az egészségfejlesztési tervben az iskola összes dolgozójának és tanulójának elsősegély-tanfolyamot hirdetnek a helyi Vöröskereszt szervezet segítségével.

Irodalom

Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2002. Budapest, 2003. 2.16. 25; KSH
Hoffer Gábor In.: *Népegészségügyi jelentés 2004.* Morbiditás. 4.-36. Eü.Min.2004.
Road traffic injuries. In.: *The World Health Report.* Geneve, 2002. 72. WHO.

Feladat

1. Szervezzen a Vöröskereszttel kooperálva tanulói számára egy elsősegély tanfolyamot!
2. A felkészített tanulók számára rendezzen elsősegélynyújtó versenyt!

5. FEJEZET

CSALÁD, TÁRSAS KAPCSOLATOK, TÁRSADALOM, NŐI ÉS FÉRFI SZEREPEK, SZEXUALITÁS

5. CSALÁD, TÁRSAS KAPCSOLATOK, TÁRSADALOM, NŐI ÉS FÉRFI SZEREPEK, SZEXUALITÁS

A FEJEZET CÉLJA

A fejezet keretében a hallgatók:

1. Megismerik az emberi szexualitás sajátos, a reprodukción túli funkcióját, a nemi szerepek kialakulásának jellegzetességeit, a nemi szerepekhez tartozó normák kulturális meghatározottságát.
2. Tudni fogják a család funkcióit, konfliktusait.
3. Tudatában lesznek a gyermekvállalás felelősségének.
4. Tisztában lesznek azzal, hogy miért nőtt a szexuális úton terjedő betegségek száma világszerte. Megismerik ezen betegségek terjedésének mechanizmusát. Világossá válik számukra, hogy ezen fertőző betegségek megelőzésében a pedagógusok szerepe meghatározó lehet.

A FEJEZET TÉMAKÖREI

- | | | |
|------|--|---|
| 5.1. | Az emberi szexualitás sajátossága. A férfi és női szerepek kulturális meghatározottsága | Dr. Bugán Antal |
| 5.2. | A család szerepe, konfliktusai, válás | Dr. Bugán Antal |
| 5.3. | Minden gyerek várt gyerek legyen (családtervezés, szexuális úton terjedő betegségek és megelőzésük) | Dr. Barabás Katalin és Prof. Dr. Simon Tamás |

5.1. AZ EMBERI SZEXUALITÁS SAJÁTOSSÁGA. A FÉRFI ÉS NŐI SZEREPEK KULTURÁLIS MEGHATÁROZOTTSÁGA

Dr. Bugán Antal

Bevezetés

Az élővilágban két alapvető viselkedési cél és hozzátartozó viselkedésforma különíthető el: az egyéni lét megőrzése (megfelelő környezethez való alkalmazkodás, adaptáció), önfenntartás és a fajfenntartás (a faj fenntartására és szaporodására való törekvés). Az **alkalmazkodó, fajfenntartó és általában a viselkedés alakulásában két tényező játszik szerepet — a genetikai meghatározottság és a tanulás.**

Az emberi szexuális viselkedés megértéséhez látnunk kell - a biológiai folyamatokon túl - hogyan tanuljuk meg **nemi szerepeinket**, a hozzátartozó viselkedést, s annak a fajfenntartó viselkedésen túli, az ember társas alkalmazkodásában meghatározó szerepét, amely messze túlmutat a biológiai funkción és az állati szexualitás szerepén.

Az emberi és állati szexuális viselkedés különbségei:

1. Az állatok szexuális viselkedése, az utódok nemzése meghatározott periódusokhoz (évszakhoz) kötött. Ennek ideje, környezeti kiváltó okai rendkívül változatosak. Az ember szexuálisan gyakorlatilag mindig ingerelhető, szexuális viselkedése nem csak utódok nemzésekor nyilvánul meg. Lényegesen gyakrabban él szexuális életet, mint az utódok nemzése szempontjából szükséges lenne. **A szexualitás az emberi örömszerzés, érzelmek kifejezésének, a párkapcsolatok fenntartásának bonyolult, biológiai – érzelmi - kapcsolati (-kommunikációs) viselkedésformájává is vált. Meghatározó a személyes és kapcsolati lelki egyensúly (családi kapcsolati egyensúly) fenntartásában.**
2. Az állatok szexuális közeledését — a párzási időszakban — ún. szexuális "kulcsingerek" váltják ki. Ezek a kulcsingerek jelzik a másik nemnek, hogy "párzásra" készen állnak. Például sajátos tolldíszű öltönek a madarak, vagy a hím tuskés pikó hal hasán egy vörös pont jelenik meg, stb. Ezek a kulcsingerek nem csak a párzások viselkedést váltják ki, hanem a hozzátartozó territórium (élőhely) védelmét, a hímekek viselkedését, stb. Az emberi szexuális viselkedésének nincsenek ilyen fajra jellemző ("fajspecifikus") kiváltó ingerei. **A közeledésben természetesen vannak szabályszerűségek, de ezt a kulturális szokások, szabályok határozzák meg, az egyéni és egyedüli kommunikációs folyamatok.**
3. Az állatok szexuális viselkedése fajra jellemző "meghatározott" viselkedés-egységekből (viselkedés szekvenciák) épülnek fel. Az adott faj bármely egyedét

megfigyelve viselkedésegységekben, lefolyásban, időben ugyanazon magatartásformák jelennek meg. Ezzel szemben **az emberi szexualításban, a szexuális magatartásban rendkívül nagy a változatosság** (érintések, testhelyzet, testrészek részvétele, időbeli lefolyás, gyakoriság stb.). Ez is utal **az emberi szexuális viselkedés biológiai funkcióján túli, örömszerző, érzelmi, társas meghatározottságára, szerepére.**

4. Az állatok a nemi érettségük után közvetlenül szexuális kapcsolatot létesítenek, utódokat hoznak létre. Az ember a biológiai érettség (serdülőkor) után — biológiai szempontból — alkalmas lenne utódok létrehozására. Ugyanakkor a biológiai nemi érettség után viszonylag hosszú idő, évek telnek el, míg képes lesz magatartásszinten is a másik nemmel szexuális kapcsolatba kerülni. **Meg kell tanulnia azokat a magatartásformákat, amelyekkel közelíteni, megismerkedni, kapcsolatot megvalósítani tud társadalmi (közösségi) körülmények között. Ez egy hosszú tanulási, érési folyamat, amelyet pszichoszexuális fejlődésnek, érésnek nevezünk. Ez az a lelki - tanulási folyamat, amely születésünk pillanatától indul el, s teljesedik ki a felnőtt, érett, egyéni boldogságot megvalósító párkapcsolatban.**
5. Az állatvilágban természetes életkörülmények között nem találunk rendellenes szexuális viselkedést (szexuális aberrációkat, zavarokat). A biológiailag ép (egészséges) embereknél viszont számos **szexuális viselkedésbeli zavart, eltérést, sajátos viselkedésformát tapasztalhatunk. Ezek jelentős részének gyógyítása pszichoterápiás úton lehetséges. A pszichoterápia egy tanulási folyamatot foglal magába. Ez is bizonyítja, hogy az ember szexuális magatartásának alakulásában döntő a tanulási folyamat, a pszichoszexuális fejlődés, annak lelkileg egészséges iránya.**

A pszichoszexuális fejlődés

Az emberi viszonyulásainkat alapvetően meghatározza az, hogy férfiak vagy nők vagyunk. Valamennyi kultúra megkülönbözteti a női és férfi viselkedésformákat külsőségekben (pl. öltözködés, hajviselet stb.) és a viselkedés egyéb jellemzőiben, tartalmában is. A férfiak és a nők iránti elvárások koronként és társadalmanként is különbözőképpen alakultak és alakulnak. Akár száz évvel ezelőtt is más elvárások voltak egy nő öltözködésével és viselkedésével kapcsolatban, mint ma, vagy más elvárások a férfias "lovagiasság" szabályaiban. **A nemi szerepek olyan viselkedési szabályok együttesét jelentik, olyan normakomplexumok, amelyek egy adott korban és kultúrában meghatározzák az elvárt viselkedésformákat a nőktől és a férfiaktól egyaránt. Ezeket a szabályokat, normákat felnövekvésünk során tanuljuk meg.**

Gondoljunk arra, hogy milyen fontos számunkra az, hogy egy találkozáskor azonos nemű vagy különböző nemű emberrel vesszük fel a kapcsolatot. Képzeljük el, hogy egy ismerősünkkel találkozva ő kocsiban tolja kisbabáját. Rátéekintve a csecsemőre mi az első kérdésünk? Fiú vagy kislány? Ha fiúról van szó, más hangnemben dicsérezzük a babát: "Ez igen, ez aztán férfi." Ha kislány, feltétlenül a kedvességére, bájosságára utalunk. Nyilvánvaló, hogy már a csecsemő körül kialakuló érzelmi kontextus, az abból következő ingerek mások lesznek, a csecsemő irányába is.

A **csecsemőt** ért korai hatások természetesen a kezdeti tapasztalatszerzések lesznek, ha nem is tudjuk úgy kimutatni a kritikus periódus hatását, mint azt korábbiakban a genetikai és tanult viselkedésformák összekapcsolódásánál mutattuk be. Az újszülöttet már kezdettől fogva a nemi szerepek szerint megkülönböztetjük, pl.: más színű szalaggal jelölik a szülészetén a kislány és a kisfiú csecsemőket, később más színű ruhákba öltöztetik, és számos más apró jellel különböztetik meg a gondozás, játék és kommunikáció folyamatában.

Ez a korai meghatározottság vezet oda, hogy egy **2-3 éves gyerek** — akinek a nemiségről még nincs kialakult fogalma — már tudatában van annak, hogy ő kisfiú vagy kislány. Szigorúan kikéri magának, ha véletlenül vagy játékos provokáció kapcsán ellentétes nemüként szólítják meg. A **nemi azonosság**, a **nemi identitás** kialakulásában döntő, hogy 2-3 éves korig egyértelműek legyenek a környezet jelzései, viszonyulása a gyermek neméhez. Ennek bizonytalansága kisebb vagy nagyobb zavarokhoz vezethet a **nemi azonosságtudat** és magatartás későbbi alakulásában.

Az **óvodáskori** játékok során az óvodások szerepjátékában előtérbe kerülnek — a többféle szerep életkornak megfelelő elsajátítása során — a nemi szerepekhez fűződő játékok, pl.: papás-mamás, anya-gyerek, apa-gyerek stb. A kisiskoláskorban a gyerekek határozott nemi identitással alkotnak iskolai és baráti közösségeket. A nemek között nincsenek különösebb feszültségek, a fiúk és a lányok játék és tanulási tevékenységben együttműködnek.

A **pubertás** megkezdésével és annak folyamatával egyre inkább elkülönülnek egymástól. (Ennek egyik tipikus példaként emlegetik a "majomsziget"-et, amikor valamilyen társas rendezvényen az egyik sarokba a fiúk, a másik sarokba a lányok húzódnak el, és nehezen vehetők rá pl.: a közös táncra vagy egyéb játékokra. Ennek a jelenségnek az oka, hogy a belső hormonális változások következményeként a nemi hormonok megjelenésével a nemi izgalom, a vágy új tartalmat kap (korábbi időszakban is ingerelhetőek a nemi szervek) és ekkor az ellenkező nemű társ már nemcsak tanuló vagy játszótárs szerepében jelenik meg, hanem a nemi vágy kielégítésének potenciális tárgyaként is. Mint korábban jeleztük — **biológiailag már alkalmasak lennének a szexuális viselkedésre, de nincsenek birtokában annak a viselkedésformának, amelyet a kultúra előír**, hogy hogyan lehet kapcsolatot felvenni a másik neművel. A nemek közötti kapcsolat szabályainak megtanulása apróbb lépésekből tevődik össze.

Gondoljunk csak meg saját életünkben, hogyan szerveztük meg első randevúkat és milyen feszültségekkel, szorongásokkal mentünk el, ha az sikerült. A serdülők gyakran fantáziálnak a szerelmi kapcsolatokról. Az önkielégítés során elképzelik magukat szerelmi, szexuális helyzetekben. Tükör előtt sokat foglalkoznak a külsejükkel, esetleg elgyakorolják az első randevúra szánt szövegüket is. Ebben a fantáziálásban és viselkedésben markánsan kiemelkednek pl.: a fiúknál a férfias vonások (elképzelik magukat szerelmük hősies megmentőjeként, fitogtatják erejüket, szexuális kalandokról számolnak be barátaiknak — bár mindegyik tudja, hogy a történetnek fele sem igaz, "de jó róla beszélni"). Mindezek a nemi szerep tanulásának a folyamatához tartoznak, s milyen messze vagyunk még egy valós szexuális kapcsolat kialakulásától!

Folytatva a példánkat az első sikeres randevúról — tételezzük fel, hogy a két serdülő moziba ül be. Ez egy jó hely, mert nem kell beszélni egymással, de mégis együtt vannak. Fölteszik a szék karfájára a kezüket, mintha csak véletlenül érne össze a karjuk. A fokozott izgalmi helyzetben a fiú rászánja magát és megfogja a kislány kezét. Ekkor a kislány van nagy dilemmában, hogy viszonzza-e a fiú kézszorítását vagy csak úgy tegyen, mintha mi sem történt volna. Ezután következik a következő egyezség, hogy a karfán, a lány ölében vagy a fiú ölében nyugodjon a kezük. Folytathatnánk az egyezségek sorozatát, az egymás átkarolásával az első csókig, az ún.

pettingekig, amely viselkedésformában tanulják egymás testét, és azokat a módozatokat, ami megengedhető egymás között. Mindezt fokozott érzelmek és a kapcsolatból adódó emberi kommunikációs tartalmak szövik át.

A találkozások mindig egyediek, de mindig tartalmazzák az adott kultúrára vonatkozó szabály- és normarendszereket is. Ebben a kezdeti időszakban a szerelmes ifjú nem is vágyik rögtön a biológiai szintű szexuális kapcsolatra. Az ismerkedés folyamata számos személyes szintű élménnyel, kulturális tartalommal töltődik fel (együttes élményeik vannak sportban, szabadidőtöltésben, kultúrában, közösségi szerepekben stb.).

A szerelmi kapcsolat alakulásában így tudatos és tudattalan szinten emberi kapcsolati élmények szerveződnek, kötik érzelmileg egyre szorosabban a párt. **A létrejövő szexuális aktusban a testi örömszerzés, gyengédség és a biológiai kielégülés, érzelmi-biológiai szinten erősíti meg a korábbi kapcsolati élményekből, tapasztalatokból is szerveződő vágyakat.** Amennyiben ezek nem előznék (előzik) meg, a szexuális élmény a biológiai szintre redukálódik, s kevésbé válik kielégítővé. Ez egy fokozott keresést eredményezhet, újabb és újabb szexuális próbálkozásokat, hiszen az emberi szexualitás csak akkor töltheti be szerepét, ha annak tartalma két ember szövetségét erősíti, azt az érzelmi biztonságot, amely lehetővé teszi később a gyermek vállalását, a gyermeknek a szülők közötti érzelmi biztonságát, egyensúlyát.

Az ember a fajfenntartó funkcióját a családi formációban valósítja meg. A családi életmód szabályai, normái kultúránként rendkívül változatosak, de **valamennyi társadalomnak az alapját a családi szerkezet képezi.** A család reprodukív funkciójában ki kell emelni annak érzelmi, összetartó szerepét, amely kialakítja az emberben a társadalmi beilleszkedéshez szükséges érzelmi alapokat. Ennek lényege a két ember között létrejövő érzelmi kapcsolat és megértés, az az érzelmi bázis, amelyen keresztül befogadjuk a kultúra szabályrendszerét.

Az emberi utód az emlősök világában koraszülöttnek tekinthető. **Nincs még egy olyan utód, amely az ember gyermekéhez hasonló gondoskodást kívánna.** Az újszülött csak néhány feltétlen reflexszel rendelkezik, anyai gondoskodás nélkül életképtelen lenne. A csecsemő számára az anya jelenti a biológiai biztonságot. Ez a biológiai biztonság egyre inkább egy emberi kapcsolati biztonságot is kialakít, hiszen a felnövekvő gyermek az anya környezetében biztonságban érzi magát, és nemcsak a gondoskodást fogadja el, hanem az anya által közvetített szabályokat is a helyes viselkedésre vonatkozóan.

Hiszen a biológiai biztonságból kiindulva megtanulta azt, hogy az, ami az anyától jön (táplálás, meleg, ringatás stb. öröme) az életben maradáshoz biztosítja a szükségletek kielégítésével. Maga a szükséglet kielégítése és annak módja egyben örömszerzés is. Az anya a biológiai igények kielégítése során elvárásokat is közvetít a gyermek felé, melyek összekapcsolódnak az érzelmi élményekben. Így a gyermek megtanulja, hogy ami az "anyától jön" az elfogadható, követhető, hiszen biztonságot, örömet okoz. Így jön létre az ember azon érzelmi meghatározottsága, amely alapját képezi később a más emberekhez való alkalmazkodási formák kialakulásának.

A gyermek érzelmi kapcsolata a fejlődés során áttevődik az apára, más családtagokra és ebben a viszonyrendszerben sajátítja el a későbbi társadalmi alkalmazkodás érzelmi és szabályrendszerbeli alapjait. Ez a folyamat a serdülőkorig tart, amikor a serdülő igyekszik elszakadni származási családjától.

A serdülőkor életkori krízise a családról való folyamatos leválás, azért, hogy saját egyéniségét, majd önálló életvezetését ki tudja alakítani. A szerelem viharos élménye felgyorsítja, érzelmileg megalapozza a párválasztást. A házasságkötés létrehozza az új család alapításának társadalmi kereteit, amelyben a szerelmi kapcsolat megalapozza érzelmileg az utód vállalásának igényét és szándékát. A származási családból való kiszakadásunk után érzelmi biztonságunk elsődleges meghatározója a párkapcsolat, saját családunk lesz. Ebben az összetett folyamatban valósul meg az ember fajfenntartó, reprodukáló funkciója, s ez a családi keret adja a társadalmi viselkedésünk alapjait, a család pedig a társadalom alapegységét.

Irodalom

Buda B.: *A szexualitás modern elmélete*. Budapest, 1983. Tankönyvkiadó
Csányi V.: *Az emberi természet*. Budapest, 1999. Vince Kiadó

Feladat

1. Tervezzen programot felső tagozatos tanulóknak a párkapcsolat és a szexuális viselkedés emberi - kapcsolati jelenségköréből!
2. Tervezzen játékokat a férfi és női szerepek kultúra-specifikus jellegzetességeinek bemutatásához!

5.2. A CSALÁD SZEREPE, KONFLIKTUSAI, VÁLÁS

Dr. Bugán Antal

Bevezetés

A család a legfontosabb és legközvetlenebb csoportunk. Ebbe születünk bele, ez véd, táplál minket és tanít meg a társas életre. Itt sajátítjuk el a nyelvet és a szociális képességeket. Ezen funkciók nagy részét már átvette a társadalom, mivel eltűntek a nagycsaládok, és helyüket csonka, ún. nukleáris családok veszik át.

Két-három generációval korábban még a családokban több generáció élt – gyerekek, szülők, nagyszülők. Míg korábban a családokon belül sajátították el a legfontosabb ismereteket – „apáról fiúra szállt” a mesterségbeli tudás. Ma egyre inkább differenciálódó nevelési- és iskolarendszerek gondoskodnak azokról az ismeretekről, amelyekkel képesek leszünk beilleszkedni a társadalomba. Egyre hosszabb időt töltünk el ezekben az intézményekben, az óvodától az egyetemig. Eközben látjuk a családi funkciók redukcióit, kevés a többgenerációs család, a többgyermekes család, sajátos módon egyre több a csonka család, a gyermekét egyedül nevelő (vagy már egyedül vállaló – „szingli”) szülő.

A családi funkció viszont szükséges ahhoz, hogy a személyiség kialakítsa azon érzelmi-kötődési alapjait, amely lehetővé teszi a kultúrába való beilleszkedést. Csányi Vilmos etológus ezt úgy fogalmazza meg, hogy **a család a kötődés egy speciális formája, mely egy férfi és egy nő kapcsolatán alapul, és melyet minden kultúrában elismernek. A család nem csak biológiai vagy tisztán kulturális eredetű, hanem mindkét tényezőt magában hordja. A családot összetartó tényezők közül a legősibbnek az anya-gyerek kapcsolatot tekinthetjük, de az apáknak is fontos szerepük van a családon belül. A sok együtt töltött időnek köszönhetően létrejövő kötődés elősegíti, hogy a gyerek elfogadja a család normáit, megtanulja a nemének megfelelő és az adott kultúrában megkívánt nemi szerepek formálását. A kötődés hiánya aszociális viselkedéshez vezet (Csányi, 1999).**

Mint korábban is láttuk, a családi kapcsolaton belül legfontosabb az érzelmi kapcsolatok kialakulása és egyensúlya, mert ez biztosítja azon értékrendszerek elsajátítását, amely később zavartalan beilleszkedést biztosít más társadalmi csoportokba (iskola, munkahely, kortárs csoport, stb.). Ez a pszichológiai nézőpont és alapvető működésmód azonban szociológiai szempontokkal egészülhet ki. Cseh-Szombaty László – elfogadva Parsons (1955) funkcionális szociológiai nézőpontját – a családot társadalmi alrendszerként értelmezi, amely a társadalom alapját képezi és kapcsolatban áll más alrendszerekkel. A családi kapcsolatok, a családtagok viszonya (interakciói) alakítják a családon belüli kapcsolatokat, de ezek nem függetlenek, kapcsolatban állnak más társadalmi alrendszerekkel. (A gyerekek iskolai kapcsolata pedagógusokkal, diáktársakkal befolyásolja a családi kapcsolatokat és viszont.)

A család feladata

A szociológusok általában öt alapfunkciót különítenek el a családi működésben:

- reprodukció
- gazdasági funkció
- politikai funkció
- szocializáló és nevelő funkció
- vallási funkció.

Ezek részletezésére külön nem térünk ki, de a szociológiai megközelítés értékes szempontokra hívja fel figyelmünket. Ugyanakkor hangsúlyozzuk, hogy ezek a funkciók csak akkor tudnak zavartalanul működni, ha a családon belüli érzelmi kapcsolatok (ezen keresztül az egyén érzelmi egyensúlya) és nemi szerepek kiegyensúlyozottak. Mindezek viszont a biológiai-gazdasági funkcióra, annak lélektani fejlődésére, dinamikájára épülnek rá. Amennyiben a családban csak a szociológiai funkciók érvényesülnének, az érzelemsivárság, esetleg deviáns viselkedés-megnyilvánulások uralnák el (mint arra példát is látunk, gyakran csak az anyagi feltételeket biztosítja a család a gyerekeknek, de érzelmileg nem köti).

A család napjainkban az anyát, apát és a gyereket (gyerekeket) foglalja magába, a hagyományos nagycsalád a nagyszülőket is (napjainkban ritkább ez az együttélési forma). A családi rendszerben az apa általában a család ügyeit „kifelé” képviselő (régebben „kenyérkereső”) funkciót látott el, az anya pedig a család érzelmi „vezetését”, összetartását, harmónia megteremtését, gondozását vállalta. Ez a fajta családmódel napjainkra jelentősen átalakult. A család egy nyitott szociokulturális rendszer, mely folyamatosan fejlődik, változik, újrászerveződik. Ebben a folyamatban azonban úgy alkalmazkodik a megváltozott körülményekhez, hogy közben fenntartja a folyamatosságot. Értékeket őriz meg, és értékeket közvetít.

A család változása azonban nem csak a társadalom fejlődésével, változásával jellemezhető. A család különböző életciklusokat él meg. Az idő előre haladtával a család „előre bejósolható” változásoknak van kitéve. A család életciklusait az 5.2.1. táblázat mutatja be.

A családnak kiemelt szerepe van az egyén lelki egyensúlyának fenntartásában. A család bajbajutott tagjának lelki, érzelmi támaszt is nyújt. Azokat a lelki feszültségeket (sérüléseket), amelyeket az egyén a családon kívüli helyzetekben megél, a családban feloldhatja, az érzelmi támaszt nyújtó kapcsolatrendszerben visszanyerheti egyensúlyát. Összetett hatásában a család a személyiség bizonyos hiányosságait (hibáit) egy szintig képes kiegyenlíteni.

A család azonban hibás, nem megfelelő működés esetén nem a hatékony alkalmazkodáshoz szükséges viselkedésmintákat közvetíti a felnövekvő gyermek számára. Ebben az esetben nem teszi lehetővé a megfelelő fejlődést, vagy akár akadályozza azt. Az alkalmazkodáshoz szükséges viselkedésminták beépülése azonosulás folyamatán keresztül valósul meg. **Az azonosulás az a folyamat, mikor az egyén a látott viselkedésmintát érzelmi kapcsolat révén követi, beépíti saját viselkedésrepertoárjába. Ez többnyire nem tudatos folyamatként megy végbe, s hat a személyiség fejlődésére, későbbi viselkedésmódjára.** Az azonosulás alapja a szülő-gyermek kapcsolat – mely, mint már korábban utaltunk rá – a születés után kezdődik, interaktív tanulási folyamat, és fejlődik sok éven keresztül. A szülő-

gyermek kapcsolatban az érzelmi kötődés központi szerepet játszik. A lelki egészséghez elengedhetetlen, hogy a csecsemő és a kisgyermek szoros, intim és folyamatos kapcsolatban legyen az anyával, s ebben a kapcsolatban mindketten kielégülést és örömet leljenek. A kötődés az ember általános tulajdonsága, az, hogy érzelmi kapcsolatot alakít ki meghatározott más emberekkel. Viszonylag kevés személlyel alakul ki az élet folyamán szoros érzelmi kapcsolatunk.

| Életciklus | Átmeneti feladat | Családi rendszerben szükséges feladatok |
|--|---|--|
| Otthon elhagyása, egyedül élés | Elkülönülés, függetlenség | Lehetővé tenni a fiatal leválását a családról Krizis esetén se hívja vissza a család a fiatal |
| Házasság, házaspár | Új helyzet érzelmi felvállalása | 1. Új családtag elfogadása 2. Magánélet tiszteletben tartása, új egyensúly létrejötte |
| Kisgyermekes család | Kéttagúból három- vagy négytagúvá alakulás | 1. Helyet csinálni a jövevénynek 2. Érzelmi elérhetőség új formái 3. Nagyszülő szerepek elfogadása |
| Serdülők a családban | Viselkedési és vélemény szabadság rugalmasabb (szex is), de még az autoritás is fennáll | 1. A család fiatal tagjai elismerik a változás értékességét 2. Küzdelem, vita és tárgyalás értékeinek elfogadása 3. Az egymástól való különbözőzés fontosságának felismerése |
| Gyerekek kirepülése, „üres fészek” szindróma | Új családtagok „jövés-menésének” elfogadása, új határok a pár körül | 1. A gyerekekkel új, felnőtt viszonyulás kialakítása 2. Családon kívüli világ lehetőségeinek újragondolása: időben, térben, pénzügyileg |
| Késői életszakasz | A gyerektől való nagyobb függőség elfogadása | 1. A pár/egyen az öregséggel szemben is fenntartja tevékenységét 2. Túlgondoskodás nélküli függés elfogadása 3. Veszteség, halál (saját is) gondolatának elfogadása |

5.2.1. Táblázat: A család életciklusa (Minuchin, cit. Barnes, 1991)

A kötődési elméletek szerint, ha a gyermeknek a korai éveiben nem alakul ki biztos kötődés egy vagy több személy irányában, akkor felnőttkorban ez a szoros személyes kapcsolatok létrehozásának képtelenségét eredményezheti.

A kötődés erőssége szempontjából beszélhetünk elsődleges- és másodlagos vonatkoztatási személyekről. Az elsődleges vonatkoztatási személy leggyakrabban az anya, akihez a legerősebben kötődik a kisgyermek. Másodlagos vonatkoztatási személynek az apát és a testvéreket tekinthetjük. Ez abból következik, hogy a születés után a fejlődéssel egyre bővül a gyerek kapcsolati köre, s így kialakul folyamatosan az apa-gyerek kapcsolat is. A vonatkoztatási személlyel való kapcsolatunkban tanuljuk meg az elfogadható viselkedésszabályokat. Ahogyan a gyerek fejlődik, egyre több időt tud eltölteni a vonatkoztatási személy nélkül (míg csecsemőkorban a személy állandó közelsége szükséges).

Az óvodáskorúak már közösen játszanak, tudják, anyjuk jön értük, vagy a közelben van. Az iskoláskorúak már számos életvezetési kérdést önállóan oldanak meg. A kötődés a serdülőkorban megy át a legnagyobb változáson. Kialakul a kortársakkal való tartós, intim kapcsolat igénye. A szülők továbbra is fontos kapcsolatot jelentenek, de ekkor már megindul egy újabb intenzív kötődés lehetősége a szerelem, a szexuális késztetések irányában. A kötődés lényeges része a szülőkkel való kapcsolat folyamatosága, amely a gyermek számára a biztonságot és a lelki egyensúly megőrzését jelenti.

Mi történik, ha a vonatkoztatási személy valamilyen okból eltűnik a gyermek életteréből?

Kisebb vagy nagyobb mértékben megbomlik a gyermek személyes és kapcsolati egyensúlya a környezetében lévő emberekkel. Nyugtalaná válik, figyelme az eltűnt személy köré szerveződik, vágyakozik utána, vagy épp indulatai alakulnak ellene. Szélsőséges esetben viselkedésproblémák, pszichikus tünetek jelentkeznek. Független a távollét okától, a gyerek egyszerre érezhet dühöt és bűnbánatot (Bognár, Telkes, 1986).

Megváltozott családi kapcsolatrendszer

A megváltozott családi kapcsolatrendszer szükségszerűen konfliktussal, de nem feltétlenül feloldhatatlan konfliktussal jár együtt. Virginia Satir (1999) családterapeuta a megváltozott családszerkezetű családokat *egyszülős és vegyes családokra* osztja fel.

Egyszülős családról akkor beszél, miután a családot az egyik szülő elhagyja, és az nem szerveződik újjá. Egy ilyen családban is lehet jól élni, mivel minden lehetőség és eszköz megvan hozzá. Vagyis minden családi forma lehet, ha a családban élő felnőttek hitelesek és kreatívak. De egyszülős család nem csak válással alakulhat ki, hanem, ha meghal az egyik szülő, vagy egy egyedülálló ember örökbe fogad egy gyermeket, valamint akkor is ilyen családról beszélünk, ha egy lányanya egyedül neveli fel gyermekét. Többnyire az ilyen családok egy nőből és egy gyerekből állnak. Az egyszülős családoknak olyan nehézségekkel is meg kell küzdeniük, amivel egy normál család ritkán kerül szembe. Ilyen nehézség például a férfiakról és a nőkről alkotott teljes kép biztosítása. Az egyedül maradt szülő hajlamos negatívumokat mondani az eltávozott személyről. Egy másik nehézséget jelent az, hogy a gyerekek az ilyen családokban nem látnak folyamatos férfi-női kapcsolatot, ezáltal nincs róla modelljük. De természetesen ezeket a nehézségeket le lehet küzdeni, ha nem közvetít negatívumokat, elfogadó attitűdje van az ellenkező nem irányában, valamint ha biztosít a gyerek számára egy olyan modellt, akit nagyra becsül. A társkapcsolati modellhiányt úgy lehet megoldani, ha a gyereket egy időre elküldi olyan házaspárhoz, akik ezt számára biztosítani tudják. A **vegyes családnak** több formája is létezik: a) egy nő, az ő gyereke és egy gyerektelen férfi; b) egy férfi, az ő gyereke és egy gyermektelen nő; c) gyerekes férfi és gyerekes nő a gyerekeikkel. Ez a családtípus az újránházasodással keletkezik.

A családi szerkezet megváltozásának leggyakoribb oka napjainkban a válás. A köznyelvben ez a házasság bírói úton történő felbontása. A jogi megközelítés nem írja le, hogy a válás mit jelent a két félnek és a környezetnek. **A válás egy bonyolult lelki folyamat,** mely a válási gondolat fontolgatásával kezdődik és addig tart, míg a válás után megszilárdul a házastársak független életvitele.

A statisztikai adatok szerint a válások száma a házasságok 3-5. évében a leggyakoribbak, utána folyamatosan csökken. A válás feltételezhetően azért következik be leggyakrabban az első öt évben, mert kezdettől fogva nem sikerült kialakítani a megfelelő alkalmazkodást. A kölcsönös alkalmazkodás kialakítását gátolhatják a házastársak személyiségtulajdonságaiból adódó nehézségek, az érték- és normarendszer felfogásbeli különbségei és azok társadalmi

háttere. Látnunk kell azonban, hogy meghatározó ebben is a származási család, hiszen – mint korábban láttuk - itt sajátítjuk el nemi szerepünket, kapcsolati modelljeinket a hozzátartozó érték- és normarendszerrel. (Az elvált szülők gyermekei között, az instabilabb családi-, társadalmi környezetből származók esetében gyakoribb a válás). A stabil, jól működő párkapcsolat feltétele a megfelelő érzelmi érettség és személyes egyensúly, amelynek alapjait viszont a származási család adja meg.

A házasság kudarcának átélése és feldolgozása nagy lelki erőpróba. A döntés vagy az elhagyottság egyszerre több érzést is kiválthat: megkönnyebbülést, szorongást, sajnálkozást, kárörömet, kétségbeesést, stb. Gyakoriak az ambivalens érzések – egyidejűleg szeretheti a volt házastársát, hiányozhat neki, s el is utasíthatja. Ez szintén a kötődéssel magyarázható, amely felnőtteknél ugyanúgy jön létre, mint gyerekeknél és ugyanúgy működik (Emlékezzünk! A származási család kapcsolati biztonságából a szerelem érzésével válunk ki és kötődünk a partnerünkhöz, s vele alakítjuk ki az elsődleges kapcsolati biztonságunkat.). A kötődés a párkapcsolatban viszonylag gyorsan kialakul, de nagyon nehezen szűnik meg. A válási krízis gyakran betegítheti valamelyik vagy mindkét félt – neurotizálódhat, depresszióssá válik („válási neurózis”), alkoholba, kábítószer-élvezetbe menekülhet, stb. A válás felélvezhető, felgyorsíthat lappangó betegségfolyamatokat. Nem közömbös tehát, hogy a válásra hogyan reagál a pár társas környezete. A válási krízis feldolgozásában nagy segítséget nyújthat a család és a baráti kör. Bizonyos esetekben érdemes szakember segítségét is kérni.

A gyermekes házastársak esetében **a válást követően szükségszerűen fennmarad egy kapcsolat.** Ez lehet **együttműködő**, de lehet **ellenséges** is. Közösén kell kialakítani azokat az új szabályokat, amely szerint fenntartják gyermekük érdekében a kapcsolatot.

Leggyakoribb hibák, amelyeket az elvált szülők elkövetnek:

- a másik házastárs befeketítése;
- a gyereket „postásnak” használni, üzeni egymásnak;
- gátolni a láthatási jogokat;
- intim részleteket megosztani a gyerekekkel a házasság történetéről;
- gyerektartás, támogatás megvonása;
- a gyerek azonnali bemutatása az új partnernek;
- a gyereket a lehető legtávolabb vinni a másik szülőtől;
- kihallgatni (kifaggatni) a gyerek beszélgetését a másik szülővel;
- a gyereket bevonni a válóper vitájába, tényeibe;
- rávenni a gyereket, hogy a másik szülőtől pénzt kérjen.

A válás hatása – még a jól kezelt válási konfliktus esetében is – negatív következményekkel jár a gyerekre nézve. Gátoln hat a gyerek szociális fejlődésére és az iskolai teljesítményére. A hatás jellege, módja függ a gyermek életkorától. Minden esetben a gyerek biztonságérzete meginog, nagy érzelmi veszteséget okoz az egyik szülő kilépése a mindennapi életből, az elköltözött szülő rokonaival (nagyszülőkkel) is megváltozik a kapcsolat. **A legsúlyosabb károkat azok az érzelmi zavarok okozhatják, amelyeket a szülők válási konfliktusa hoz létre, nemcsak a válás tényében, hanem a válási konfliktusok (veszekedések) gyermekekre irányuló hatásában.**

Különböző kutatók problémák sorát kapcsolták össze a válással – kortárskapcsolatok egyensúlyának megbomlása, pszichoszomatikus megbetegedések, kötődésképtelenség, drogfüggőség kialakulása, deviáns életforma, öngyilkosság, stb.

Természetesen nem minden esetben sérül a gyermek válás során, de tény, hogy átmeneti krízist okoz, veszélyeztető tényező. Következésményei sokrétűek, de legfőképp a gyerek lehetőségeit korlátozza az egészséges, „zökkenőmentes” párkapcsolat alakításában, és ennek következménye alapján kiegyensúlyozott családi életmód kialakításában, amely a lelki egészség és egyensúly megtartásának legfontosabb és legalapvetőbb feltétele.

Irodalom

- Barnes, G. G.: *Családterápia és gondozás*. Budapest, 1991. Animula
Bognár G. – Telkes J.: *A válás lélektana*. Budapest, 1986. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó
Csányi V.: *Az emberi természet*. Budapest, 1999. Vince Kiadó
Cseh-Szombathy L.: *Családszociológiai problémák és módszerek*. Budapest, 1972. Gondolat
Cseh-Szombathy L.: *A házastársi konfliktusok szociológiája*. Budapest, 1985. Gondolat
Satir, V.: *A család együttélésének művészete*. Budapest, 1999. BFI

Feladat

1. Írjon le egy napjainkban elképzelhető családi működésmódot a családi funkciók szerint. Milyen konfliktusok jelenhetnek meg az elképzelt családban?
2. Írjon le egy konkrét családi konfliktust! Milyen megoldási módok tervezhetők? Ha a családon belüli konfliktusok rendezésében külső segítség szükséges, hová irányítaná őket?

5.3. MINDEN GYEREK VÁRT GYEREK LEGYEN (CSALÁDTERVEZÉS, SZEXUÁLIS ÚTON TERJEDŐ BETEGSÉGEK ÉS MEGELŐZÉSÜK)

Dr. Barabás Katalin és Prof. Dr. Simon Tamás

Bevezetés

"Minden gyerek várt gyerek legyen!" így szól az a kíváncsi, amely a populáció egészségi állapotát **optimális** irányba befolyásolná. Egy kedvező életkezdés jelentős pozitív hatással lesz a későbbi egészségi állapotra is, ezért fontos, hogy a születendő gyermekek életre hívása egészséges szülőktől, felelősségteljesen, jó időben történjen.

A XXI. században széles lehetőségekkel rendelkezünk a családtervezési módszerek és a nemi betegségek megelőzése tekintetében. Mindennek ellenére a magyarországi helyzet nem tartozik a legjobbak közé. A művi abortuszok száma évente kb. 50 000-re tehető. Ebből a 18 éven aluliak aránya 15% évente.

A nemi betegségek előfordulási gyakorisága a globális tendenciának megfelelően hazánkban is emelkedik. A korai biológiai éréssel nincs szinkronban a lelki érettség, a fiatalok meggondolatlanabbak, felelőtlenebbek, körükben gyakoribbak az alkalmi partnerek; a sűrű partnerváltás is növeli a nem kívánt terhesség és a szexuális úton terjedő betegségek gyakoriságát.

Mivel a szexuális étellel kapcsolatos helyes információk közvetítésében a szülők mellett az iskola is szerepet kell, hogy vállaljon, ezért elvárható, hogy a pedagógusok is tisztában legyenek a fogamzásgátlás lehetőségeivel, és korrekt információjuk legyen a szexuális úton terjedő betegségek főbb jellemzőiről, megelőzésük formáiról.

Fogamzásgátlás lehetőségei

Jól ismert, hogy a nők két dologért tesznek meg mindent: „Legyen!” vagy „Ne legyen!” Az ókori kultúráktól kezdve mindig megfigyelhető volt a **törekvés, hogy az emberek** valamilyen módon **befolyásolni tudják a születendő gyermekek számát**. A magzathajtó főzetektől a „mágikus tulajdonságú” kenőcsökön át a veszélyes körülmények között végrehajtott, sokszor a fiatal nő életét követelő kriminális abortuszig igen széles volt az a paletta, amelyen lévő módszerek azt szolgálták, hogy „NE LEGYEN”.

A **XX. század második felében kifejlesztett hormonális fogamzásgátlás** nemcsak megkönnyítette a családtervezést, de **mélyreható változásokat is eredményezett**, főleg a fejlett országok lányainak, asszonyainak életében, a szexuális kultúrában. Nagyobb lehetőség nyílt a nagyobb számú párkapcsolatok kialakítására, a **szabadabb, sokszor szabadosabb szexuális életre**. A **következmények** tükröződnek a **demográfiai tendenciák alakulásában**, de sajnos nyomon követhetők az **epidemiológiai mutatókban**, azaz a **szexuális úton terjedő betegségek** számának növekedésében is. A kiváló módszer akkor válhat kétélű fegyverré, ha használatát nem követi a megfelelő morális, etikai kontroll.

A fogamzásgátló módszerek részletes bemutatását azért tartjuk szükségesnek, hogy a tanárok a serdülők kérdéseire adekvát módon tudjanak válaszolni.

| A fogamzásgátlás módszerei: | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| TERMÉSZETES FOGAMZÁSGÁTLÁS | Naptármódszer |
| | Ébredési hőmérséklet mérése |
| | A méhszáj változásának megfigyelése |
| | Kombinált természetes fogamzásgátlás |
| MEGSZAKÍTOTT KÖZÖSÜLÉS | |
| BARRIER ESZKÖZÖK | Kémiai barrierék |
| | Mechanikus barrierék |
| | Óvszer |
| HORMONÁLIS FOGAMZÁSGÁTLÁS | Kombinált orális fogamzásgátlás |
| | Minipillek |
| | Injekciós fogamzásgátlás |
| | Bőr alatti implantátumok |
| MÉHEN BELÜLI FOGAMZÁSGÁTLÓ ESZKÖZÖK | |

5.3.1. Táblázat: a fogamzásgátlás módszerei

A fogamzásgátló módszerekkel szemben támasztott **követelmények**: hatékony, biztonságos, olcsó, kényelmes, könnyen elsajátítható, és egészségre veszélytelen legyen.

A fogamzásgátló módszer **hatékonyságát** a Pearl -indexszel mérjük. Ez a szám megmutatja, hogy száz asszony közül - a módszer előírászerű alkalmazása esetén - évente hány terhességgel kell számolnunk.

Durva megközelítésben, ha egy módszer Pearl -indexe 1, akkor ez azt jelenti, hogy 100 asszony közül évente 1 terhességgel kell számolnunk.

Egyes fogamzásgátló módszerek hatékonyságának összehasonlítását az 5.3.2. táblázat tartalmazza.

| ESZKÖZ | PEARL-INDEX |
|-----------------------------------|--------------------|
| Kombinált fogamzásgátló tabletták | 0.05-0,25 |
| Minipillek | 0.50-6.00 |
| Implantátumok | 0.04-0.20 |
| Hőmérőzés | 2.00 |
| Naptármódszer | 9.00 |
| Méhnyak megfigyelés | 3.00 |
| Hüvelyi barrierék | 18.00-25.00 |
| Óvszer | 4.00-12.00 |
| Méhen belüli eszközök | 0.80-3.00 |

5.3.2. Táblázat: Egyes fogamzásgátló módszerek hatékonyságának összehasonlítása

A fogamzásgátló módszerek rövid ismertetése

1. Természetes fogamzásgátlás

Azon módszerek összességét értjük ez alatt, amelyek a termékeny napok kimutatása révén alkalmasak a nem kívánt terhesség elkerülésére. A termékeny napok a szervezet egyes életműködésének megfigyelése révén igazolhatók. A *tüsző fázisban* az ösztrogénnek a méhnyakra, a *sárgatest fázisban* a képződő progeszteronnak pedig a testhőmérsékletre gyakorolt hatása alkalmas a tüszőérés megfigyelésére.

1.1. *Naptármódszer*: A havi vérzés első napjának megjelölése után ki kell számolni, hogy hány nap telt el az utolsó rendes vérzés első napja óta. Ez adja meg a ciklus napokban kifejezett hosszúságát, ebből lehet megállapítani a fogamzóképes napok legvalószínűbb időszakát, ekkor ajánlott az önmegtartóztatás. Változékony hosszúságú ciklus esetén a módszer egyáltalán nem tekinthető hatékonynak.

1.2. *Ébredési hőmérséklet*: A testhőmérséklet mérését közvetlenül az ébredést követően az ágyban kell végezni (szájban, hüvelyben, vagy végbélben). A tüszőfázisban a hőmérséklet 37°C alatti nagy ingadozásokat mutat, az ovuláció napján a hőmérséklet 1-3 tized fokot csökken. Az ovulációt megelőző időszaknak nagy kockázata lehet. A terméketlen napokat legalább 3 napon keresztül magas hőmérséklet jelzi.

1.3. *Méhszáj változásainak megfigyelése*: A nyakcsatorna által termelt nyák az ovuláció közeledtével jól észlelhető elváltozásokat mutat, a nyakcsatorna nyákja nyújthatósága fokozódik, a méhszáj tapinthatósága megváltozik, felpuhul, sárgatest fázisban megkeményedik. Ekkor már nem kell terhességgel számolnunk. Tüszőfázisban viszont nincs biztonságos nap. Tehát a közösülés viszonylag biztonságos a nyák mennyiségének megkevesbedése és a nyújthatóság jelentős csökkenése után.

1.4. *Kombinált természetes fogamzásgátlás*: Hőmérő és méhszáj megfigyelés módszereinek egyidejű alkalmazása természetesen megnöveli a természetes fogamzásgátlás hatékonyságát, de ehhez egészséges ciklus, kellő hozzáértés, megfelelő fegyelem szükséges.

A módszer használatát meg kell tanulni, amelyhez kellő empátiával és szakmai felkészültséggel rendelkező szakorvosra van szükség.

2. Barrier eszközök

A barrier eszközök a hímivarsejtek méhüregbe történő bejutását akadályozzák meg, mechanikus vagy kémiai úton.

2.1. *Mechanikus barrier*ek: Ma már majdnem minden mechanikus barrier tartalmaz kémiai anyagokat, spermicideket. A diafragma, a fogamzásgátló szivacs, és méhszáj sapka be- ill. felhelyezését meg kell tanítani.

2.2. *Kémiai barrier*ek: Helyi fogamzásgátló anyagok, amelyek a spermiumok bénításával fejtik ki hatásukat. A vivóanyag, hab, szivacs, zselé, kúp, hüvelytabletta, film feladata, hogy egyenletesen oszlassa el a hatóanyagot, amelyet spermiumölőnek, spermicidnek nevezünk. Az eszközöket a közösülést megelőzően 10-15 perccel kell felhelyezni.

Hatékony védelem csak a mechanikus eszközök egyidejű felhelyezésével érhető el. A fenti barrierek alkalmazását akkor javasolják, ha semmilyen más módszert nem lehetnem javallt.

3. Óvszer

Óvszer (kondom) a fogamzásgátlás hatékony módszere; az egyetlen módszer, amely a férfiak rendelkezésére áll. Az óvszer előnye, hogy viszonylag olcsó, könnyen hozzáférhető, használata nem igényel orvosi vizsgálatot és leginkább az, hogy megbízható védelmet nyújt a szexuálisan terjedő betegségekkel szemben. Nem megbízható kapcsolatok esetén ezt ajánlják. Az óvszer a fertőzőes eredetű meddőségek megelőzésében hatékony, a pingpong fertőzés kialakulását is megakadályozza. A fertőzés miatt kezelt egyének is csak óvszerhasználattal élhetnek szexuális életet.

4. A hormonális fogamzásgátlás

A szervezetbe a megtermékenyítést akadályozó hormonok tablettá, injekció vagy bőr alá történő beültetéssel juttathatók be. Ennek alapján beszélhetünk szájon át szedhető (orális), injekciós fogamzásgátlásról vagy bőr alatti implantátumról.

A hormonális fogamzásgátlás csak orvosi javallatra történhet. Vannak abszolút ellenjavallatot jelentő betegségek, erősen ellenjavallatot jelentő állapotok és vannak olyan nem ideális helyzetet jelentő esetek, amikor meggondolandó a hormonális fogamzásgátló alkalmazása. A gyakori partnerváltás esetében a fogamzásgátló tablettákkal történő védekezés távolról sem ideális.

Az első tablettá kiválasztása szakorvosi feladat!!!! Ezt követően panaszmentes esetben, évente célszerű nőgyógyászati ellenőrző vizsgálatot végezni, melynek során a méhnyak-rák szűrővizsgálata és az emlő mammográfiás vizsgálata alapkövetelmény. A fogamzásgátló tablettával összefüggést mutató bármilyen panasz esetén késedelem nélkül szakorvoshoz kell fordulni. A tabletták nem védenek a nemi úton terjedő betegségektől. Mindig legyen alternatív védekezésre lehetőség, ha kifogy a tablettá, ha elfelejti beszédni.

5. Méhen belüli fogamzásgátló eszközök

A méh üregébe felhelyezhető egyszerű szerkezetek, amelynek segítségével a terhesség hatékonyan megelőzhető. Egyéb gyakorta használt megnevezés: spirál vagy hurok.

Akadályozzák a spermiumok méhen belüli mozgását, gyorsítják a petesejt méhkürtökben való továbbítását, gátolják a petesejt megtermékenyülését, elpusztítják a megtermékenyített petét, megakadályozzák a beágyazódást.

Azoknak a nőknek ajánlott, akik már több gyermeket szülni nem kívánnak. Az eszközt csak kellően felszerelt szakorvosi rendelőben szakorvos által, és megfelelő kórházi háttér mellett helyezhető fel.

Dr. Czeizel Endre megfogalmazása szerint a fogamzásgátlás során három szabályt kell figyelembe venni:

1. Minden módszer jobb a semminél;
2. Minden párnak meg kell találnia a neki legjobban megfelelő módszert;
3. Minden fogamzásgátló módszer alkalmazását meg kell tanulni;

Mint láttuk, sokfajta módszer ismert, de mindegyiket meg kell tanulni. Nagyon sok esetben a terhesség ún. „technikai hiba” miatt következhet be. **Az óvszerhasználat, a hormonális tabletták pontos szedése, a pesszériumok használata, vagy az idejében történő orvoshoz fordulás csökkenti a nem kívánt terhesség valószínűségét.**

Az iskola az érzelmi nevelés, a művészetek segítségével közvetett módon segíthet a felelősségteljes párkapcsolat kialakítása iránti igény felkeltésében. A szerelem, az anyaság szépségének irodalmi, képzőművészeti, zenei megjelenítései segíthetnek a fiatalok értékítéletének kialakításában.

Emellett a fogamzásgátló módszerek közül a fiatal korban **leginkább ajánlott óvszer használat gyakorlati bemutatására is sort kell keríteni, annak érdekében, hogy képesek legyenek az intim pillanatokra.** Erre akkor is gondolni kell, ha még nem volt szexuális kapcsolatuk. **Kortárs segítők sokat tehetnek a technikai kérdések elfogadtatásában.**

A pedagógus, osztályfőnök segítheti a **tini ambulanciával, a gyermeknőgyógyászattal** való kapcsolat kialakítását, így támogatva azt az igényt, hogy a fiatalok a szexuális élet megkezdése előtt tudjanak egészségüket érintő tanácsot kapni, illetve esetleges probléma jelentkezésekor már ismerjék a szakemberhez fordulás lehetőségét, hogy szegyenkezés nélkül, időben orvosi segítséget kaphassanak.

A terhesség megszakításról

Magyarországon a fogamzásgátló szerek széles skálája rendelkezésre áll, gyakorlatilag minden típusa hozzáférhető; ennek ellenére mégis nagyon magas a terhesség megszakítások száma. Ennek egyik oka lehet, hogy a fiatalok és a nők nem ismerik eléggé a azokat a veszélyeket, amelyek a művi vetélés közvetlen vagy későbbi szövődményei alapján felléphetnek. Különösen kockázatos az első terhesség megszakítása, és többszörös a rizikó az ismétlődő művi vetélések esetén.

A terhesség megszakításról tényekre alapozva röviden szólunk, hogy a leendő tanárok tisztában legyenek a beavatkozás lényegével, kockázatával. Mindezek alapján megfelelő információk birtokában tudják tanulóiknak közvetíteni, hogy ez a beavatkozás lehetőleg soha ne legyen a családtervezés módszere.

Az etikai kérdéseket is felvető beavatkozás mindig az adott csoport vagy társadalom kultúrájához, neveltetéséhez, szokásaihoz kötődik, hiszen egy leendő élet sorsának eldöntéséről van szó, éppen ezért a művi abortusz kérdése évszázadok óta viták, ellentétek kiindulópontját képezheti.

A terhesség megszakítás szinonimájaként gyakran használjuk az **abortusz** kifejezést, ami **vetélést** jelent. Természetesen a vetélés lehet **spontán** bekövetkező folyamat és **művileg indukált** is, itt ez utóbbiról van szó. Régen **magzatelhajtásnak** nevezték ezt az eljárást.

Az eljárás lényege

A megfogant petesejt kb. egyhetes petevezetéken belüli vándorlást követően jut a méhürbe, ahol beágyazódik a fogadására felkészült nyálkahártyába. Ekkor még az ún. szedercsíra állapotban a magzat még nem ismerhető fel. Az idő előrehaladásával mind jobban kezd hasonlítani a majdani kisbabára. A fejlődés a környezeti hatásoktól jól izoláltan védett környezetben zajlik le, zárt méhszáj védi a külvilág hatásaitól.

Ebből a zárt környezetből kell eltávolítani a magzatot, minél előrehaladottabb a terhesség, annál veszélyesebb. 12 hét után ugrásszerűen megnövekedik a kockázat, ezért a terhesség megszakítást kérésre, nem orvosi indok alapján csak az első három hónap alatt lehet elvégezni.

A műtét érzéstelenítéssel történik, a méhszájat ki kell tágítani, majd ezt követően a terhes méh nyálkahártyáját a beágyazódott magzattal együtt eltávolítják, lekaparják. Ezért nevezi a köznyelv **kaparásnak** a művi abortuszt.

Attól függően, hogy milyen műtéti megoldást választanak a méhür kiürítésére, lehet **küretkanállal, vákuum szívásos módszerrel; utóbbi években már gyógyszeres injekciós terhesség megszakítással** is lefolytatható az eljárás.

Ez utóbbi módszer esetében a mechanikai tágítás feleslegessé válik, mivel a gyógyszer hatására a terhesség megszakad, a méhür spontán kiürül, de az esetlegesen bent maradó részek eltávolítása érdekében szinte mindig műszeres betapintást kell végezni.

Szövődmények

Közvetlenül a beavatkozást követő szövődmények:

A nem kívánt mellékhatások gyakorisága 10%. Természetesen a legenyhébbtől a súlyos károsodást, akár halát is okozó mellékhatásig minden előfordulhat. A **sérülés** létrejöhet a méhszáj tágításkor, de a nyálkahártya lekaparásakor, és kialakulhat a műszer okozta erőbehatás következtében is.

A kisebb mennyiségű vérzés a vetélést követően nem tartozik a szövődmények közé, de a hosszan tartó, **erős vérzés**, amely éppen a sérülés következtében is létrejöhet, feltétlen orvosi ellátást; az esetlegesen bent maradt részek sürgős eltávolítást igényelnek. **Gyulladás** is kialakulhat, a kitégített méhszájon keresztül kórokozók hatolhatnak a méhürbe, amely gyulladással elváltozást eredményez.

A későbbi károsító hatások a korai szövődményekből adódhatnak:

A **méhnyak elégtelenség** a méhnyak záró gyűrűjének sérülése miatt alakulhat ki, ez pedig a következő terhességet veszélyezteti, **vetelés**, éretlen vagy **koraszülés** valószínűsége lesz nagyobb. A sérült nyálkahártya a **lepény letapadási zavarokat** okozhat. A gyulladással járó folyamatok összenövéseket okozhatnak, amelyek a későbbi **meddőséghez** vezethet, illetve a **méhén kívüli terhesség** kockázata is nő. A testi károsodások mellett nem ritka még a **lelki sérülés**, szégyen és büntudat kísérheti a beavatkozást.

A fenti szövődmények még a jól felszerelt intézményekben is előfordulhatnak, de ez még inkább érvényes a tiltott magzattelhajtás esetében, nem is beszélve az utóbbi jogi következményeiről.

Törvényes keretek

Minden országban, így hazánkban is szigorú rendelkezések szabályozzák a művi vetélést. A magzati élet védelméről rendelkező módosított, 1992-ben kiadott törvény szabályozza a terhesség megszakítás feltételeit.

A terhesség a 12. hétig szakítható meg:

- ha az állapotos nő egészségét súlyosan veszélyeztető ok indokolja,
- ha a magzat orvosilag valószínűsíthetően súlyos károsodásban szenved,
- ha terhesség bűncselekmény következménye,
- ha az állapotos nő súlyos válsághelyzetben van.

A nőnek írásba kell kérni a terhesség megszakítását, ha azt nem kifejezetten nem orvosi ok indokolja, és fel kell keresni a Családvédelmi Szolgálat munkatársát, aki erre a feladatra felkészített védőnő. Magyarországon a terhesség megszakítás nem ingyenes, a beavatkozásért fizetni kell.

A mai magas abortusz arányok csökkentése érdekében a tanároknak is tisztában kell lenniük a fogamzásgátló módszerekkel, hogy a korán szexuális életet élő tanulóikat adekvát információkkal lássák el. A Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság - amely tagja a Nemzetközi Családtervezési Társaságok Szövetségének - feladatául tűzte ki, hogy segítse a serdülő- és fiatalok szexuális és reprodukív egészségét, az információhoz és az egészségügyi ellátáshoz való jog érvényesülését.

De a felkészített orvostanhallgatók, vagy kiképzett kortársak szintén sokat tehetnek a fiatalok felelősségteljesebb szexuális kultúrájának kialakulásáért ezzel talán alacsonyabb lesz a terhesség megszakítások száma hazánkban.

Szexuális úton terjedő betegségek (SZTB)

A fiatal korban elkezdett, sok partnerrel folytatott, meggondolatlan szexuális viselkedésnek világszerte megvannak a következményei. Az SZTB ilyen arányú terjedése demográfiai, társadalmi, magatartásbeli okokra vezethető vissza.

A fiatalok arányának növekedése a veszélyeztetett populáció számát növeli. A fiatalok a monogám kapcsolat kialakulásáig több partnerrel találkoznak. A gazdasági változások, az ebből adódó népmozgások, az **átmeneti lakosság kialakulása**, a kapcsolatok fellazulása szintén segíti a fertőző betegségek terjedését.

A szegénység, prostitúció, kábítószer élvezés, a bűnözés a járványfolyamatok rizikótényezői. A magatartásbeli kockázati tényezőkhöz tartoznak: a sok szexuális partner, a kockázatos közösülési formák, a gyakori nemi közösülés.

A szexuális úton terjedő betegségek népegészségügyi jelentőségét az alábbiakban foglalhatjuk össze:

1. Gyakran a meddőség és a méhen kívüli terhesség háttérében SZTB állhat.
2. Második generációt érintő jelenség: a fertőzést követő koraszülés, az újszülöttek kis súlya, a veleszületett vérbaj okozta elváltozás, az újszülött kori kötőhártya gyulladás, de akár a halálhoz vezető újszülött kori herpesz fertőzés is.
3. Vírus okozta SZTB közül a hepatitisz, a humán papillóma vírus és az AIDS kórokozója, a HIV daganatkeltő hatással is bír.

A *klasszikus járványmechanizmus* határozza meg a szexuális úton terjedő betegségek nagyszámú előfordulását.

A fertőző forrás: mindig a beteg ember, akinek a szervezetében, vérében, hüvelyváladékában, ondójában valamilyen szexuális úton terjedő betegség kórokozója megtalálható. A legnagyobb járványügyi problémát az jelenti, hogy sokszor nem okoznak tüneteket, vagy olyan általános tüneteket okoznak, amelyekkel az illető nem fordul orvoshoz, és mint fertőző forrás más embereket megfertőzve járványt okoz.

A terjedési lehetőség: szexuális úton terjed, orális, anális érintkezés során is átadhatóak a kórokozók. Másodsorban a betegségek kórokozói a vérrel - nyílt sebbel érintkezve, szennyezett injekciós tűvel, aminek kockázata intravénás kábítószer alkalmazók esetén igen nagy - is terjedhetnek. Harmadsorban a magzatot tápláló méhlepényen keresztül a fertőzött anya átadhatja a kórokozót (vérbaj, hepatitisz, és HIV terjednek ilyen módon).

A fogékonyság általános, sajnos a hepatitis B fertőzést megelőző védőoltáson kívül a többi betegség ellen nincs specifikus védelem.

A fertőzés terjedését **a társadalmi tényezők jelentősen befolyásolják;** ez a betegcsoport, ahol a járványok kialakulását egyértelműen a társadalmi tényezők határozzák meg: **a háborúk, a nemi erkölcs színvonala, a tájékozatlanság, a nemtörődömség** egyaránt jelentősen befolyásolja járványügyi képet.

| A szexuális úton terjedő leggyakoribb betegségek: | |
|--|-----------------------------|
| BAKTÉRIUM OKOZTA BETEGSÉGEK | Kankó (gonorrhoea) |
| | Vérhaj (szifilisz) |
| | Clamidia fertőzés |
| VÍRUS EREDETŰ KÓRKÉPEK | Genitális herpesz |
| | Függélyes szemölcs |
| | Hepatitisz B |
| | HIV |
| EGYSEJTŰEK OKOZTA BETEGSÉGEK | Trichomoniasis |
| | Homoszexuálisok amöbiazisa |
| | Homoszexuálisok giardiazisa |
| GOMBÁK | Candidiázis |
| ÉLŐSKÖDŐK: | Lapostetű fertőzés |
| | Rühesség |

5.3.3 Táblázat: A szexuális úton terjedő leggyakoribb betegségek

A tünetek, amellyel feltétlenül orvoshoz kell fordulni a lányok esetében: hüvelyi viszkető érzés, hüvelyváladékozás (folyás). A folyás lehet önálló tünet is, kellemetlen érzés nélkül (vízszerű, fehéres, túrós jellegű, sárgás-zöldes). Kismencedei fájdalom, a petefészek és a hólyag környékének fájdalma is társulhat mindehhez. Fájdalmas, égő vizelési inger is kísérheti a fenti jeleket. A nemi szerveken megjelenő fekély vagy szemölcs esetén szintén orvoshoz kell fordulni.

Fiúk hímvesszőjén lehetnek apró piros pontok, lehet fehéres hámlás, húgycsőből folyás, here-, prosztatatajtí fájdalom.

Az SZTB megelőzésében jelentős szerepet tulajdonítanak az iskolai nevelésnek. A szexuális viselkedés megváltoztatása, a biztonságos szex (óvszerhasználat elsajátítása) igazoltan csökkenti az SZTB gyakoriságát.

A fiataloknak szóló üzenetet, amely három alapvető pontból áll, a pedagógusoknak kell eljuttatniuk:

- 1. Várj, ne siess - nőj fel arra szintre, hogy vállalni tudd a felelősséget a szexualitásért;**
- 2. Légy hűséges, monogám; és**
- 3. Ha a fenti kettőre nem vagy képes, akkor használj mindig óvszert.**

A Bőr-és Nemibeteg Gondozó Hálózat területileg illetékes intézeteihez kell irányítani a rendellenességről panaszukkal fiatalokat, minden esetben a partnerekkel együtt történő kezelést vezethet a járványfolyamat megállításához.

A pedagógus az iskolaorvossal illetve a védőnővel együtt olyan bizalmas hálót alakíthat ki, hogy a fiatalok kérdéseikkel bátran fordulhatnak a "Team" tagjaihoz, és így sikerülhet egy olyan szexuális kultúra kialakítása, amelynek révén a fiatal populáció megérti, hogy a szexuális élet felelősséggel jár, felelősséggel tartozunk a partnerünknek és a jövő gyermekünknek.

Irodalom

Elek Cs.: *A fogamzásgátlásról*. Budapest, 1998. Golden Book Kiadó
Dési I. (szerk.): *Népegészségtan*. Budapest, 2000. Medicina

Feladat

1. Tervezzen programot általános iskola nyolcadik osztályos tanulóinak, szerelem, szexualitás témakörben!
2. Alakítson ki kapcsolati hálót az egészségügyi intézményekkel, hogy akár egészségnevelési programban való részvételre, akár az egészségügyi problémával küzdő gyermekek kezelésére ismerősként álljanak a szakemberek rendelkezésre.
3. "Nagy lány lettem, a nőgyógyász a bizalmasom". A szakrendelés látogatásának megszervezése, a félelem és szorongás leküzdésének segítése.
4. "Szülő szeretnék lenni" felkészítő programok tervezése végzős középiskolásoknak.

6. FEJEZET

A KÖRNYEZET EGÉSZSÉGET MEGHATÁROZÓ SZEREPE, A KÖRNYEZET HATÁSA A GYERMEKPOPULÁCIÓ PSZICHOSZOMATIKUS FEJLŐDÉSÉRE

6. A KÖRNYEZET EGÉSZSÉGET MEGHATÁROZÓ SZEREPE, A KÖRNYEZET HATÁSA A GYERMEKPOPULÁCIÓ PSZICHOSZOMATIKUS FEJLŐDÉSÉRE

A FEJEZET CÉLJA

A fejezet keretében a hallgatók:

1. Megismerik a humán ökológiai törvényszerűségeket.
2. Megértik, hogy a természeti tényezők milyen jelentőséggel bírnak a gyermekek pszichoszomatikus fejlődésében.
3. Tisztában lesznek a bioszférát szennyező hatások egészséget veszélyeztető következményeivel.
4. Információt szereznek az épített környezet magatartást, egészséget befolyásoló hatásáról.
5. Felismerik a gyermekintézmények és ezek környezetének jelentőségét a gyermekpopuláció egészségének alakításában.
6. A társadalmi környezet fontossága az egészséges fiatal populáció kinevelésében.

A gyermekek környezetéért felelősséget érző és az egészséges környezetért tevékenykedő szakemberré válásban segíthet a blokk anyaga.

A FEJEZET TÉMAKÖREI

Az Ember és a környezete.

Humán ökológia – a bioszféra hatása az egészségre Dr. Kósa Karolina

A települések és az épített környezet
egészséget meghatározó szerepe

Dr. Kósa Karolina

A gyermekintézmények környezetének
jelentősége a gyermek pszichoszomatikus
fejlődésében

Dr. Barabás Katalin és
Kiss Judit

6.1. AZ EMBER ÉS KÖRNYEZETE. HUMÁN ÖKOLÓGIA – A BIOSZFÉRA HATÁSA AZ EGÉSZSÉGRE

Dr. Kósa Karolina

Bevezetés

Az ember otthona a Föld, amely a naprendszer összes bolygója közül - jelenlegi ismereteink szerint egyedül - alkalmas arra, hogy az élet létezését ebben az általunk ismert formában lehetővé tegye. Az élet létezéséhez szükség van vízre, amely az élő szervezetek jelentős százalékát kitevő alkotórésze. Szükség van a levegőre, amelyből az élő szervezetek oxigént vesznek fel működésükhöz; szükség van a talajra, amely lehetővé teszi például növények növekedését, az ember testének és épületeinek pedig szilárd alapot nyújt; és szükség van a napsugárzására, amely közvetlen, a fotoszintézis lehetővé tételével az energia-utánpótlást biztosítja az élő szervezeteknek, közvetlenül pedig ahhoz szükséges például, hogy az emberi bőrben D-vitamin keletkezzen. Bolygónk esetében a **levegő a légkörben (atmoszféra), a víz a vízburokban (hidroszféra), a talaj, illetve a kőzetek pedig a szilárd kéregben (litoszféra) találhatóak**. Az előbbieknél átfedő részét, amelyben élet lehetséges, bioszférának nevezik.

Víz

A víz megtalálható a levegőben, óceánokban, folyókban, tavakban, az esőben, felhőkben, a talajban, kőzetekben, stb. A tengerek és óceánok vize sós, koncentrációja 3,5% körül van, míg a testfolyadékoké csak 0,9%. Egy-két korty tengervíz nem feltétlenül káros, de nagyobb mennyiség fogyasztása után még szomjasabb lesz az ember, mint előtte volt, és az elfogyasztott mennyiségtől függően enyhébb vagy súlyosabb vérkeringési zavarok léphetnek fel (pl. elszédülhet). Így a Föld jelentős vízkészletei közül az ember számára csak az esővíz, a folyók, tavak, és a talaj vízkészlete, vagyis az elérhető édesvizek hasznosíthatóak.

Az ember számára hozzáférhető édesvíz-készlet a Földön található összes vízmennyiségnek kevesebb mint 0,1 %-a, és eloszlása nem teljesen fedi az emberi populációk eloszlását (magyarán nem mindenütt van elegendő potenciális ivóvíz, ahol emberek élnek). Az ábráról nem derül ki, de érdemes emlékezni rá, hogy a víz szempontjából a Föld zárt rendszer, ami azt jelenti, hogy a bolygónkon rendelkezésre álló vízkészlet nem fogy, és nem gyarapszik, de az eloszlása a Föld felszínén jelentősen változhat.

A víz nélkülözhetetlen az emberi szervezet működéséhez. A szomjúság a legkínzóbb érzések egyike, amelyet sokáig senki sem viselhet el. Míg evés nélkül napokig, hetekig meg tudunk

lenni, víz nélkül csak egy-két napig bírjuk ki. Természetesnek vesszük, hogy otthon vagy az iskolában a csapból mindig iható víz folyik, pedig ez a föld nem minden pontján van így.

Az **ivóvíz** előállítása a fentebb említett természetes forrásokból történik, komoly technológiát igénylő víztisztítás után. A tisztítatlan tó- vagy folyóvízből egy-két korty nem feltétlenül ártalmas, de a természetes vizekben a szervezetre káros kémiai anyagok fordulhatnak elő, illetve olyan élőlények vannak bennük, amelyek enyhe esetben hasmenést, súlyosabb esetekben betegséget okozhatnak.

Manapság különösen vidéken még számos helyen ásott kutakból nyerik a vizet, ezt azonban meg kell vizsgáltatni, hogy emberi fogyasztásra alkalmas-e. Ezt a vízművek kérésre, megfelelő díj ellenében elvégzik. Az ásott kutakban lévő talajvíz is szennyezett lehet különféle anyagokkal (gondoljunk arra az esetre, amikor pl. a falusi udvaron a kút az árnyékszék mellett van – az árnyékszékből az ürülék észrevétlenül beszivároghat a kútba, és elszennyezi annak vizét.) A szennyezett vízü kútból történő vízfogyasztás legnagyobb veszélye az, hogy a gyanútlan vízivó hasmenést kap, amely – ha nagyon szennyezett a víz – igen súlyos is lehet. A kolera nevű betegség például, amely a XIX. században sok halálesetet okozott, úgy fordul elő, hogy a kórokozó baktérium bekerül az ivóvízbe, s onnan bejut mindenkinek a szervezetébe, aki a szennyezett vízből iszik.

Az ásott kutak vize nemcsak kórokozókat tartalmazhat, hanem olyan kémiai anyagokat is, amelyek károsak az egészségre. Különösen fontos, hogy csecsemőknek és kisgyermekeknek mindig csak megbízható minőségű ivóvizet adjunk, illetve ilyet használjunk a tápszer vagy ételek elkészítéséhez. Ha nincs folyóvíz a háztartásban, palackozott (szénsavmentes) ivóvizet használjunk ugyanerre a célra. **Gondoljunk arra, hogy az ivóvíz megújuló természeti erőforrás, nem szabad pazarolnunk. Mindig csak annyit használjunk, amennyire tényleg szükségünk van.**

Levegő

A levegő szintén nélkülözhetetlen a szervezet működéséhez; ez szolgáltatja az oxigént az energia-előállító anyagcsere-folyamatokhoz. Ugyanakkor a tiszta levegő is csökkenőfélben van, mint annyi más természeti erőforrás, amelyet az ember úgy használ, mintha végtelen mennyiség állna rendelkezésére. Pedig a tiszta levegő el tud fogyni, különösen zárt terekben. Gondoljunk a liftre, amelyben előzőleg egy dohányos utazott, s amelyben az általa elszennyezett levegőt kell nekünk beszívni. A zárt terek levegőszennyeződésének egyik legfőbb oka a dohányzás. A zárt teremben, liftben, szobában, stb. rágyújtó dohányos nemcsak a maga egészségét rombolja, hanem azokét is, akik ugyanabban a helyiségben tartózkodnak. A dohányos által kilélegzett levegő ugyanis még jócskán tartalmaz káros anyagokat. Ma már Magyarországon törvény tiltja, hogy közösségi terekben, például kórtermekben vagy iskolákban rá lehessen gyújtani, és így a nem dohányzó gyerekek és felnőttek egészsége veszélyben legyen.

A dohányosok körében a nemdohányzókhöz képest lényegesen magasabb a például a tüdőrák, szájüregi rák, koszorúér-elmeszesedés, tüdőtágulás, idült hörgőgyulladás kockázata, de a dohányzás nyomot hagy például az arcbőrön is, és általában rontja a sebgyógyulást.

A tiszta levegőnek az iskolában is nagy jelentősége van; a tanulók óra közbeni elálmósodásáért, szájszáradásáért gyakran az elhasznált, meleg, alacsony páratartalmú levegő a felelős. Hány fokal a túl meleg levegő? Bár a hőérzékeléssel kapcsolatban vannak egyéni különbségek, azt mondhatjuk, hogy átlagosan felöltözött ember számára 20°C körüli hőmérséklet az ideális. Ha a levegő ennél melegebb, akkor a test izzadni kezd, nehogy túlmelegedjen, a test belsejében, a szervekben a hőmérsékletnek ugyanis állandónak kell lennie. Az izzadást megelőzően gyorsul a keringés, a vér egy része a bőrbe áramlik, a verejték elpárolgása hőt von el, közben azonban az agyba már nem jut annyi vér, amennyi az összpontosításhoz szükséges; ekkor álmosodunk el.

Szellőztetéskor a meleg levegő kiáramlik, kintről pedig hűvös levegő nyomul be az osztályterembe, a levegő felfrissül. Ha azonban túl sokáig hagyjuk nyitva az ablakot, vagy ha nem jó a fűtés, akkor a helyiség lehűl, s ha huzamosabb ideig ilyen helyiségben üldögélünk, egyszer csak azt vehetjük észre, hogy fázunk, majd remegni kezd a testünk. A szervezet ugyanis ekkor hőt termel, hogy a belső szervekben uralkodó állandó hőmérséklet ne csökkenjen, s ezt akarattalan izomrángások révén éri el.

A levegő általában felfrissül szellőztetés után, kivéve, ha a terem ablakai nagy forgalmú útra nyílnak, és benzingöz áramlik be az ablakon, vagy a széljárás valamilyen kellemetlen szagot húz be a terembe. Többek között ezért is van jelentősége azoknak az építészeti előírásoknak, amelyek meghatározzák, hová, milyen tájolóással lehet iskolát építeni (s nagy forgalmú út mellé ezért nem lehet). Ha kellemetlen szag árad be az ablakon, akkor észrevesszük, hogy valami nem odavaló van a levegőben. Vannak azonban olyan típusú levegőszennyeződések is, amelyeket a szag nem árul el, nem tudjuk észrevenni.

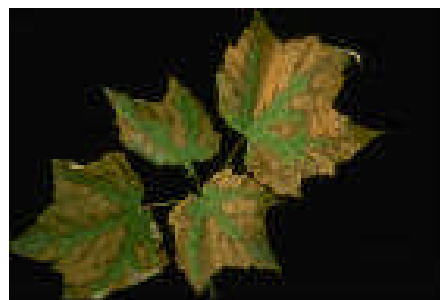
Ezek közül a legveszedelmesebb a **szénmonoxid**, amely nem látható, nem szagolható, sőt még kellemetlen tüneteket sem okoz, csak éppen az oxigén helyébe kötődik a vér festékanyagában, és észrevétlenül mérgezi a szennyezett levegőt belélegző embert. A letragikusabb esetekben akár halál is bekövetkezhet. Szénmonoxid-mérgezés leggyakrabban rosszul kitisztított vagy régen nem ellenőrzött kályhák, gázkonvektorok által fűtött helyiségekben következik be; ezért ennek megelőzésére a fűtőtestek karbantartását minden fűtési szezon előtt el kell végezni.

A másik alattomos gáz a **széndioxid**, amely szintén nem érzékelhető; leggyakrabban forrásban lévő bort tároló pincékben gyűlik meg. A széndioxid és a szénmonoxid jelenlétéről úgy győződhetünk meg, ha gyertyát magunk előtt tartva haladunk előre a helyiségben, a gyertyát az állunk magasságában tartva. Ha a gyertya elalszik, ez azt jelenti, hogy nincs elegendő oxigén a levegőben az égéshez. Márpedig ha a gyertyának nem elég az oxigén, nekünk sem lesz elég, ezért a lehető leggyorsabban hagyjuk el a helyiséget.



6.1.2. Ábra: A savas eső hatása az épületekre, szobrokra

A szénmonoxidon és széndioxidon kívül más szennyezőanyagok is előfordulhatnak a levegőben, mint például gáz formában a **kénoxidok,** **nitrogénoxidok,**



6.1.1. Ábra: A savas eső hatásai a növényekre

kénsav; alig látható szilárd részecskék formájában pedig a **pernye, szénpor**, korom. Ez utóbbiak jelenlétét a növények levelein látható szürkés bevonat vagy az épületek egykor színes vakolatainak elszürkülése, elfeketedése mutatja (ez persze akkor fordul elő, ha a levegőszennyezés tartós). A kéndioxidból képződő kénsav az esővel együtt visszahullva a földre (**savas eső**) káros hatással van a növények leveleire, amint az a 6.1.1. ábrán is látható; és tönkreteszi az épületek, szobrok külső rétegét (6.1.2. ábra). A szennyezett levegő az ember egészségére nézve sem kedvező hatású; magas szennyezőanyag-koncentráció esetén a torok irritációja, száraz köhögés, a szem könnyezése, fejfájás jelentkezhet.

A levegőszennyezés csökkentése nehéz dió, ugyanis ennek forrásai döntően ipari üzemek, így a helyzet változtatásához politikai döntések kellenek. Ezt célozza például a Kiotói Egyezmény, amely a levegőszennyezés csökkentését irányozza elő világméretben. Az egyes emberek cselekvési lehetőségei a környezetszennyezés csökkentésére korlátozottak, de például a dohányzástól való tartózkodás nemcsak az ember saját egészségét védi, hanem a Föld levegőjének minőségét is javítja.

Talaj

Miért fontos a talaj? Azon járunk, ebben természetjük a növényeinket, erre építjük a házainkat, ide tesszük a hulladékainkat, és életünk végén minket is a talajba rejtenek.

A talaj az életnek szó szerint és átvitt értelemben is megtartója; a növények a talajból szívják fel a tápanyagokat gyökereik révén, így ami a talajban benne van, az bekerül a növényekbe, majd az állatokba, amelyek a növényekkel táplálkoznak, és végső soron növényi és állati eredetű táplálékainkkal együtt a mi szervezetünkbe is. Így a talaj minősége befolyásolja táplálékaink minőségét.

A modern élet egyre több tápanyagot vesz ki a talajból a mezőgazdasági tevékenységek révén, olyannyira, hogy e tápanyagok egy részének mesterséges pótlása (műtrágyázás) nélkül nem is tudnánk megfelelő mennyiségű élelmiszert előállítani. Emellett azonban egyre több értéktelen dolgot, **hulladékot** teszünk be a talajba, vagy hagyjuk ott úton-útfélen, erdőben, hegytetőn zsákszámmra vagy egyenként, az időjárásra bízva a talajba juttatást. A talajnak öntisztuló képessége van (csakúgy, mint a természetes vizeknek), ami azt jelenti, hogy a bekerülő hulladék, szennyeződés egy részét a talajban élő mikroorganizmusok képesek elbontani, felhasználni saját anyagcsere-folyamataikhoz. Az öntisztuló képesség (a vizeknél, talajnál is) azonban véges, és sok helyen ma már el is érte határát. Miért baj ez? Mert a lebomlani nem képes szennyeződés ott marad a talajban, s a fentebb említett körforgás során megjelenik élelmiszereinkben, másrészt elszivároghat a talajban lévő vizekbe, szennyezi azokat a vízkészleteinket, amelyekből ivóvizet nyerünk.

A talaj egyébként, függetlenül attól, hogy hulladékkal szennyezett-e vagy sem, mindig veszélyesnek tekinthető, ha például elesés kapcsán bekerül valamilyen sebbe. Talajjal szennyezett sebet mindig alaposan ki kell tisztítani, és orvoshoz kell fordulni annak eldöntésére, hogy szükség van-e tetanusz ellenanyag megadására. A tetanusznak, ennek a halálos izomgörcsrel járó, még ma is gyógyíthatatlan betegségnek a kórokozója ugyanis gyakran előfordul a talajban, és ott hosszú ideig életképes.

Napsugárzás

Bolygónkon a napsugárzás nélkülözhetetlen az élet fenntartásához. Amint a bevezetőben is említettük, a napsugárzás szolgáltatja a fotoszintézishez az energiát, amellyel a növények számunkra hozzáférhető energiaforrásokat állítanak elő. A meztelen bőrt érő napsugárzás közvetlenül is szükséges ahhoz, hogy az emberi bőrben **D-vitamin keletkezzen**.

A napsugárzásnak azonban veszélyei is vannak. Ha valaki például közvetlenül a napba néz, akkor súlyosan károsodhat a szemben lévő ideghártya (retina). Erre napfogyatkozáskor is érdemes emlékezni; napba nézni csak megfelelő védőszemüveggel lehet. Gondoljunk arra, hogy a hegesztők is védőszemüveget viselnek, pedig az ívfény intenzitása nem hasonlítható a nap fényének erősségéhez. Az erős fénynek a retinára gyakorolt hatását mindenki tapasztalhatja, amikor erős fényforrásba néz. Ha az ember elfordítja a fejét és becsukja a szemét, utána még másodpercekig látja a fényforrás képét a retináján. Hosszantartó napba nézés után a retina 'kiég', a szem lecsukása után megjelenő folt nem tűnik el többé.

Hasonlóképpen, a bőrnek ugyan szüksége van arra, hogy napfény érje, de a mi éghajlatunkon egy, az időjárásnak megfelelően öltözködő embernek bőségesen elegendő az a napfény, ami tavasztól ősziig járva-kelve éri. Nem szükséges szoláriumba járni ahhoz, hogy megfelelő mennyiségű D-vitamint termeljen a szervezet; sőt a túlzásba vitt szoláriumozás kifejezetten árt a bőrnek, és elősegíti annak korai öregedését (a bőr kiszáradása, ráncosodás, pigment foltok). Mit jelent a túlzás? Gondoljunk arra, hogy a bőr barnulása tulajdonképpen a szervezet védekezési reakciója; a sötét bőrfesték (pigment) termelésével a szervezet csökkenteni próbálja a bőrt érő sugárzás mennyiségét. Minél több a pigment, annál intenzívebb a bőrt érő sugárzás, és annál nagyobb mértékű a károsodás.

Az egészségünk érdekében érdemes védekezni a napsugárzás ellen, különösen, amikor az a legintenzívebb. Nyáron a déli, kora délutáni órákban (11-től 3-ig) nem ajánlatos napozni, s ha a szabadban kell tartózkodnunk, viseljünk hosszú ujjú ruhát (az arc és a karok egyébként is a többi testrésznél nagyobb mértékű napsugárzásnak vannak kitéve), használjunk napvédő krémet, viseljünk kalapot, és bőségesen fogyasszunk folyadékot. Különösen ügyeljünk a napsugárzás elleni védelemre a gyerekeknél.

Irodalom

Kertai P.: *Megelőző orvostan*. Budapest, 1999. Medicina Könyvkiadó Rt.

Feladat

1. Térképezze fel, hogy településének mely helyein a legnagyobb a levegőszennyeződés!
2. Tervezzen látogatást a települését ellátó vízádó helyre!
3. Tervezzen folyóirat-tallózást a környezetszennyeződés témakörében!

6.2. A TELEPÜLÉSEK ÉS AZ ÉPÍTETT KÖRNYEZET EGÉSZSÉGET MEGHATÁROZÓ SZEREPE

Dr. Kósa Karolina

Bevezetés

A települések és épületek, vagyis az épített környezet jelentősen befolyásolja a benne élők testi egészségét, de meghatározó szerepet játszik a magatartás és a lelki egészség alakításában is. Az épületeknek alapvető feladatuk, hogy az ember azon tevékenységeihez, amelyek a szabadban nem végezhetők, megfelelő közeget teremtsenek. Ez a közeg, ha jól van tervezve, emberi léptékben (amelyhez irányadó az emberi test és annak méretei), segíti az ember mindennapjait és hozzájárul az egészsége megőrzéséhez. Például fákkal szegélyezett, megfelelő szélességű járdák kedvet csinálnak a gyalogláshoz; ha viszont ezek a járdák hepehupások, keskenyek, ráadásul még zsúfolt út mellett haladnak, amelyről csak úgy árad a benzingőz, akkor aligha fog bárki is akarni ott sétálgatni, hacsak nem muszáj.

Épületek

Az ember nemcsak társas lény, hanem természeti lény is, abban az értelemben, hogy ezer szállal kötődik a természethez. Ennek az épített környezetben is tükröződnie kell. Például ma már tudjuk, hogy az ablaktalan irodák, munkahelyek, amelyeket korábban azért építettek, mert a munka hatékonyságát kívánták növelni, éppen az ellenkező hatást érik el. Ablaktalan épületekben dolgozók gyakrabban vannak betegállományban, és alacsonyabb a teljesítményük, mint azoknak, akik munka közben ki tudnak pillantani a természetbe.

„Beteg épület – szindróma”

Tudjuk azt is, hogy a nagyon magas épületek nem kedveznek a gyerekek számára, csökkentik az emberek társas érintkezésre való hajlandóságát, tönkreteszik a közelükben lévő nem beépített területeket, elveszik a levegőt és napfényt a környezetüktől, és fenntartásuk is roppant drága. Optimálisnak a négy emeletnél nem magasabb épületek tekinthetők, ezt azonban sajnos egyéb, leggyakrabban pénzügyi megfontolások felülírják. Az épületek tervezése döntő abból a szempontból is, hogy a közösen használt terek kedveznek-e az ott megfordulóknak társas érintkezésre, vagy éppen ellenkezőleg, a lakásokba való

visszahúzódtást erősítik. Tanulmányok szerint a nagyon magas épületekben élők körében magasabb a mentális betegségek előfordulása, és ennek kockázata arányos azzal az időtartammal, amennyit a lakók az épületben töltenek.

Tudjuk például, hogy a beton, mint építőanyag minden szempontból kedvező, kivéve a hőszigetelő képességét. A betonból épített lakások gyorsan átveszik a külső hőmérsékletet, ezért télen könnyen kihűlnek, költséges a fűtésük, nyáron pedig nagyon felmelegszenek. Ennek következtében télen a légúti megbetegedések, nyáron pedig a kiszáradással és hőpangással kapcsolatos panaszok keseríthetik meg a bentlakók életét.

Az épületek és együtteseik kialakítása abban is szerepet játszik, hogy azokban a **bűncselekmények** előfordulása milyen arányú. Sok egyforma nagy épület, mint amelyenket jó néhány lakótelepen lehet látni világszerte, nyomasztó világot jelent, nemcsak érzelmileg, hanem kisgyermek és látogatók számára például konkrétan is, akik könnyen eltévednek az épületrengetegben.

Közlekedés és környezet

Korunk jellegzetes közlekedési eszköze, az autó a városok képét is teljesen átformálta. Egy autó átlagosan 70-szer annyi helyet foglal el, mint egy gyalogos, és álló helyzetben is nyilvános teret követel. Nem véletlen, hogy a parkolás minden nagyváros egyik legfontosabb gondja, sikeres megoldására azonban alig vannak példák. A parkoló holt terek, amelyek autók tárolásán kívül másra nemigen használhatók, ugyanakkor (hacsak nem épületekben vannak) rendszerint vagy az emberi tevékenységek szempontjából értékes központi, belvárosi tereket foglalnak el a településeken, vagy zöldfelületeket azok határában. Az autók egyrészt jelentősen csökkentik az aktív testmozgással töltött időt a modern ember számára; hiszen az autóval megtett távolságoknak egy részét gyalog is meg lehetne tenni, ami a testmozgás legkézenfekvőbb formája. Másrészt a városi környezetszennyezés legfőbb okai, amelyek kipufogógázai és zaja különösen nagy forgalmú utak mellett álló épületekben lakó vagy dolgozó embereknek jelentős környezeti terhelést okoznak.

Az autók igénybevétele nagyon jelentős mértékben attól függ, hogy a településen milyenek a távolságok, és milyen egyéb közlekedési lehetőségeket lehet igénybe venni. Kistelepüléseken optimális a kerékpár, amely alig foglal el több helyet, mint egy gyalogos; és amely kitűnő lehetőséget biztosít a test egyenletes átmozgatására, használatához azonban szilárd burkolatú utak kellene, amelyek biztosítják az autóforgalomtól való elkülönülést. Nagyobb településeken a tömegközlekedési hálózat milyensége szabja meg, hogy a lakosok milyen szívesen gyalognak vagy autóznak.

A jó közérzetet biztosító, humánus emberi környezet teremtése olyan világ kialakítását jelenti, amelyben nemcsak a gyakorlati, funkcionális, gazdasági, higiénés szempontokra kell figyelemmel lenni, hanem nem szabad elfeledkezni az emberek esztétikai igényeiről, a harmónia iránti vágyáról sem.

Irodalom

Alexander, C.: *The pattern language*. New York, 1977. Oxford University Press

Feladat

1. Mutasson be településén egy emberbarát, „egészséges” utcát!
2. Hasonlítsa össze egy nagyváros és egy falu egészségre gyakorolt hatását!

6.3. A GYERMEKINTÉZMÉNYEK KÖRNYEZETÉNEK JELENTŐSÉGE A GYERMEK PSZICHOSZOMATIKUS FEJLŐDÉSÉBEN

"A szép környezet etikusabb magatartásra nevel"

Dr. Barabás Katalin és Kiss Judit

Bevezetés

A gyermekek a felnőtteknél érzékenyebbek az egészséget fenyegető környezeti hatásokra és ezért különleges védelmet igényelnek. Fodor József, aki az ifjúság-higiéné megteremtője volt, már a XIX. században felhívta erre figyelmet. Most, a XXI. század elején is azt a célt tűzzük ki, hogy olyan optimális környezetet kell kialakítani az oktatási intézményekben, amelyben a szervezetet érintő ingerek kifejlesztik az alkalmazkodóképességet, az iskolai környezet elősegíti a fejlődést, az optimális teljesítőképesség elérését, és biztosítja az egészséges életmód kialakítását.

Az 1997. évi CLIV. tv. az egészségről, az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program, valamint kormányrendeletek, IM rendeletek egyaránt megpróbálják szabályozni az optimális iskola, iskolai környezet kialakítását.

A közel 1,6 millió tanuló oktatását biztosító 5350 általános- és középfokú oktatási intézményre kiterjesztett, az Országos Egészségfejlesztési Központ által végzett vizsgálat eredményéből kiderült: 13 % felel meg az előírásoknak. Ezt az eredményt aláhúzzák a tanulóifjúság életkorral emelkedő egészségi állapotromlást tükröző epidemiológiai adatai, amelyek kialakításában részt vesznek az iskolai környezeti tényezők.

Az optimális környezet kialakításához anyagi ráfordításra, de sok esetben szemléletváltoztatásra van szükség; éppen ezért nemcsak az ellenőrzést és az intézkedést végző ÁNTSZ területi intézeteinek feladata a hiányosságok megoldása, hanem a pedagógusoknak is ismerniük kell az iskola-higiéné előírásokat, hogy az egészségügy az oktatásüggyel karöltve tudja biztosítani az intézményi hátteret a gyermekek optimális testi, lelki fejlődéséhez.

A korszerű iskolaépület követelményei

Telepítés követelményei

A zajos és forgalmas útvonaltól lehetőleg távol, de tömegközlekedéssel jól megközelíthető helyen, akadálymentes környezetbe kell telepíteni az intézményt. Belvizes, ártéri területre, szennyezett, veszélyes területre nem lehet iskolát építeni. Az intézmény nagyságát meghatározza a befogadó létszám, a szükséges funkcionális tagolás biztosítása, a normatíva szerinti 25%-os beépítés mértéke.

Tájékozás: a délre, délkeletre néző oktatási termek kedvezőek, a rajzterem északi szórt fényt kapjon.

Az **udvar** fontos tartozéka az iskolának, szerepe a szabadlevegőn folyó testnevelés, a szünetekben a szabadlevegőn történő testmozgás. Az iskolaudvar funkcionálisan **előkertre, játszótérre, pihenőtérre tagolódik**. A játszótér a szabadban folytatott játéknak ad teret, télen korcsolyapályaként is használható. A tornatér labdajátékokra használható, futópályát, ugróödröt is tartalmaz. A pihenőtér fásított padokkal ellátott zöld terület. A városi iskolákban kertészkedésre alkalmas kísérleti parcellákat is kialakítottak. Az udvar tisztaságáról, a rendszeres locsolásról a pedagógus és az iskolaorvos egyaránt tájékozódjon.

Az intézményeket csak **közművesített** telekre lehet építeni.

Vízellátás – csatornázás

Az intézményekben laboratórium által igazolt ivóvíz-minőségű vizet kell biztosítani.

A tanulók által használt vizes berendezések melegvízellátását központi kevert vízzel kell megoldani. A csatornarendszert az igénybevételhez méretezve kell kialakítani, amennyiben nem a hálózati szennyvízcsatorna rendszerhez csatlakozik, akkor szükséges helyi szennyvízkezeléssel megoldani.

Fűtés

A fűtőberendezések biztosítják a helyiségek megfelelő léghőmérsékletét. Lehetőséget kell teremteni az egyes rendeltetési egységek, tanterem egyedi hőmérséklet szabályozására. A fűtőtestek felületi hőmérséklete nem haladhatja meg a 65C^o-ot, ellenkező esetben burkolatról kell gondoskodni. A fűtőtest burkolata megfelelően „szellős” legyen, hogy ne rontsa a hőátadást, és a megfelelő takarítást is tegye lehetővé.

A helyiségek tartózkodási zónájának (az ablaktól 1,0 m távolságra a padló felett 50,0 cm-rel) vonatkoztatott átlagos léghőmérsékletet kell biztosítani:

- | | |
|--|--------------------|
| - mosdó, zuhanyzó, orvosi szoba | + 24C ^o |
| - tanterem, csoportszoba, igazgatási és szociális helyiségek, könyvtár | + 20C ^o |
| - étterem, tornaterem, raktárak | + 18C ^o |
| - műhely, konyha, illemhelyek, közlekedők | + 16C ^o |

Szellőzés

Szellőztetésen valamennyi zárt térség légcseréjét értjük. Minden emberi tartózkodásra szolgáló helyiség levegője az ember életműködése következtében megváltozik. A kilélegzett levegővel az ember CO₂-gázt, vízgőzt és hőt ad le, a patogén és esetleg patogén csírákat juttat a levegőbe.

A helyiségekben tartózkodók bőréről, ruhájából is kerülhetnek szennyező anyagok a légtérbe. Minél több ember tartózkodik huzamosabban egy helyiségben, annál inkább fokozódik a levegő elszennyeződése, emelkedik a hőmérséklet, a pártartalom. Szellőzéskor a helyiségbe annyi friss levegő beáramlását kell biztosítani, hogy a szennyező anyagok koncentrációja a mindenkor a megengedett higiénés határérték alatt maradjon.

Az oktató helyiségek levegőcseréjét természetes szellőzéssel kell biztosítani, lehetőség szerint folyamatosan (pl.: bukóablak). Az összes ablak felső 1/3-t befele buktatható ablakszárnyal, távnyitó szerkezettel kell ellátni. Az ablakok alsó 2/3 részén teljesen feltárható ablakszárnyak biztosítják a szellőztetést. A tömegtartózkodás céljára szolgáló helyiségekben (pl.: tornaterem, aula stb.) mesterséges szellőzést is kell biztosítani.

Világítás

Az iskolai munka nem könnyű feladat a gyermekek számára. Optimális környezeti feltételek, jól szervezett pedagógiai munka szükséges ahhoz, hogy a tanulók megfelelő határfokkal dolgozzanak. Ellenkező esetben teljesítőképességük szintje alacsonyabb, s a szemizmok tartós és statikus igénybevétele azok kifáradásához vezet. Alacsony megvilágítási szinten csökken a látásélesség; a szemizmok kifáradását kísérő tünetek (a fejfájás, szédülés, hányinger, esetleg kötőhártya gyulladás is) léphetnek fel. A koncentrálóképeség csökken.

A nevelési-oktatási intézményekben a munka nagyrészt vizuális jellegű, ezért döntő fontosságú a megfelelő világítás. Mind a természetes, mind a mesterséges világításra vonatkoznak a következő higiénés követelmények:

- megfelelő erősség;
- káprázás mentesség;
- egyenletesség;
- megfelelő árnyékoltság és színhatás.

Higiénés szempontból kívánatos az iskolatábla helyi megvilágítása oly módon, hogy a világítótest a fényt közvetlenül a táblára sugározza, a fényforrást a tanulók felől eltakarja, és külön kapcsolható legyen. Az üzemeltetés során fontos szempont a világítóberendezés rendszeres tisztítása és karbantartása.

A szerelvények, csatlakozók lehetőleg süllyesztett típusúak legyenek. A tantermekben, előadótermekben, egyéb közösségi helyiségekben, tornateremben, műhelyekben és folyosókon az elektromos eszközök részére fedeles, földelt, süllyesztett dugaszolót kell biztosítani.

Az oktatási intézmények helyiségeiben szabályozható világítást kell alkalmazni. A műhelyekben és irodákban az általános megvilágításon felül munkahelyi világítást is biztosítani kell.

| Mesterséges megvilágítási értékek | |
|--|--------------|
| tanterem | 500 lux |
| 0,65 – 0,95 m magasságbanlévő munkafelület | 500 lux |
| falitábla | 500 lux |
| számítógépterem | 500 lux |
| közlekedő, raktár | 80 - 100 lux |

6.3.1. Táblázat: Mesterséges megvilágítási értékek

Az iskola helyiségeire vonatkozó előírások

Tantermek

52-54 m² alapterületű tantermekben 40 általános iskolás ill. 30-36 középiskolás tanulóval számolnak; egy főre 2 m² alapterületet és 6 m³ kubaturát kellene alkalmazni. A tantermi zsúfoltság mind a tanulók közérzete, mind az oktatás, mind a cseppfertőzés és mikroklíma miatt kedvezőtlen.

Egész napos és kulturális foglalkoztatásra szolgáló helyiségek

Szükség lenne játszósobákra, ének-zene-, rajztermek álljanak rendelkezésre, és ezek használhatók legyenek az egész nap iskolában lévő tanulók számára. Kívánatos lenne, hogy legyenek az egyéni elmélyülést és a közösségi megmozdulásokat szolgáló kisebb helyiségek, valamint egy díszterem.

Tornaterem

A 8 tantermes iskolákhoz 162, vagy 288, 540, kivételesen 1080 m² alapterületű tornaterem, valamint kedvező lenne két kisebb méretű tornaterem. A padozatra, a keresztzellőzésre, a tornaszerek állapotára, az ablaküveg és a világítótestek védelmére kell figyelemmel lenni. Nemek szerint külön öltözőket, külön zuhanyozókat és WC-ket kell biztosítani, ahol a tanulók a fizikai aktivitás után a megfázás veszélye nélkül tisztálkodhatnak.

Étkeztetésre szolgáló helyiségek

Ma leginkább melegítő-tálaló konyhás étkeztető helyiségek vannak, az ebédlőben a kultúrált étkeztetést kell biztosítani. Nevelési szempontból igen fontos az ebédlő berendezése, a kézmosási lehetőség, az étkezészetek minősége, terítési módok stílusa.

A személyi higiéne feltételei

60 lányra 3 WC fülke, 60 fiúra 1 WC fülke és 2 vizelő kagyló jut. Kézmosásra megfelelő mosdót, folyékony szappant, papírtörölközőt kell biztosítani. A vízivást ivóutak segítségével

kell biztosítani, a felsőruházat tárolására legjobb a szellőző és tisztántartható szekrény, vagy központi ruhatár.

Berendezések

A berendezések fajtáját, számát a funkció határozza meg.

Általános követelmény:

- a bútorok, berendezések (a rögzítettek kivételével) könnyen mozgathatóak legyenek, hogy biztosítsák a funkcionális egységek átrendezhetőségét és flexibilis használatát;
- kopásállóak legyenek, feleljenek meg a fokozott használati követelményeknek;
- biztosítsák a balesetmentes, fertőzésmentes használatot, a könnyű tisztántarthatóságot;
- a felhasznált anyagok felületi megmunkálása, színe feleljen meg az oktatás sajátos követelményeinek;
- az asztalok és székek méretei feleljenek meg a különböző korosztályok méreteinek és az **ergonómiai** követelményeknek;
- a szabadtéri eszközöknek és sporteszközöknek meg kell felelniük a vonatkozó szabványok és előírások biztonsági követelményeinek.

Az iskolai munka végzése nagy részben ülő testhelyzetben történik. Amennyiben a berendezés (pad v. szék) nem megfelelő, akkor az izmok fokozott statikus megterhelése kifáradást eredményez, ami a teljesítőképességet csökkenti.

Az alkalmatlan iskolai bútorzat rossz testtartás kialakulását is elősegíti. Az iskolás gyermek testtartása nem mindig egyforma. Másképpen kell ülnie írás közben, és másképpen, amikor a pedagógus magyarázatát, vagy társainak felelését hallgatja. A testtartás tehát feleljen meg az adott helyzetnek, a munkafeladatnak, de azoknak a szempontoknak is, amelyek a szervezet normális fejlődését biztosítják.

Milyen a gerinc szempontjából jó szék?

Mozgásszegény, ülő életmódunk ma már a gyermekek osztályrésze is: ők is a TV, video, számítógép és autó korában élnek. Ha már sokat ülünk, legalább jó széken és jó testtartással ülnénk.

Mitől jó egy szék és mikor jó a testtartás ülés közben?

A gerinc szempontjából akkor jó a szék, ha az alábbi követelményeknek megfelel:

1. A szék magassága és az ülőfelület hosszúsága lehetővé teszi, hogy az ülőfelületen egészen a széktámláig hátracsúsztassuk a fenekünket, és eközben talpunk a földön nyugodjon.
2. A szék támlája olyan helyen és olyan helyzetben van, hogy a medencecsontunk tetejét és a derekunkat neki tudjuk támasztani.
3. A szék támlája nem túl hosszú, és így nem gátolja a lapockák és a hát felső része elhelyezkedését.
4. A szék támlája úgy van kiképezve, hogy író helyzetben is és figyelő helyzetben is meg tudja támasztani a medencecsont tetejét és a derekat.

5. A szék ülőfelületének elülső széle nem éles, és így nem nyomja a combot, vagyis nem gátolja a vérkeringést.

(A medencefenék szempontjából akkor jó a szék, ha az alábbi követelményeknek megfelel: az ülőfelület nem süpped, hanem lehetőleg kemény. A medencefenék szempontja azért fontos, mert az ülő életmód folytán az aranyér és a vizeletcsepegés is egyre gyakoribb, s ezeket leginkább megelőzni lehet: azzal, ha a medencefenék izomzata minél erősebb. Amikor süppedő, bemelegedő széken ülünk, a medencefenék izmainak nem kell működniük: a süppedő ülőfelület megtart magától is. Ezért a medencefenék izmai ellustulnak, gyengülnek. A süppedő ülőfelületen a medencefenék be is melegszik, ez is az izmok ellustulásához, valamint férfiaknál prosztatatafájdalmakhoz vezet.)



6.3.1. Ábra: A gerinc szempontjából jó szék

Kényelmes az ülés, ha támla követi a gerincoszlop görbületét és a lapockáig ér. Ez esetben a test súlypontja a medencecsontok, és a támla alkotta háromszög fölé kerül. Elősegíti a kényelmes ülést az is, ha az ülőlap alakja megfelel a medence és a comb hajlatának. A jó iskolabútor lehetővé teszi a kedvező látótávolság betartását írásnál, olvasásnál, rajzolásnál.

Ha az **írólapp** síkja (asztallap) a vízszinteshez képest 10-15 fokos szöget zár be, akkor a könyvet és a füzetet elég nagy és azonos szögben látja a tanuló. Ha testméretének megfelelő bútorzaton ülve dolgozik, akkor talpa a padlón nyugszik, a comb és lábszár pedig enyhe tompaszöget zár be. A legömbölyített szélű ülőfelület, a comb legalább kétharmadát alátámasztja. A tanuló nem dől az asztalra, és vállát nem emeli. Oktatási segédeszközök (matematika) használatánál, játéknál, csoportfoglalkozásoknál viszont a vízszintes asztalfelület a megfelelő.

Az oktatás mobilis bútorzatot igényel. Egy tanterem berendezésénél általában 2-3 méret lenne kívánatos, hogy a tanulók többsége megfelelő bútorzatot tudjon használni. Egyre több állítható magasságú bútort gyártanak, amelyeknél a magassági állítás egyszerűen megoldható. Az egyedi berendezés elhelyezése nagyobb alapterületet igényel. A fix ülőhelyzetnél a kedvező **táblára rálátási szög legalább 30-35 fok. A széleken ülők fej-, szem- és testtartása egyoldalúvá válhat, ülésrendjüket félévenként cserélni kell.**

A **táblával** szemben egészségügyi szempontból támasztott fontos kritériumok közé tartozik, hogy sima, fénytelen, nem tükröző felületű legyen. Elhelyezésével valamennyi tanuló megfelelő rálátását biztosítsák, továbbá megfelelő kontraszt legyen a tábla alapszíne és a ráírt szöveg között.

Audiovizuális berendezések esetében mind a környezeti feltételeket, mind a foglalkozások tartamát is szükséges szabályozni. Az iskolai televíziós oktatásnál a képernyő távolsága és láthatósága, míg a személyi számítógépeknél éppen közelség és a testhelyzet okozhat problémát.

Az információs rendszer eszközeit egymással kommunikáló emberek működtetik, így a pedagógiai munkában továbbra is az ismeretadással azonos jelentőségű a képességek, készségek fejlesztése, a személyiség formálása. A számítógéppel végzett tevékenység fokozottabb igénybevételt jelent a tanuló részére, mint a hagyományos iskolai munka. Csak egészségkárosító hatásoktól mentes tanulási környezet biztosításával előzhető meg a később esetlegesen fellépő olyan egészségi ártalmak, amelyek a látás fokozott igénybevételéből, a mozgásszervek helytelen terheléséből, valamint a mentális kifáradásból adódhatnak.

Számítógépes oktatással kapcsolatos egészségügyi követelmények

Megfelelő kialakítású tanteremben 3,5 m²/fő tanulóként biztosítandó alapterület. Természetes és mesterséges megvilágítás ideális kontrasztot biztosít a munkafelületeknek. A mesterséges megvilágítási érték 500 lux, legalkalmasabb a mennyezetre irányuló káprázás mentes általános megvilágítás.

Komfortos hőérzet szükséges a teremben, ahol az uralkodó zajszint 50 és 60 dBA között lehet. A terem padlózata matt, nem fényvisszaverő melegpadló, melyeknél elektorstatikus feltöltődés nem fordulhat elő. A bútorzat állítható méretű legyen.

A monitor és a szem közötti távolság 45-50 cm optimális esetben. A képernyő beállítása akkor megfelelő, ha szemmagasság alatt helyezkedik el, 20 fokban hátradöntött és síkja a képernyőt néző személy tekintetére merőleges, ilyenkor a fej 20 fokban előrehajlott helyzetben van. A szemmagasságban elhelyezett merőlegesen álló képernyő még elfogadható, de ennél magasabb elhelyezés nem megengedhető. Lényeges, hogy a billentyűzet előtt legyen elég hely a kéz és a kar alátámasztására. Az egér és a klaviatúra használata akkor helyes, ha a kéz egyenesen, sőt kissé felfelé tartható, ha nem kell emelni. Megfelelő elhelyezésnél az egérnek és a billentyűzetnek azonos felszínen kell lennie.

A tanulók egészségének megőrzéséhez tartozik, hogy a számítógépes feladatok ne okozzanak a kellenél nagyobb pszichés megterhelést, a szükségesnél nagyobb feszültséget és ne jelentsenek túlzott monotonitást. A mentális egészség védelme érdekében fokozott jelentősége van annak, hogy a tanulók megtanulják a számítógép ésszerű használatát és kerüljék a képernyő előtti felesleges időtöltést. A számítógépes játékok, a hálózat szenvedélyes használata éppen olyan káros kötődést alakíthat ki, mint amelyet a szenvedélybetegségek esetében tapasztalunk. A virtuális világban való teljes elmerülés éppolyan káros, és gyermekek lelki egészségét éppen úgy negatívan befolyásolja, mint a többi játékszenvedély.

Ami az otthont és az iskolát összeköti: Az iskolatáska

Szülői jelzések, de országos és nemzetközi vizsgálatok is egyre gyakrabban hívják fel a figyelmet arra, hogy az iskolatáska sajnos egyre nehezebbé válik. Mindannyiunk közös felelőssége, hogy a gyermekek egészségének a védelme érdekében az iskolák figyelemmel legyenek az iskolatáska súlyára az egyes évfolyamokon, de akár indokolt esetben az egyes tanulók esetében is. A vizsgálati eredmények alapján általában a norma szerint megengedett súly, azaz a gyermek testsúlyának 10%-a felett találjuk a kisiskolások táskáit. A vizsgálatok megállapították továbbá azt is, hogy a táskasúly heti megoszlása sem egyenletes, szinte

minden osztályban előfordul 1-2 olyan nap - elsősorban a hétfő és a péntek - amikor az átlagnál is 2 kg-mal nehezebb terhet vittek a tanulók magukkal.

Arra vonatkozóan, hogy egy gyerek mennyi terhet vihet magával, hazai kötelező előírás nincs, azonban az idevonatkozó orvosi szakirodalom alapján osztrák és német szabvány ismert, mely szerint az iskolatáska súlya nem haladhatja meg a gyermek testsúlyának 10, de maximum 12,5 %-át. Ezen adatok alapján az Egészségügyi Minisztérium a testsúly 1/10-ét tartja elfogadhatónak.

Fontos, hogy az iskolák teremtsenek módot arra, hogy minél több felszerelést hagyhassanak a tanulók az iskolában, a pedagógusok körültekintően rendelkezzenek az iskolába kötelezően bevitt taneszközökről, tankönyvekről, valamint a tanulói segédletekről. Törekedjenek az alkalmilag használt eszközök iskolai beszerzésére és tárolására, szülői értekezleten hívják fel a figyelmet arra, hogy a szülők rendszeresen ellenőrizzék az iskolatáskák tartalmát (ugyanis gyakran előfordul, hogy a gyerekek hétfőtől péntekig hordják az egész heti felszerelést). Elsősorban az iskolai megoldások segíthetnek abban, hogy könnyebb legyen az iskolatáska, és természetesen az **Oktatási Minisztériumnak is törekednie kell a terhelés mérséklése érdekében, pl. a jogszabályok módosítása révén a tankönyvek súlyának a csökkentésével, továbbá a Nemzeti Fejlesztési Terv keretei az iskolákban a tanulói zárható szekrények számának növelésével.**

A pedagógus szerepe meghatározó az iskola otthonossá tételében

A pedagógus az iskola-egészségügyi hálózattal együtt tevékenykedik; ebben a kérdésben az ÁNTSZ adott szakembereinek segítő szerepére is számítani kell. Az önkormányzatok segítségével, beruházásukkal anyagi alapot biztosíthatnak a szakemberek által jónak látott, a gyermekek egészségét szolgáló változtatásokra.

A gyermekintézményeknek nemcsak szigorú higiénés feltételeket kell kielégíteniük, hanem **esztétikai hatásukkal szintén hozzájárulnak a gyermekek lelki fejlődéséhez.** Minden osztálynak legyen saját "otthona", amelyet a közösség díszít és a dekorációért, a virágokért, esetleg az élőlényekért személyes felelősséget vállal. Érzelmi kötődés sokkal könnyebben kialakul, ha szép a környezet. A színdinamika pszichológiai hatását előnyösen lehet kihasználni. **A tiszta környezet igényességre nevel.**

Irodalom

- Ágfalvi R.: *Iskola-egészségügyi kézikönyv* Budapest, 1987. Medicina Könyvkiadó
- Bihari Á., Kakucs R., Gyulai É., Szőke K.: *Általános iskolák és középfokú oktatási intézmények higiénés viszonyainak országos felmérése*. 2003. Egészségnevelés 44. 16-21.
- Aszmann A. (szerk.): *Egészségvédelem az oktatásban*. Budapest, 1999. Anonymus

Feladat

1. Tervezzen egy egész évre szóló versenyt a legszebb, legegészségesebb osztály cím elnyerése érdekében!
2. Alkossa meg a versenykiírás kritériumrendszerét, lebonyolításának algoritmusát!
3. A japán oktatásban elfogadott, hogy a tanulók hétvégén saját termüket és az iskola részeit kitakarítják, ezzel növelve a gyermekekben a környezet iránti felelősség érzést. A mi körülményeink között ez eddig miért nem valósulhatott meg? Elemezze a kulturális és pedagógiai különbségeket, hogyan lehetne a magyar tanulóknak is kialakítani az iskolai környezet iránti felelősséget!

7. FEJEZET

SZENVEDÉLYBETEGSÉGEK

7. SZENVEDÉLYBETEGSÉGEK

A FEJEZET CÉLJA

A fejezet keretében a hallgatók megismerik:

1. A szenvedélyek kialakulásának biopszichoszociális hátterét.
2. A dohányzás történetét, melynek segítségével arra a folyamatra világítunk rá, hogy miképpen vált mára az egyik legsúlyosabb kockázati tényezővé, epidemiológiai adatok alátámasztásával illusztrálva válik világossá a dohányzás egészséget kedvezőtlenül befolyásoló hatása. A megelőzés lehetőségeinek felvázolása gyakorlati példatárat kínál dohányzás elleni egészségnevelői munkához.
3. Azt, hogy az alkoholfogyasztás összetett (biológiai, pszichológiai, egészségmagatartási, szociális és politikai) folyamat. Tisztában lesznek az alkoholfogyasztási szokások és az alkohol egészségre gyakorolt hatásával. A túlzott alkoholfogyasztás megelőzését célzó preventív módszerek és a rehabilitáció lehetőségeinek összefoglalását adjuk.
4. Az illegális drogfogyasztás magyarországi epidemiológiai adatait, amelyek igazolják, hogy egyre súlyosabb a fiatalok veszélyeztetése. A drogfogyasztás következményeinek leírása, segíti a leendő – és a már dolgozó - pedagógusokat a drogfogyasztó tanulók felismerésében.

A FEJEZET TÉMAKÖREI

- | | | |
|------|---|------------------|
| 7.1. | A káros szenvedélyek biopszichoszociális alapjai | Dr. Pikó Bettina |
| 7.2. | A dohányzás és az egészség | Dr. Sándor János |
| 7.3. | Az alkoholfogyasztás népegészségügyi jelentősége | Dr. Sándor János |
| 7.4. | Az illegális drogfogyasztás, mint a korunk új kockázati tényezője | Dr. Sándor János |

7.1. A KÁROS SZENVEDÉLYEK BIOPSZICHOSZOCIÁLIS ALAPJAI

Dr. Pikó Bettina

Bevezetés

A dohányzás, alkohol- és illegális drogfogyasztás a *káros szenvedélyek* leggyakoribb típusai. Lényegében kémiai addikcióról, függőségről van szó, amelynek jelenléte szinte egyidős az emberiséggel. Kialakulásában okok komplex rendszere játszik szerepet, amelyet a *biopszichoszociális* megközelítés alapján érthetünk meg. Ez a modell kifejezi azt, hogy egy viselkedés kialakulásában biológiai, pszichikai és szociális jelenségek egyaránt igazolhatók, amelyek egymást is többszörösen és komplex módon befolyásolják.

Induljunk ki a biológiai meghatározottságból. Élettani értelemben a cigaretta hatóanyagai, csakúgy, mint az alkohol, valamint az illegális kábítószeres, drognak tekinthetők. Mit is jelent a drog? Alapvetően *drognak* nevezünk minden olyan vegyi anyagot, amely az élő folyamatokat befolyásolja, szűkebb értelemben viszont a mentális működésre ható termékeket tekintjük drogoknak. Az ún. *pszichoaktív drogok* (általánosságban erre gondolunk, amikor a drogfogyasztás kifejezést használjuk) körébe beleértjük egyrészt az illegitim drogokat, valamint az orvosi rendelésre írt, azaz legitim drogokat is. Az előbbi csoportba tartozó szerek a jogi szabályozás és a társadalmi tradíció által tiltott, orvosi rendeléshez nem kötött drogok, míg az utóbbiak orvosi rendelésre felírható, közforgalomban lévő, de nem az adott terápiás célra felhasznált szerek. Közös mindkettőben, hogy azért nevezzük őket pszichoaktív szereknek, mert a központi idegrendszerre hatva megváltoztatják a gondolkodást, az érzékelést, a hangulatot, az érzelmeket.

Az addikció (függőség) értelmezése

A káros szenvedélyek univerzális jelenségének alapfogalmai a tolerancia, az abúzus, a dependencia és az addikció, amelyek bemutatják a drogfogyasztó magatartás folyamatának lényegét. Mit takarnak ezek a fogalmak?

- Az *addikció* olyan kényszeres viselkedés, amely a drog mindenáron való megszerzésére és fogyasztására irányul. Kényszerről van tehát szó, amelynek alapja a *függőség*.
- A *függőség*, a *dependencia* megnyilvánulhat pszichés formában, amikor a szer bevitelétől válik függővé az egyén közérzete, pszichés állapota. Súlyosabb formában azonban szomatikus, testi dependencia is kialakulhat, amikor a szer elhagyásakor elvonási tünetek jelentkeznek.
- Bizonyos drogokkal kapcsolatban a dependencia következtében *tolerancia* is fellép, azaz egyre növekvő adag szükséges ugyanolyan hatás eléréséhez. Minden pszichés és szomatikus függőséget okozó szer túlzott fogyasztásra, abúzusra készítet.
- Az *abúzus* kifejezés valamely droggal való visszaélést jelent, amikor terápiás (orvosi) hatástól és céltől függetlenül következik be a drog *excesszív* használata. Ilyen visszaélés azonban nemcsak az altatókkal, nyugtatókkal kapcsolatban lehetséges, hanem például hashajtókkal kapcsolatban is.

A tolerancia, az abúzus, a dependencia és az addikció azok a kifejezések, amelyek bemutatják a káros szenvedélyt okozó magatartás jelenségének lényegét.

Az addiktív betegségek (szenvedélybetegségek) krónikus lefolyásúak és progresszívek, lefolyásukban különböző szakaszok különíthetők el. Az *első stádiumban* az öröm fázisa dominál, elsősorban a szer „kedvező” hatásainak megismerése áll az előtérben. Ebben a stádiumban a hosszú távú káros hatások egyáltalán nem kerülnek előtérbe. Később, a *második fázisban* a szerfogyasztás krónikussá válik, szenvedéllyé alakul. A kényszeres viselkedés már néha problematikusvá válik, például konfliktust okoz a szer rendszeres beszerzése, vagy befolyásolhatja a szerfogyasztó társas kapcsolatait. A *harmadik fázis* a fizikai állapot romlásában nyilvánul meg, amikor elvonási vagy betegség tünetek jelentkeznek. Ebben a fázisban nagy a veszélye a visszafordíthatatlanság bekövetkeztének. Végül, a *negyedik fázis* a terminális stádium, szervi károsodásokkal, súlyos betegség tünetekkel.

Függőség és viselkedéskontroll

Pszichológiai szempontból az addikció legfontosabb eleme, hogy elvész a viselkedés *kontrollja*. A függőség kialakulásában biokémiai és pszichofiziológiai mechanizmusok játszanak szerepet. Rövid távon enyhítik a konfliktusok, stresszt generáló helyzetek okozta szorongást. Részben biokémiai úton, a szerekben található alkotórészek (pl. nikotin, alkohol, illetve a drogok egyes hatóanyagai), részben pedig tanult magatartási mechanizmusok révén. A drogokban lévő egyes anyagoknak ugyanis számos, pszichikailag „kedvező” hatása is van, mint például a nikotin szorongásoldó, izomlazító, agyi stimulációt okozó hatása. Ezt a mechanizmust a szerfogyasztó később mintegy feltételes reflexként fogja használni bármikor, ha szorongásoldásra, feszültségcsökkentésre lesz szüksége.

Ugyanakkor a káros szenvedélyek ún. inadaptív konfliktusmegoldási (*coping*) módok. Ennek a mechanizmusnak a lényege az *impulzuskontroll* és az *önreguláció* (önjutalmazás) zavara, amely a feszültségcsökkenés irányába ható készletet indít be. Inadaptív, nem hatékony konfliktusmegoldó mód azért is, mert hosszú távon egészségkárosodást okoz, valamint csökkenti a viselkedés kontrollját. A megerősítésben a dopamin nevű anyag felszabadulása is megnyilvánul, amelynek tehát egyfajta jutalmazó szerepe van, ami pedig még tovább növeli a függőség valószínűségét. Az egyének drogfüggőségéért a *genetikai* alapok is felelősek, hiszen a drogfogyasztásban szerepet játszó neurobiológiai folyamatok részben genetikailag is meghatározottak. Emiatt vannak, akik hajlamosabbak függőségre, mint mások. Ez tehát egyfajta genetikai sérülékenységet jelent. Az egymást erősítő *hármás*, azaz biokémiai és magatartási hatásmechanizmus, valamint a genetikai hajlam miatt a szerekről való leszokás rendkívül nehéz.

A függőség kialakulásáért részben a biokémiai hatóanyagok, részben pedig tanult magatartási reakciók a felelősek. Genetikai hajlam is igazolható a sérülékenységbeli különbségek hátterében. E hármás hatásmechanizmus következtében a leszokást rendkívüli mértékben megnehezítő függőség alakulhat ki. Kevesen tudják, hogy a cigarettára való rászokás mértéke számos illegális drognál is erősebb.

Társas hatások szerepe a függőség kialakulásában

A dohányzás, alkohol- vagy az illegális drogfogyasztás fiatalkori elkezdése, azaz iniciációja legtöbbször baráti társaságban történik, egyfajta modern beavatási rítus formájában. A kortársak szerepe tehát a magatartás megerősítésében kiemelkedő.

A társas hatásokban szerepe van annak is, hogy milyen a regionális kultúra adott szer iránti toleranciája. A modern társadalomban a káros szenvedélyt okozó szerek fontos szimbólumhatással bírnak, a felnőttek szabad világát szimbolizálják a gyermekek számára. A serdülőkor átmeneti időszak, a már nem gyermek de még nem felnőtt státus idejének meghosszabbodása a modernizációval vette kezdetét. Ez az időszak a modern kort megelőzően nem volt problematikus, a serdülőkori identitáskrizis részjelenségeként jelent meg.

A drogok sok esetben a valódi kötődést, a tartalmas társas kapcsolatokat pótolják. Hajlamosabbak valamennyi drog fogyasztására azok a fiatalok, akik nem rendelkeznek megfelelő szociális készségekkel, és érzelmileg labilisak. Ezek a fiatalok gyakran úgy próbálják a kortársakhoz tartozásukat demonstrálni, hogy a csoportnormákat elfogadva részt vesznek a közös dohányzásban, alkohol- és illegális drogfogyasztásban.

Irodalom

Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Miller, J.Y.: *Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention*. Psychological Bulletin, (1992) 112: 64-105.

McGuire, W.J.: *Using guiding-idea theories of the person to develop educational campaigns against drug abuse and other health-threatening behavior*. Health Education Research, (1991) 6: 173-184.

Pikó B.: A drogfogyasztás mint deviancia. In.: Pikó B. (szerk.): *A deviáns magatartás szociológiai alapjai és megjelenési formái a modern társadalomban* (pp. 115-127). Szeged, 2002. JATEPress

Pikó B.: *Csoporthatások a serdülők identitás-formálódásában, kapcsolati struktúrájában és egészség-magatartásában*. Pszichoterápia, (2004) 13(1): 16-22.

Pikó B. (szerk.): *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban*. Budapest, 2005. L'Harmattan Kiadó

Feladat

2. Készítsen esettanulmányt, amelyben a kitalált szereplő életeseményein és magatartásán keresztül magyarázza el a gyerekeknek a függőség lényegét!
3. Beszélgessenek a gyerekekkel arról, hogy miért van pozitív hatással a személyiségfejlődésre a mértékletesség, és hogyan lehet a belsőleg irányított viselkedéskontrollt fejleszteni.

7.2. A DOHÁNYZÁS ÉS AZ EGÉSZSÉG

Dr. Sándor János

Bevezetés

Amerika felfedezése után lassan, de feltartóztathatatlanul terjedt el a dohányzás Európában, elsősorban pipázás formájában. Sok ellenérzés volt vele szemben részben az akut nikotin-mérgezések, részben újdonsága miatt. Sok helyen azért tiltották, mert városok égtek le a dohányzók okozta tüzek miatt. A tiltásokat aztán folyamatosan feloldották, mivel a dohányzás megadóztatásából származó adóbevételekről nem tudtak lemondani a kincstárak.

A cigaretta tömeges gyártása a XIX. század végén indult el. Hamarosan ez lett a domináns dohányzási forma. Az első világháború lövészárkaiban a nem dohányzó katonák tömegei szoktak rá a cigarettára. Ezt például az is segítette, hogy látván a dohányzás unaloműző és megnyugtató hatását, Pershing tábornok a katonai felszerelés részévé tette a cigarettát. A frontról hazatérő katonák, akik méltán szolgáltak példaként, általában dohányoztak is.

A két világháború között a női emancipációs mozgalmak segítették a dohányzás elterjedését: Az emancipált nő egyik szimbóluma volt a korábban csak férfiak által használt cigaretta. Az amerikai elnök felesége, Eleonor Rooseveltt büszkén dohányzott nyilvános összejöveteleken is.

A II. világháború az elsőhöz hasonlóan tovább növelte a dohányzók táborát. Pozitív értékek kapcsolódtak a dohányzó magatartáshoz. Ebben az időben már a filmvásznakon is olyan sztárok szerepeltek, akik függetlenségüket, rátermettségüket cigarettázással hangsúlyozták. Az amerikai tévéállomások rengeteg cigaretta reklámot adtak a 60-as években. (Némelyik a fiataloknak szól: Hogyan gyűjtsünk rá?) Az Amerikai Orvosok Szövetsége is elfogadott dohánygyáraktól hirdetéseket hosszú időn keresztül.

Nem csoda, hogy a dohányzás széles körben elterjedt „népszokás” lett az ötvenes évekre. Az sem csoda, hogy a kincstárak szempontjai, a dohánygyárak érdekei korlátlanul érvényesülni tudtak, hiszen az elterjedés idején nem voltak bizonyítékok arra, hogy a dohányzás súlyos krónikus betegségek kockázati tényezője.

1952-54-ben azonban megjelentek azok a vizsgálati eredmények, melyek minden kétséget kizáró módon bizonyították, hogy a dohányzás a tüdőrák okozója. A vizsgálatok meg tudták magyarázni, hogy a századfordulón még igazi ritkaságszámba menő tüdőrák gyakorisága miért növekedett meg drasztikusan. (A tudományos közlés megjelenését követően lényegében összeomlottak a nagy dohánygyártó cégek tőzsdei papírjai. Senki nem gondolta, hogy a gyógyíthatatlan tüdőrák okozóját, a cigarettát meg fogják vásárolni a jövőben is. Azért lett tanulságos a történet, mert nem következett be a kereskedelem összeomlása. A vevők továbbra is vettek cigarettát. A gyárak részvényei ismét forgalmazhatók lettek. Mindenki

megtanulhatta, hogy nem elég ismeretekkel rendelkezni ahhoz, hogy megváltoztassuk az egészségmagatartásunkat!)

Ettől kezdve azonban a dohányzás egészségkárosító hatásairól egyre több terhelő adat látott napvilágot. Jelentős fordulat következett be. Ennek köszönhetően a 70-es évek óta a dohánygyárak kiszorultak a televízióból és a sportot használják reklámhordozóként; a dohánytermékek fogyasztása a fejlett országokban fokozatosan és folyamatosan csökken. (Ma már a sportszponzorálásból is kiszoruló félben vannak a dohánygyárak. A fejlett országok piacain elszenvedett veszteségeiket azonban a védekezésre képtelen kelet-európai és ázsiai országokban pótolják. A közeljövő nagy epidemiológiai válságát a dohányzásra rászoktatott kínai népesség fogja okozni: a gazdasági fejlődés nyomán megjelenő keresletet kihasználó dohánygyárak annak ellenére tudnak terjeszkedni ebben az országban, hogy működésük tragikus egészség-konzekvenciáit pontosan megjósolták. A 90-es években megszülettek az első megállapodások, miszerint a dohánygyárak az egészségi károk kompenzálására pénzt fizetnek egyes biztosító társaságoknak. Miután 1992-ben a passzív dohányzást is bizonyítottan tüdőrákot okozó környezeti ártalomnak minősítették, egyre szigorúbban korlátozták a dohányzásra használható helyeket. A nikotin-függőség létezésének bizonyítása után a pszichiátriai betegségek közé felvették a nikotin-függőség kórképet. Napjainkban azért folyik komoly erőfeszítés, hogy a nikotintartalmú dohánytermékeket ennek megfelelően is kezeljék, vagyis szabályozásukat közelítsék a függőséget okozó egyéb szerekéhez.

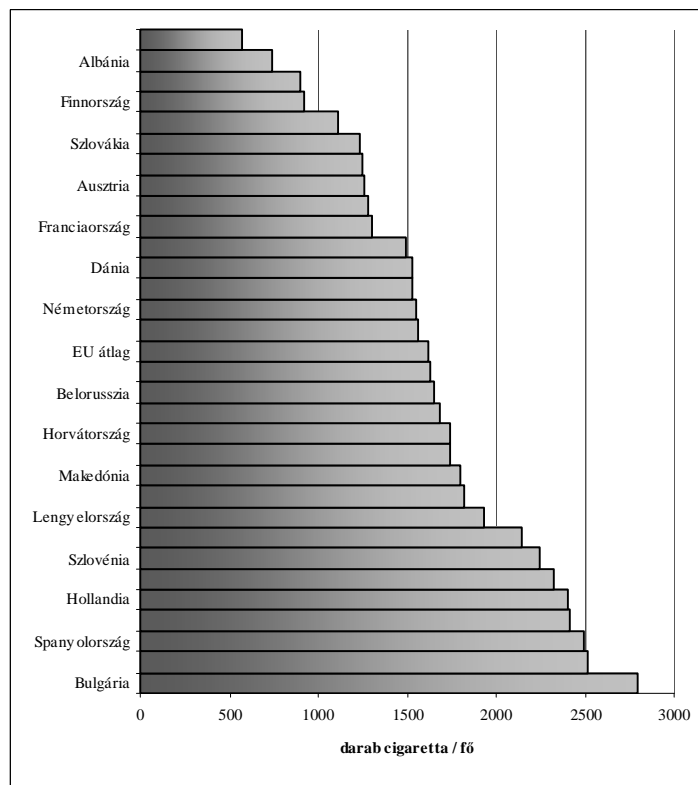
Epidemiológia

Európa különböző országaiban a 70-es években 300-2600 szál cigaretta volt az egy főre jutó éves cigarettafogyasztás. A közel nagyságrendnyi különbség jól mutatja, hogy egyáltalán nem kell normális, elfogadható állapotnak tekinteni a dohányosok nagy számát. A skandináv és a mediterrán országok jóval az európai átlag alatti fogyasztást mutattak. Sajnos Magyarország ebből a szempontból vezető európai országok közé tartozott: közel 2500 cigarettát szívott el egy évben egy magyar állampolgár.

A kilencvenes évek elejére a helyzet lényegesen változott, noha az európai átlagos fogyasztás lényegében változatlan maradt. Számos országban (Nagy-Britannia, Írország, Hollandia, Svédország) csökkent a dohánytermékek fogyasztása, míg máshol (Görögország, Portugália, Spanyolország, Magyarország) növekedett. Harmadik helyünk Európán belül azonban (Görögország és Lengyelország mögött) változatlanul megmaradt.

2000-ben már „csak” 2151 darab volt az egy főre jutó hazai cigarettafogyasztás. Ennél magasabb volt a fogyasztás Bulgáriában, Görögországban, Spanyolországban, Oroszországban, Hollandiában, Svájcban és Szlovéniában is (7.2.1 ábra).

A nemzetközi összehasonlítás adatai kereskedelmi forgalomból származó statisztikai számok. Az illegális kereskedelem országonként és időszakonként is változó intenzitású, ezért a számsorokat fenntartással kell kezelni. Annyi azonban levonható belőlük, hogy a magyar népesség intenzíven dohányzik a legtöbb európai ország lakóihoz képest.



7.2.1. Ábra: Egy főre jutó cigarettafogyasztás 2000-ben Európa országaiban.

| | Élete során már dohányzott | Havonta legalább egyszer dohányzik | Napi dohányzó |
|--------|----------------------------|------------------------------------|---------------|
| Fiúk | | | |
| 1995 | 70,9 | 39,0 | 30,3 |
| 1999 | 78,1 | 47,8 | 37,9 |
| 2003 | 76,1 | 45,2 | 36,2 |
| Lányok | | | |
| 1995 | 67,6 | 32,8 | 22,5 |
| 1999 | 74,5 | 41,1 | 29,9 |
| 2003 | 77,3 | 47,8 | 34,9 |

7.2.1. Táblázat: 10. osztályos tanulók dohányzási szokásai Magyarországon.

A 10. osztályos magyarországi középiskolások között rendkívül kedvezőtlenül alakulnak a dohányzási szokások. A napi szinten dohányzó tanulók aránya fiúknál és lányoknál egyaránt emelkedett. A lányoknál volt intenzívebb a változás. Ma már gyakorlatilag nincs különbség a két nem között (7.2.1 táblázat). A jövőre nézve komoly aggodalomra ad okot ennek a korosztálynak az elhanyagolt helyzete. (A jövőben tovább fog emelkedni – elsősorban nők között - a dohányzás okozta betegségek és halálesetek gyakorisága.)

A középiskolák típusa jelentősen befolyásolja a rendszeresen dohányzó tanulók arányát. Szakmunkásképzőkben a fiúk 36,5%-a, a lányok 38,5%-a napi rendszerességgel dohányzik. Gimnáziumokban a hasonló adatok lényegesen alacsonyabbak (fiúk: 26,3%; lányok: 19,7%)

A cigaretta kipróbálása távolról sem vezet kötelezően a rendszeres dohányzáshoz. A középiskolás, 11. osztályos tanulók 77%-a próbálja ki a cigarettát. Az adatok alapján minden második kipróbálónál alakul ki a rendszeres használat. Ezért, bár a rászakás szempontjából kritikus tinédzser kori kipróbálás elkerülése nyilvánvalóan hatékony eszköze lehet a megelőzésnek, nagyon fontos lenne annak elérése, hogy a kipróbálás ne vezessen rendszeres használatához. Az apa és az anya dohányzási szokásai ebből a szempontból meghatározóak. Ennél jelentősen erősebb hatású azonban a legjobb barát rendszeres dohányzása. A kortárs csoportokon belüli viszonyok fontosságára hívja fel a figyelmet az is, hogy a rendszeresen dohányzó középiskolásoknál kevesebben (dohányzók 12-18%-a, nem dohányzók 4-5%-a) vélik úgy, hogy a dohányzás vonzóvá tesz.

Az iskolákban nem folyik sajnós következetes dohányzással kapcsolatos oktató munka. A tanulók 49%-a részesül olyan oktatásban, amely a dohányzás káros hatásait tárgyalja. A dohányzás gyökereit feltáró beszélgetéseken pedig csak a tanulók 39%-a vesz részt. Ennek az intervenció lehetőségnek az alacsony hatásfokú használata nem képes ellensúlyozni a reklámok hatását. A magyar fiatalok 86%-a találkozik a televízióban indirekt cigarettareklámmal. Ugyanezen a médiumon keresztül csak 60%-ukhoz jut el dohányszállal szembe fordított üzenet valamilyen formában. Ez kiegészül a kereskedelemre vonatkozó szabályok általános figyelmen kívül hagyásával: Magyarországon a 18 év alattiak a jogszabályi tiltás ellenére, lényegében szabadon vásárolnak cigarettát. (A magyar középiskolások 76%-át még soha nem utasították vissza, amikor cigarettát akart vásárolni!)

A 18-34 éves férfiak között több a rendszeresen dohányzó (44%), mint a 10. osztályosok között. De a 18-34 éves nők között alacsonyabb (29%), mint a 10. osztályos lányok esetében. Összességében a **felnőtt férfiak 40%-a, a nők 25%-a dohányszott 2000-ben**. A 65 évnél idősebbek között nagyon alacsony a dohányszott gyakoriság (7.2.2. táblázat). (Ez csak részben tulajdonítható annak, hogy ez a korosztály még keveset dohányszott. Részben annak köszönhető a kép, hogy már 65 éves kor előtt meghalnak a dohányszott a cigaretta füst miatt keletkező betegségeikben, részben a betegségeik miatt sokan abbahagyják a dohányszott!)

| | Nők | | | Férfiak | | |
|---|----------|----------|--------------|----------|----------|--------------|
| | 18-34 év | 35-64 év | 65 év felett | 18-34 év | 35-64 év | 65 év felett |
| Rendszeres dohányszott (legalább 20 db/nap) | 11 | 12 | 2 | 25 | 30 | 6 |
| Rendszeres dohányszott (<20 db/nap) | 18 | 16 | 2 | 19 | 11 | 7 |
| Alkalmi dohányszott | 6 | 3 | 0,4 | 3 | 2 | 1 |
| Nem dohányszott | 65 | 69 | 95,6 | 53 | 57 | 86 |

7.2.2. Táblázat: Dohányszott szokások Magyarországon felnőttek között 2000-ben.

Az iskolázottság hatása generációnként más. A 65 év felettek között a magasabb iskolai végzettség járt együtt magasabb dohányszott gyakorisággal. A 35-64 éveseknél nincs kapcsolat a két paraméter között. A fiatal felnőttek (18-34 év) esetében az alacsony iskolai végzettség jár együtt magas dohányszott gyakorisággal. Ez a korosztály már azt mutatja, hogy a dohányszott és a hatékony életvezetés nem jól egyeztethető össze. Ugyanezt támasztja alá,

hogy a megfelelő társas támogatottság és a jó anyagi helyzet is az alacsony dohányzási gyakoriság irányába ható tényező.

Egészségkárosító hatások

A dohányzással bizonyítottan ok-okozati összefüggésben levő betegségek listája igen terjedelmes, daganatok, szülészeti problémák, szív-érrendszeri és légzőszervi betegségek mellett számos egyéb kórkép is szerepel rajta: agyérrendszeri betegségek; csökkent fertilitás; tüdőrák; perifériás érbetegségek; korai menopauza; ajakrák; subarachnoideális vérzések; ektópiás terhesség; szájüregi daganatok; aorta aneurizma; spontán abortusz; gégerák; hirtelen szívhalál; kisebb születési súly; garat daganatai; fogamzásgátló szerekkel együtt véralvadási zavarok; nagyobb születés körüli halálozás; nyelőcsőrák; krónikus bronchitis (légsőhurut); újszülöttkori alsólégúti infekció; hasnyálmirigyrák; emfizéma; gyermekkori atópia; vese daganatok; asztma súlyosbodása; középfülgyulladás; hólyagrák; fokozott hajlam légúti infekcióra; katarakta (szürke hályog); méhnyakrák; gyomorfekély; oszteoporózis; egyes leukémiák; nyombélfekély; fogágy betegségei; ischaemiás szívbetegség; Crohn betegség; bőr ráncolódása.

A passzív dohányzással kapcsolatban ugyanez a lista rövidebb: tüdőrák; ischaemiás szívbetegség; kisebb születési súly; romló légzésfunkciók; asthma súlyosbodása; légúti infekció; középfülgyulladás.

Nagyon magas árat fizet Magyarország a dohányzásért. **29000-en halnak meg évente dohányzás miatt.** Minden ötödik ember ennek az expozíciónak a hatására szerzett betegség áldozata lesz. (Majdnem **minden harmadik férfit** és majdnem **minden tizedik nőt veszítjük el emiatt.**) Legmagasabb árat a **35-69** éves férfiak fizetik dohányzási szokásaikért. Közülük 39000-en halnak meg egy évben. **16 000 esetben a dohányzás a halál oka.**

A 70-80-90-es években 620000 férfi és 178000 nő halálát idézte elő Magyarországon a dohányzás. **Az életmódnak nincs még egy eleme, amely önmagában ilyen hatással bírna.** A magyarországi népegészségügyi programok sikere ezért elsősorban azon fog múlni, hogy ezt a kockázati tényezőt miként lehet visszaszorítani. Szem előtt tartva, hogy a dohányzás ellen csak úgy lehet eredményesen fellépni, ha a dohányzó magatartásformát kialakító és fenntartó tényezőkre próbálunk meg hatni, teljesen egyértelmű, hogy ma Magyarországon a dohányzás az első számú népegészségügyi probléma.

A 35-64 éves férfiak halálozását 35%-ban, az idősebb férfiak halálozását 27%-ban a dohányzással tudjuk magyarázni. Középkorú és idős nőknél a halálozás 17 illetve 8 %-a dohányzás specifikus. (Másképpen fogalmazva, a 35-64 éves férfiak között az életet veszélyeztető összes többi kockázati tényező együttes jelentősége csak kétszerese a dohányzásénak. Mivel nem mindenki dohányzik ebben a populációban sem, a dohányos középkorú férfiak esetében a dohányzás önmagában több haláleset okozója, mint az összes többi rizikófaktor együttesen!)

A dohányzás fokozódó népegészségügyi jelentőségét mutatja, hogy míg 1970-ben a dohányzás miatti élettartam rövidülés 3,2 év volt a férfiak és 1 év a nők esetében, addig 1999-ben már 4,4 év volt a férfiak és 1,3 év volt a nők között ez a veszteség. **Dohányos férfiakkal pedig az élettartam rövidülés 1999-ben 7,5 év volt, nőknél 6,3 év.**

A férfiak körében a dohányzásnak tulajdonítható **halálesetek 25%-át szívbetegségek, 24%-át tüdőrák, 16%-át magas vérnyomás és agyérrendszeri betegségek, 10%-át idült obstruktív légzőszervi betegségek, 10%-át pedig a dohányfüsttel közvetlenül exponálódó ajak, szájüreg, garat, gége és nyelőcső daganatai okozzák.**

A 35 évnél idősebb nők között dohányzás specifikus halálesetek **24%-át szívbetegségek, 19%-át tüdőrák, 19%-át magas vérnyomás és agyérrendszeri betegségek, 14%-át idült obstruktív légzőszervi betegségek, 3%-át pedig az ajak, szájüreg, garat, gége és nyelőcső daganatai okozzák.**

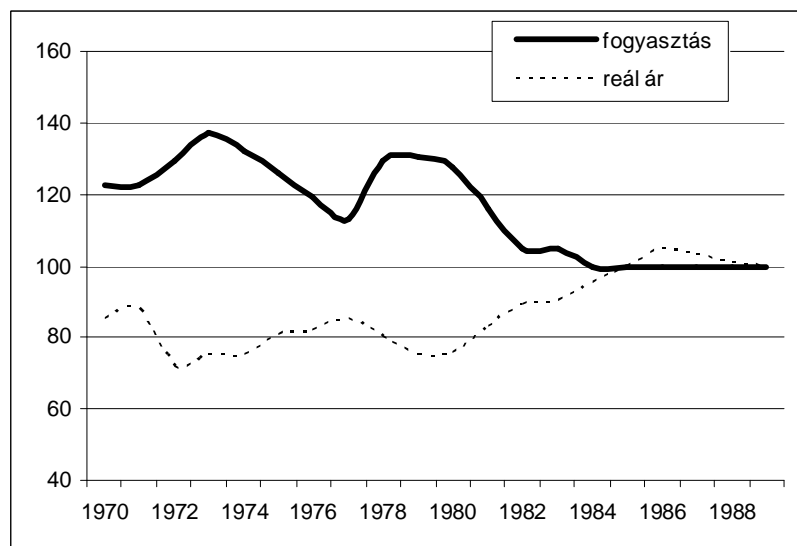
A cigaretta nikotinfüggőséget kialakító szer. Ha végigelemezzük azokat a szempontokat, amelyek alapján egy kémiai anyagot függőség kialakítására alkalmasnak minősíthetünk, akkor azt látjuk, hogy lényegében mindegyik szempontnak megfelel a dohányzás illetve a vele kapcsolatos nikotin expozíció.

A dohányosok függősége elég gyorsan kialakul. Ráadásul legalább $\frac{3}{4}$ -ed részük valóban fizikai függőségbe kerül. Ilyen szempontból a nikotin sokkal jobban hasonlít a heroinhoz, mint például az alkoholhoz, ahol a függőség lassan alakul ki és az alkoholfogyasztók között messze nem ilyen magas a függőség aránya.

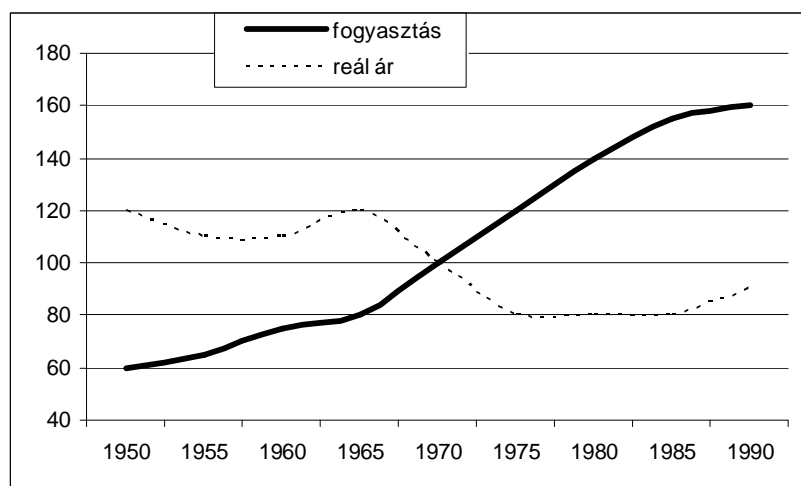
A függőség viszont teljesen reverzibilis. Az idegrendszerben 2 héten belül biztosan megszűnnek azok az elváltozások, amelyek a hozzászokás, a nikotin éhség alapját képezik.

A megelőzés lehetőségei

Az Európai Rákellenes Kódex legelső ajánlása a következő: *“Ne dohányozzál. Dohányzók, hagyjátok abba a dohányzást olyan hamar, ahogy csak lehet, és ne dohányozzatok mások jelenlétében. Nem dohányszívók, ne próbálkozzatok a dohányzással.”* Ennek az egyszerű ajánlásnak meglehetősen nehéz érvényt szerezni. A lehetőségek azonban megvannak.

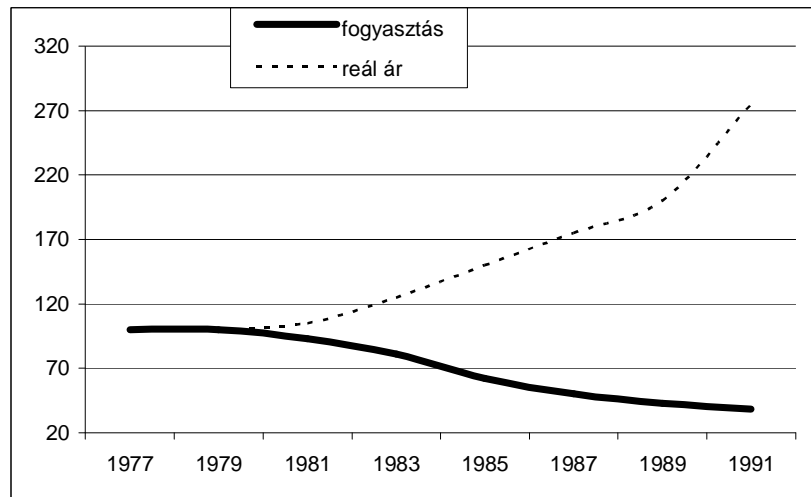


7.2.2. Ábra: Cigarettafogyasztás és ár alakulása Nagy-Britanniában (az 1985-ös értékek százalékában.)



7.2.3. Ábra: Cigarettafogyasztás és ár alakulása Franciaországban (az 1970-es értékek százalékában.)

Adópolitikával korlátozni lehet a dohánytermékek fogyasztását, bár ennek lehetőségét sokszor kétségbe vonják. Nagy-Britanniában a 70-es évektől általában emelkedett a dohánytermékek ára. Franciaországban éppen ellenkező volt a trend a II. világháború után. Mindkét országban megfigyelhető volt, hogy az árak alakulásával ellentétesen változott a dohánytermékek fogyasztása. A jelenség magyarázata nem a felnőtt, „megrögzött” dohányosok reagálása volt. A rendszeres jövedelemmel nem rendelkező serdülőkorúak - akiknél még nem is rögzült a dohányzás szenvedéllyé - reagálnak viszonylag érzékenyen az árakra. Mivel a dohányzó magatartás tinédzserkorban alakul ki (ritka jelenség a később elkezdett dohányzás) a gyártók elsődleges célja a fiatalok rászoktatása a dohányzásra. Így tudják biztosítani maguk számára a piacot hosszú évekre. Az adópolitikát elsősorban a jövő felnőtt generációi védelmében kell használni.



7.2.4. Ábra: Cigarettafogyasztás és ár alakulása kanadai tinédzserek között (az 1977-es értékek százalékában.)

Ez egészül ki a **reklámtevékenység korlátozásával**. A felnőttek viselkedésmintáit kipróbáló tizenéves számára nem szabad olyan környezetet teremteni, amely pozitív viselkedéselemként ábrázolja a dohányzást.

A **hozzáférés korlátozásának** további bizonyítottan hatékony eleme a cigarettaárusító **automaták tilalma** és a **cigaretta dobozok kötelező címkézése a káros következményekre utaló mondatokkal**.

A dohányzás kontroll másik eleme a már cigarettázók **leszoktatása**. Ez nem képzelhető el a leszokás előnyeinek ismerete nélkül. A rövid időn belül jelentkező előnyök a következők: pénzmegtakarítás; ritkábban jelentkező „nátha”; jobb fizikai állapot; javuló ízérzés; a családtagok egészségének megkímélése; szociális elfogadottság is javulhat (bár Magyarországon nagyon széles körben tolerálják a dohányzó magatartást). Dohányzó várandós anyák esetén fontos hangsúlyozni, hogy ha csak a terhesség idejére függesztik fel a dohányzást, akkor az újszülöttjük súlya majdnem eléri a nemdohányzó anyák gyermekeinek súlyát.

A lényeges népegészségügyi nyereségek a hosszú távon jelentkező hatások.

A kardiovaszkuláris betegségek kialakulásának veszélye 50%-kal csökken már a leszokás után 1 évvel és 10 év után már a nemdohányzókéval lesz azonos.

A betegek esetén pedig a szövödmények (ritmuszavarok, újbóli szívinfarktus) rizikója lesz határozottan kisebb. Még 65 évesen is van értelme abbahagyni a dohányzást ebből a szempontból.

A leszokást követően sokkal lassabban csökken a tüdőrák kialakulásának kockázata. Néhány évnek el kell telni ahhoz, hogy egyáltalán elinduljon a dohányosokhoz képest alacsonyabb kockázat kialakulása. Csak 15 évvel a leszokás után egyenlítődik ki a leszokott és a nemdohányos tüdőrák rizikója.

| | Hatékonyság |
|--|-------------|
| Önálló leszokás | 18 (12-33) |
| Önálló leszokás nikotin rágóval | 11 (8-38) |
| Háziorvosi tanácsadás | 6 (3-13) |
| Nikotin rágó és háziiorvosi támogatás | 29 (12-49) |
| Intenzív támogató háziiorvosi program | 23 (13-38) |
| Hipnózis | 20 (12-49) |
| Akupunktúra | 27 (8-32) |
| Háziorvosi program tüdőbetegek számára | 32 (25-76) |
| Háziorvosi program szívbetegek számára | 43 (11-73) |

7.2.3. Táblázat: Különböző körülmények között alkalmazott leszoktatási programok hatékonysága a leszokás gyakoriságával (és a dokumentált programok hatékonyságának tartományával) kifejezve.

Leszokás helyett a dohánygyárak a csökkentett kátrány és nikotin tartalmú cigarettákra való átszokást javasolják. Mivel a dohányzási szokás fenntartásában a nikotinfüggőség is szerepet játszik, az a dohányos, aki már hozzászokott bizonyos nikotin mennyiséghez, az alacsony hatóanyag-tartalmú cigarettából többet fog elszívni. Így eléri a szervezete által kívánt nikotin szintet, viszont a több cigarettában már több lehet a szervezetbe jutó kátrány mennyisége is. Bár ennek elkerülése érdekében az alacsony nikotin tartalmú cigaretták általában alacsony kátránytartalmúak is, az egyéb füst komponensek (például az erekre kifejezetten toxikus hatású szén-monoxid, illékony szerves vegyületek) jóval nagyobb mennyiségben juthatnak be a szervezetbe.

A dohányosok 90%-a le akar szokni és sokan próbáltak is szabadulni szenvedélybetegségüktől. A hozzászokás és függőség miatt ez nehéz feladat. Az abbahagyási kísérlet a sikerorientált, önbizalommal rendelkező, kis dohányzási intenzitású dohányosoknak szokott sikerrel végződni. Általában nekik sem sikeres az első próbálkozásuk. 3-4, egyre hosszabb ideig tartó próbálkozás után szokott stabilizálódni a nemdohányzó életmód. Az abbahagyás közvetlen kiváltó oka legtöbbször az egészségért való aggodalom. A családi, baráti vagy tágabb társadalmi környezet már ritkábban játszik ilyen szerepet. A leszokás legalapvetőbb gátja a nikotinfüggőség, az elhízástól való félelem (illetve általában a kudarcotól való félelem). Ehhez járul hozzá, hogy a dohányosoknak nincs korrekt információja arról, hogy milyen hatással lesz rájuk a dohányzás folytatása.

Az egészségügyi alapellátásban működtethető leszoktatási program, aminek hatékonysága jól ismert, alkalmazása pedig nem igényel jelentős forrásokat. Az alapellátási dolgozók nagyon gyakran találkoznak a beteg és egészséges gondozottjaikkal. A háziorvost a dohányosok túlnyomó többsége a legmegbízhatóbb információforrásnak tartja. Ráadásul a háziorvos mindig jelen van, amikor a kialakult betegségeket felismerik, és a gondozást elkezdik. Ebben az időszakban a betegek jelentős része nyitott minden támogatásra. A tapasztalat is azt mutatja, hogy ebben az időszakban nagyon hatékonyan lehet leszoktatni valakit a dohányzásról (7.2.3. táblázat).

Az alapellátásban működtetett **leszoktatási program** előtt a legnagyobb akadály, hogy nincsenek erre a feladatra felkészítve sem az orvosok, sem segítők. Ez egészül ki a

finanszírozás megoldatlanságával, az időhiánnyal és azzal a félelemmel, hogy a beteget elidegenítik maguktól (beteg illetve az egészséges gondozott zaklatásként élheti meg a leszoktatás kezdeményezését). Ha működik ez az ellátás, akkor annak legfontosabb elemei a következők:

1. A dohányzót informálni kell a rövid és hosszú távú előnyökről, pozitív aspektusokra koncentrálni. Fontos az egyébre szabott tartalmú írott anyagok terjesztése.
2. Tájékoztatást kell adni a nikotinfüggőség miatti nehézségekről. Hangsúlyozni kell, hogy az első néhány kísérlet sokszor sikertelenül végződik. El kell mondani, hogy a nikotinéhség 10-14 napig tart csak, utána már ezzel nem kell megküzdeni; az elvonás után 24 órával legsúlyosabb a nikotinéhség; aminek tünetei (éhség, feszültség, koncentrációképesség csökkenése, ingerlékenység) megfelelő önkontrollal és a környezetben élők fokozott támogatásával elviselhetők. Ezeket a tüneteket a környezet néha nehezebben éli meg, mint a leszokóban levő. Ha nem tolerálják az átmenetileg jelentkező elvonási tüneteket sem („Inkább gyújts rá!”), akkor könnyen szüntethető meg az elvonási tünet az egyszerű rágyújtással. Nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy a környezet segítsége alapvetően fontos az átmenetileg jelentkező elvonási tünetek tolerálásában és a leszokóban levő dohányos támogatásában.
3. A megnövekedő éhségérzet miatt a leszokás után általában 6 kg súlyt szednek fel. Ez még súlyosabb lehet erős dohányosok között. A leszoktatási programban ezért gondolni kell arra, hogy megfelelő táplálkozási tanácsokkal is ellássuk a dohányzót.
4. Úgy kell kialakítani a programot, hogy sok formális elem legyen benne. Erre azért van szükség, mert a leszoktatási periódusban jelentkező szenvedések elviselése akkor könnyebb, ha sikerélmények ellensúlyozzák a kellemetlenségeket. Ezért célszerű valamilyen ünnephez kötni a program elkezdését és fontos elem egy formális „szerződéskötés” (egy papír kitöltése, ami tartalmazza a leszokás szándékát és időpontját) is az orvos és a dohányos között.
5. Szoros kapcsolatot kell fenntartani a leszokóban levő dohányossal. A leszokás után két hétig szinte naponta kell támogatást nyújtani a dohányosnak. Később lazítani lehet a kapcsolatot, de figyelembe kell venni, hogy a környezet visszazoktató hatása miatt 3 hónap dohányzási szünet után sokan újra elkezdnek dohányozni. (Akik 4 hónapon túl sem gyújtanak rá, azok kétharmada már nem is fog soha többé dohányozni.)

A háziorvosi program sikerét támogathatja, ha az iskolákban képzési programok folynak, és a dohányzásra vonatkozó korlátozó szabályokat alkalmazzák a közintézményekben. Ezek a beavatkozások elsősorban a rászokás megelőzésében hatékonyak és csak másodlagos szerepet játszanak a leszoktatás kedvező társadalmi környezetének megteremtésében.

Irodalom

- Vokó Z.: *A magyar lakosság egészség-magatartása az Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF2000) tükrében.* In: Ádány Róza: *A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón,* 207-219. Budapest, 2003. Medicina
- Füzesi Zs.: *Egészségmagatartás.* In: Vitray J., Bakacs M.: *Népegészségügyi Jelentés 2004 (szakértői változat).* Budapest, 2004. Országos Epidemiológiai Központ
- Józan P.: *A dohányzás hatása a halandóságra Magyarországon, 1970-1999.* Budapest, 2002. Központi Statisztikai Hivatal

Boyle P., Eckhardt S.: *Európai Rákellenes Kódex*. Magyar Onkológia, 40: 68-75.

Feladat

1. Készítsen összeállítást a tanulókkal arról, hogy hol találkoznak a hétköznapjaikban cigarettareklámokkal!
2. Készítsen listát a tanulókkal arról, hogy közvetlen környezetükben hányan hagyták abba a dohányzást és milyen körülmények között!
3. Dolgozza ki saját iskolájára a védőnő, az iskolaorvos részvételével működő leszoktatási programot, amely a bemutatott háziorvosi praxisra épülő program elveit követi!

7.3. AZ ALKOHOLFOGYASZTÁS NÉPEGÉSZSÉGÜGYI JELENTŐSÉGE

Dr. Sándor János

Bevezetés

Az alkohol története egyidős az emberi kultúrával. Emiatt fel kell tételeznünk, hogy vannak olyan szükségletek minden emberi közösségben, amelyek kielégítésére alkalmas anyag az etanol. Az, hogy az alkoholos italok fogyasztása tartósan képes volt megmaradni, annak ellenére, hogy sok szempontból rombolta is a közösségeket, azt mutatja: időről-időre sikerült megtalálni azokat a szabályozási módszereket, melyek révén összességében elfogadható korlátok közé szorult az alkoholfogyasztás. A társadalom fejlődésével tehát az alkoholfogyasztási szokások kontrolljának is fejlődni kell. Ez állandó feladat, minden kornak megvannak az éppen aktuális részfeladatai.

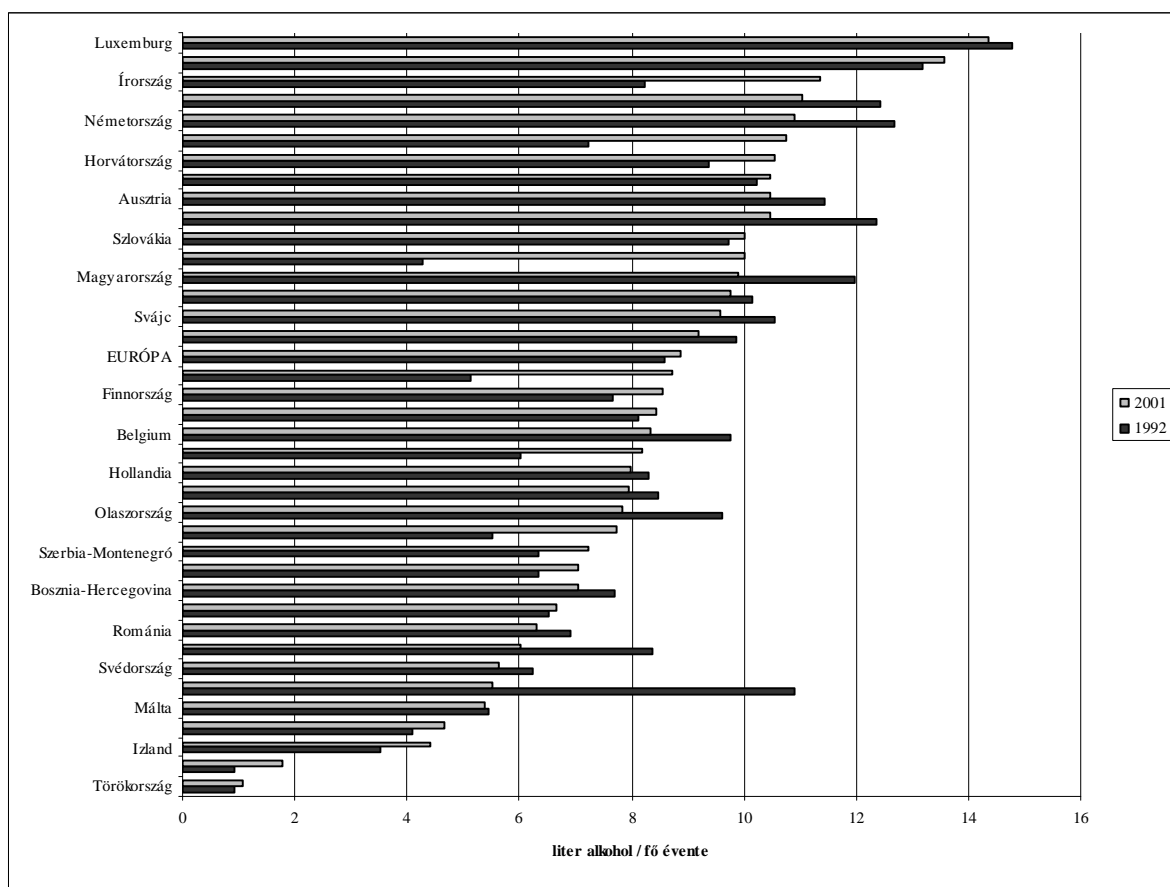
Az alkohol fogyasztása összetett jelenség a biológiai, pszichológiai, egészségmagatartási, szociális és politikai szinten is. (Még a biológiai hatások szintjén is ismerünk kedvezőt a számos kedvezőtlen tulajdonsága mellett!) Az alkoholfogyasztás különböző, egymásba átfejlődésre képes formáit különböztetjük meg. Az elfogyasztott alkohol mennyisége alapján kategóriákat állíthatunk fel az absztinensztől a nagyivóig. Önmagában ez alapján azonban még nem kapunk pontos képet arról, hogy adott kategóriába tartozó személy milyen szomatikus-szociális problémáktól szenved. **Abúzív ivóként** jellemezzük azokat, akiknek rövid távon is problémái származnak az alkoholfogyasztásból. Még a rendszeresen sokat ivók sem feltétlenül alkoholfüggők. Az alkohol sokkal kevésbé hatékony szer a rászakás szempontjából, mint a nikotin vagy a heroin. **Az alkoholfüggőség progresszív, halálra vezető, komplex krónikus betegség, aminek vannak a kifejlődést befolyásoló genetikai, pszichoszociális és környezeti determinánsai; jellemző rá az alkoholfogyasztás kontrolljára való képtelenség, a gondolkodás torzulása; a tünetek fennállhatnak állandóan, de lehetnek periódusonként jelentkezők is.**

Az alkohol és anyagcseretermékei az egész szervezetet befolyásolják, de elsődleges célszerve az agy. A kis mennyiségben fogyasztott alkohol kellemes hangulatot adhat, ami nagyobb mennyiség esetén inkoordinációt, zavarodottságot és öntudatvesztést eredményez. Rendszeres fogyasztás esetében az agy hozzászokik az alkoholhoz: alkohol jelenlétében működik jobban. A hozzászokás kifejlődése után a további alkoholbevitel elmaradása az agy egyensúlyi helyzetének megbomlásához vezet, ami elvonási tünetekben nyilvánul meg: remegés, hallucináció, görcsök jelentkeznek. Az elvonási tünetek előtt jelentkező alkoholéhség kielégítése határozza meg egyre nagyobb mértékben a mindennapi tevékenységet. Emiatt a családi, munkahelyi és egyéb kapcsolati rendszerek fellazulnak, megszűnnek. Ebben a stádiumban a táplálkozási hiányok, a balesetek, a máj elégtelensége, az agy károsodása vezetnek végül halálhoz.

Epidemiológia

Alkoholfogyasztás mértéke

Az Egészségügyi Világszervezet kereskedelmi forgalmi adatokon nyugvó (és ezért valószínűleg nem teljesen megbízható) statisztikai alapján **fejenként 9,92 liter tiszta alkoholnak megfelelő ital fogyott Magyarországon 2001-ben**. Az adatszolgáltató országok között ez a 13. legmagasabb érték. 10 évvel korábban még a 6. legmagasabb fogyasztást regisztrálták Magyarországon. A hazai változás iránya ezek alapján jónak tűnik. A magyar átlagos alkoholfogyasztás mértéke pedig nem magas, habár lehetne jóval alacsonyabb is (7.3.1. ábra).



7.3.1. Ábra: Egy főre jutó alkoholfogyasztás az egyes európai országokban 1992-ben és 2001-ben. (A sorrend az országok 2001-es helyzetét tükrözi.)

Önmagukban ezek az adatok azonban nem szólnak arról, hogy milyen eloszlású a teljes népességben belül az alkoholfogyasztás eloszlása. Mivel a rendszeresen és sok alkoholt ivók között alakulnak ki a legmegterhelőbb betegségek, szociális problémák, a mérsékelt alkoholfogyasztásnak pedig éppenséggel pozitív hatásai is vannak, az alkohol

népegészségügyi jelentőségét csak a fogyasztási szerkezet részleteinek ismeretében értékelhetjük (7.3.1. táblázat).

| | Férfiak | Nők |
|-----------------|--|---|
| Nagyivó | Előző héten több mint 14 egység, vagy egy alkalommal legalább 5 egység | Előző héten több mint 7 egység, vagy egy alkalommal legalább 3 egység |
| Mértékletes ivó | Előző héten fogyasztott alkoholt, de nem nagyivó | |
| Ritkán ivó | Előző héten nem fogyasztott alkoholt, de az azt megelőző héten igen | |

7.3.1. Táblázat: Felmérések során alkalmazott alkoholfogyasztási kategóriák
(1 egység = 15 g alkoholtartalom)

Az alkoholfogyasztás valós mértékét viszont nagyon nehéz megbecsülni. A megkérdezett személy általában kevesebb alkohol elfogyasztását vallja be, mint amennyit ténylegesen fogyaszt. Az elfogyasztott mennyiség alapján megkülönböztethetünk nagyivókat, mértékletes alkoholfogyasztókat, ritkán alkoholfogyasztókat és alkoholt soha nem fogyasztókat.

| | Nők | | | Férfiak | | |
|-----------------|----------|----------|--------------|----------|----------|--------------|
| | 18-34 év | 35-64 év | 65 év felett | 18-34 év | 35-64 év | 65 év felett |
| Nagyivó | 6 | 6 | 3 | 18 | 22 | 14 |
| Mértékletes ivó | 20 | 25 | 21 | 38 | 52 | 42 |
| Ritkán ivó | 50 | 36 | 21 | 35 | 19 | 22 |
| Soha nem ivó | 23 | 34 | 63 | 8 | 8 | 23 |

7.3.2. Táblázat: Felnőttek alkoholfogyasztási szokásai Magyarországon 2000-ben (%).

A magyar felnőttek alkoholfogyasztási szokásait jelentős férfi túlsúly jellemzi. A 35-64 éves férfiak 22%-a, a 18-35 éves férfiak 18%-a nagyivó. Nők között ez az arány mindkét korcsoportban 6%. A nem nagyivók között a nőknél 65 éves kor alatt a ritkán ivók, 65 éves kortól a soha nem ivók vannak többségben (ami jelzi, hogy a nők egyre inkább a férfiak alkoholfogyasztási mintáit követik). Ezzel szemben férfiaknál minden korcsoportban a mértékletes ivók vannak többen (7.3.2. táblázat).

Az iskolázottság nincs kapcsolatban Magyarországon a nagyivás gyakoriságával férfiak között. Nőknél a magasabb képzettség a nagyivás gyakoriságát határozottan növeli. A településszerkezet is befolyással bír: a nagyivás gyakorisága a kisebb településeken magasabb. A társas támogatottság fontosságát jól szemlélteti, hogy az egyedülállók között magasabb a nagyivás gyakorisága, mint a párkapcsolatban élők esetében. Lerészegedésig, kontrollvesztésig tartó ivásra is lényegesen hajlamosabbak a férfiak. (A havi legalább egyszeri lerészegedés a 18-54 évesek közötti férfiak 13%-ra, a nők 2%-ra volt jellemző 2001-ben.)

A 9-10. osztályos középiskolások 93%-a fogyasztott már alkoholt (2003-ban.) Havi 3-5 alkalommal a fiúk 16%-a, a lányok 13%-a iszik alkoholt. Ennél gyakrabban pedig a fiúk 17%-a, a lányok 10%-a. Ebben az életkorban a fiúk 68%-a és a lányok 59%-a volt már részeg életében. Havi legalább 3 alkalommal a fiúk 12%-a, a lányok 7%-a részeg (7.3.3. táblázat).

| | Élete során már fogyasztott alkoholt | Havonta legalább egyszer fogyaszt alkoholt | Élete során volt már részeg | Havonta legalább egyszer részeg |
|--------|--------------------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Fiúk | | | | |
| 1995 | 91,5 | 55,7 | 60,8 | 28,9 |
| 1999 | 92,7 | 62,0 | 69,6 | 34,6 |
| 2003 | 94,9 | 66,6 | 72,3 | 35,5 |
| Lányok | | | | |
| 1995 | 91,4 | 45,5 | 46,3 | 14,8 |
| 1999 | 94,1 | 54,5 | 52,9 | 19,5 |
| 2003 | 95,5 | 60,4 | 65,7 | 25,0 |

7.3.3. Táblázat: 10. osztályosok között megfigyelt alkoholfogyasztási szokások Magyarországon (%).

Az elmúlt évek trendje, amit a 10. osztályosok rendszeres vizsgálatán keresztül lehet megítélni, egyértelműen kedvezőtlen. Mind az alkoholfogyasztás gyakorisága, mind a lerészegedés frekvenciája emelkedett. A változás erőteljesebb volt a lányok között, aminek köszönhetően a legtöbb mutató szempontjából jelentősen mérséklődtek a nemek közötti különbségek mára.

Az alkoholfogyasztás hatása az egészségre

Az alkoholfogyasztás egészséget képes **akutan** károsítani (alkoholmérgezés, balesetek, erőszakos bűncselekmények, nem szándékolt terhességek, szexuális úton terjedő betegségek révén).

A **rendszeres ivás** pedig hosszútávon egy sor betegséget okoz a **tápcsatorna teljes hosszában** (a legtöbb problémát okozó **májbetegségek** már viszonylag fiatalon súlyos stádiumot érhetnek el; a **hasnyálmirigy-gyulladás** egyik legfontosabb kockázati tényezője az alkohol.), a **szívben**, a keringési rendszerben, a **petefészek/here hormontermelésében**, a **csontrendszerben** és az **idegrendszerben**. Bizonyítottan fokozza a **szájüregi**, a **garat**, a **nyelőcső** és a **máj daganatképződésének** esélyét. És nagyon valószínű, hogy az **emlő**, a **vastagbél** és a **gyomor** daganatos elfajulásához is hozzájárul. A betegségek többsége gyakran vezet halálhoz.

Az alkohol nem csak közvetlenül okoz megbetegedéseket, hanem a **személyiség torzítása**, illetve a **szociális beágyazottság csökkentése** miatt **másodlagos módon is**: további egészségkárosító életmódi elemekkel szövődik (dohányzás, egészségtelen táplálkozási szokások) és az alkoholista nem optimálisan használja az egészségügyi szolgáltatásokat sem (későn fordul orvoshoz, a kezelések során nem működik együtt stb.).

| Betegség | Férfiak | Nők |
|---|---------|-----|
| Légzőszervi tuberkulózis | 25 | 25 |
| Ajak, szájüreg és garat rosszindulatú daganatai | 50 | 40 |
| Nyelőcső rosszindulatú daganatai | 75 | 75 |
| Gyomor rosszindulatú daganatai | 20 | 20 |
| Máj rosszindulatú daganatai | 15 | 15 |
| Gége rosszindulatú daganatai | 50 | 40 |
| Cukorbetegség | 5 | 5 |
| Alkoholpszichózis | 100 | 100 |
| Alkoholfüggési szindróma | 100 | 100 |
| Alkoholabúzus | 100 | 100 |
| Polyneuropathia alcoholica | 100 | 100 |
| Esszenciális hipertónia | 7,6 | 7,6 |
| Alkoholos cardiomyopathia | 100 | 100 |
| Agyérrendszeri betegségek | 6,5 | 6,5 |
| Tüdőgyulladás és influenza | 5 | 5 |
| Nyelőcső, gyomor és nyombél betegségei alkoholos gyomorhurut nélkül | 10 | 10 |
| Alkoholos gyomorhurut | 100 | 100 |
| Máj alkoholos zsíros elfajulása | 100 | 100 |
| Heveny alkoholos májgyulladás | 100 | 100 |
| Alkoholos májsugorodás | 100 | 100 |
| Egyéb májsugorodás | 50 | 50 |
| Heveny hasnyálmirigy-gyulladás | 42 | 42 |
| Idült hasnyálmirigy-gyulladás | 60 | 60 |
| Excessiv véralkoholszint | 100 | 100 |
| Motorosjármű-balesetek | 42 | 42 |
| Nem motorosjármű-balesetek | 20 | 20 |
| Vízi szállítási balesetek | 20 | 20 |
| Légi szállítási balesetek | 16 | 16 |
| Alkohol okozta baleseti mérgezés | 100 | 100 |
| Balesetszerű esések | 35 | 35 |
| Tűz és lángok által okozott balesetek | 45 | 45 |
| Balesetszerű vízbefulladás és elmerülés | 38 | 38 |
| Öngyilkosság és önsértés | 28 | 28 |
| Emberölés, halált okozó szándékos testi sértés | 46 | 46 |
| Egyéb alkohollal összefüggő sérülések | 25 | 25 |

7.3.4. Táblázat: Az alkohollal összefüggő halálokok és az alkohol százalékos szerepe az adott betegség miatti halálozás kiváltásában.

A halálozás 7,4%-áért volt felelős 1970-ben az alkohol Magyarországon. Ez a részesedés 13%-ra emelkedett 1999-re. Ez azt jelenti, hogy 1970-1999 között 280000 férfi és 145000 nő halt meg az alkoholfogyasztás miatt kialakuló betegségek vagy balesetek következtében. A folyamatos növekedés jól jelzi, hogy bár régen is jelentős egészségromboló volt az alkohol, nem voltak sikeresek azok a beavatkozások, melyek révén mérsékelni szeretnék volna ezt a népegészségügyi problémát. Részben ennek következménye, hogy a hazai halálozás nagyon magas. Az aktív korosztályokon belüli halálozási viszonyokat, tehát a társadalmi veszteségeket jobban kifejező 70 éves kor előtti halálozásnak már 1970-ben is 10%-át okozta alkohol Magyarországon, ami 1999-re már 21%-ra emelkedett. Férfiak és nők között is májbetegségek voltak a leggyakoribb alkohol miatti halálokok. Másodlagos szerepet játszottak a daganatok és az erőszakos halálmek.

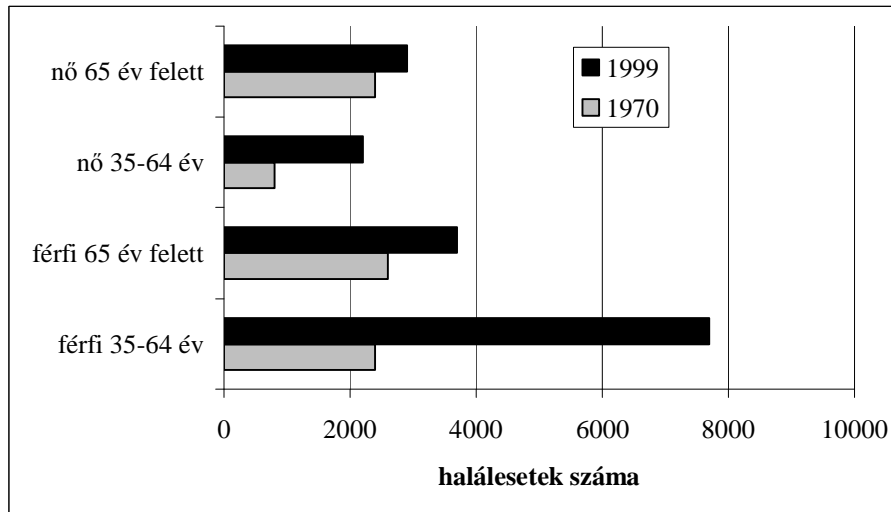
Magyarországon az 1 átlagos férfire jutó alkohol miatti életévvesztés 3 év. Nőknél 1,3 évvel rövidíti meg az életet az alkohol. Az alkoholisták és abúziv ivók viszont 10-12 évvel éltek kevesebbet.

Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy az **alkohol mértékletes fogyasztása értágító hatású**. Ezért az ischaemiás szív- és agyérbetegségek megelőzésében, a miattuk létrejövő halálozás csökkentésében jelentős szerepe van. (Az ischaemiás szívbetegségek okozta halálozás 50%-os csökkenését lehet megfigyelni a napi 3-4 egységnyi alkoholt fogyasztók között!)

Az alkoholbevitel általában **csökkenti a csontok szervesanyag tartalmát, szilárdságát (osteoporosis, csontritkulás), amik ezért enyhe traumák hatására is el fognak törni**. Alacsony alkohol dózisok azonban a máj károsítása révén csökkentik a vérben keringő albumin (máj által termelt protein) mennyiségét. (Ez a fehérje a keringésben megkötö a nemi hormonok jelentős részét, amik csak akkor tudják kifejteni hatásukat, ha már leváltak a kötésről.) A kevés albumin miatt relatíve sok lesz a szabad hormon. (A csontok normális anyagcseréjéhez szükség van a nemi hormonokra. Ezek hiánya vezet menopauza után csontritkuláshoz.) Ezzel és más módokon is javítja a csontok állapotát az alacsony dózisú alkoholfogyasztás.

Az alkoholfogyasztás jelenleg széles körben elfogadott viselkedési forma, aminek csak az eltúlzott formáit ítélik el súlyosan. Az egészségi állapotot sem csak negatív módon befolyásolja. Ezért szükséges olyan ajánlás megfogalmazása, ami a tolerálható és a már nem tolerálható alkoholfogyasztás között különbséget tesz.

Sokáig egyszerűen küszöbököt határoztak meg. Férfiak esetében heti 168g-ig alacsony, 168-400g között emelkedett és 400g felett veszélyes kockázatú alkoholfogyasztásról beszéltek. Nők esetében az alacsonyabb átlagos testtömeg miatt azonos alkohol koncentráció eléréséhez kisebb dózisok is elegendőek, ezért a rájuk vonatkozó küszöbszámok 112g és 280g voltak.



7.3.2. Ábra: Alkoholizmussal illetve alkohol abúzzsal kapcsolatos halálozások száma Magyarországon. (1970; 1999)

Az alacsony kockázatú csoportot azonban nem lehet valamiféle ajánlott magatartásformának tekinteni. Ugyanis különböző életkori csoportokban más és más az alacsony szintű alkoholfogyasztás kiváltotta egészségnyereségek és egészségveszteségek aránya. (A nyereségek az ischaemiás szív- és agyérbetegségek megelőzéséből adódnak. A veszteségek a már kevés alkohol fogyasztása esetén is emelkedő kockázatú májcirrózishoz, és vérzéses

agyérbetegségekhez illetve balesetekhez kapcsolódnak. A veszteségeket növeli valószínűleg a kevés alkohol hatására is emelkedő emlőrákos és vastagbélrákos halálozás.)

Fiatalabb korosztályokban a szív-érrendszeri betegségek még nem okoznak jelentős problémát; a balesetek viszont igen. A viszony éppen fordított az idősök között. Ha a halandósági viszonyokat végigvizsgáljuk korcsoportonként, akkor azt látjuk, hogy a 40 év alattiak esetében már a kevés alkohol fogyasztása is halandóság növekedést okoz. Csak 60-70 éves korban okoz nettó halálozáscsökkenést a kevés alkohol rendszeres fogyasztása. Nagyon fontos ezért annak hangsúlyozása, hogy az egészségkárosodások szempontjából 40 éves kor alatt nincs biztonságos alkoholfogyasztás, főleg nincs ajánlható alkoholfogyasztási szint (7.3.2 ábra).

Prevenció lehetőségei

Az alkohollal kapcsolatos óriási egészségügyi és még nagyobb társadalmi probléma mérséklésére számos hatékony eszköz áll rendelkezésünkre. Sajnos nem mindegyikkel élünk megfelelően még ma sem. Ezek egy része jogszabályokhoz kötődik, más részük viszont a helyi társadalom által, külső támogatás nélkül is kivitelezhető. A különböző szintű beavatkozások együttesen, egymást erősítve képesek a látható eredmények elérésére a nemzetközi tapasztalatok szerint.

Alkohol adóztatása

Az alkoholos italok ára javarészt adót jelent. Az italok árát ezért az adózási jogszabályok határozzák meg. Ha emelik az adókat (és az árakat), akkor arra főleg a fiatal fogyasztók reagálnak fogyasztásuk csökkentésével. Ez pedig a halálos balesetek és erőszakos cselekmények miatti halálozás csökkenésében mutatkozik meg. A módszer a magas fogyasztási kategóriákban sajnos nem hatékony.

Zéró tolerancia az ittas vezetéssel kapcsolatban

A tapasztalatok szerint 20%-kal csökkenti a tolerált véralkoholszint eltörlése az éjszakai közúti balesetek miatti halálozást.

Megemelt vásárlási korhatár

Az USA olyan államaiban, ahol 21 éves kor alatt nem vásárolhatnak alkoholt, lényegesen alacsonyabb a 21 év alattiak éjszakai halálos közúti balesetei miatti halálozása, mint a 18 éves korhatárt előíró államokban.

Vezetői engedély elvesztése

Azokban az országokban, ahol az alkoholfogyasztáson ért vezetőtől helyszínen (tehát bírósági eljárás nélkül) bevonják a vezetői engedélyt, a módszer balesetmegelőző hatását detektálják.

Alkohol árusítás korlátozása

A teljes tilalom és a helyileg illetve időben korlátozott árusítással kapcsolatban vegyessék a tapasztalatok. (A teljes tilalommal élő mohamedán országokban az alkoholt helyettesíti más drog.) De a skandináv országok tapasztalatai alapján nem hatástalan a módszer. Elvben sok országban tilos az ittas személyeknek illetve fiataloknak alkoholt eladni. A szabályt nem mindenütt kezelik szigorúan. Azaz, nem mindenütt vizsgálják meg, hogyan jutott alkoholhoz a balesetet vagy bűncselekményt alkoholfogyasztás után elkövető, és nem mindenütt képzik kötelező jelleggel a kereskedőket arra, hogy ezt a korlátozó szabályt miként kell betartani. Ahol viszont szigorúan kezelik a korlátozási szabályokat, ott jól látható eredményeket érnek el.

Címkézés

Az alkoholos italok címkézése (a cigarettához hasonló) tájékoztató és egyben elrettenteni szándékozó feliratokkal általában nem váltja be a módszerhez fűzött reményeket. (A balesetveszély és a megbetegedési kockázatok hangsúlyozása mellett a magzat fejlődésének problémáiról szólnak a feliratok.) Az egyetlen érzékeny csoportnak talán a kevés alkoholt fogyasztó várandós nők tűnnek.

Közösségi projektek

Jók a tapasztalatai a helyi társadalom aktivizálására épülő programoknak is. A média, az üzleti szféra, az oktatási rendszer és a rendőrség helyi együttműködése révén összeállított iskolai képzési programok (ezek a programok nemcsak az alkohollal foglalkoznak, hanem más drogokkal is, és nem egyszerűen tájékoztatnak a negatív hatásokról, hanem az önértékelés javítására, szociális kompetencia növelésére is törekszenek.), fokozott kereskedelmi ellenőrzés, kortárs segítői csoportok szervezése bizonyítottan képes csökkenteni az alkohol miatti egészségkárosodásokat.

Háziorvosi szűrővizsgálat

Mivel az alkohollal kapcsolatos problémák kibomlása időben zajló folyamat, annak korai stádiumában pedig hatékonyabban lehet beavatkozni, mint a már súlyos állapotban, elvileg fontos lenne korai stádiumban megtalálni az érintetteket: azaz érdemes lenne szűrni. Bár nincs minden körülmények között alkalmazható módszer, de annyi bizonyos, hogy a lehetséges laboratóriumi vizsgálatok önmagukban nem jelentenek használhatóbb módszert, mint az egyszerű kérdőívek.

Ezért a háziorvosok szakmájának egyik alapszabálya, hogy az a néhány egyszerű kérdés, amivel az alkohollal kapcsolatos problémákra viszonylag hatékonyan és korai stádiumban lehet fényt deríteni, ténylegesen hangozzanak is el. (A problémás esetek 75%-a található meg, ha a következő 4 egyszerű kérdésből 2-re adott igenlő válasznál definiáljuk a pozitív szűrővizsgálati eredményt: *1. Gondolt valaha arra, hogy abba kellene hagyni az ivást? 2. Kifogásolta már valaki az ivási szokásait? 3. Volt már büntudata az alkohol miatt? 4. Volt már, hogy ébredés után rögtön ivott valamit azért, hogy nyugodt legyen, vagy hogy megszabaduljon a másnaposságtól?*)

Gyógyítás támogatása

A különböző súlyosságú alkoholbetegek száma nagy és sokan nem kapják meg a számukra fontos és hatékony ellátást. A beteg közvetlen környezetében élők számára fontos lenne, hogy ne hunyjanak szemet a probléma felett, hanem segítsenek abban, hogy vegye igénybe az ellátást az alkoholbeteg. (Vállalva a kezdeti konfliktusokat is!) Egyre bővül a rövid terápiák kínálata (amikor esetleg csak hét végére szorítkozik a kezelés), ami lehetővé teszi, hogy a munkatársak, szélesebb ismerősi kör számára rejtve maradjon a kezelés. Az utóbbi években jelentősen fejlődtek a felhasználható gyógyszerek is. A heveny elvonási tünetek (delírium), az alkohol utáni sóvárgás, az elvonási tünetek közül sokszor nagyon nehezen viselhető alvászavar kezelése sokat fejlődött az elmúlt években. A felelősség elutasítását a kezelés reménytelensége tehát nem magyarázhatja.

Mintaadó réteg kialakítása

Az alkoholfogyasztás is tanult magatartásforma. Jelentős részben a reális életközösségeken belüli mintaadó személyek határozzák meg ennek a tanulási folyamatnak a természetét. Sajnos sem az **orvosok**, sem a **pedagógusok**, sem a **közszereplők** nem jelentenek ma olyan csoportot általában, amely az alkoholfogyasztással kapcsolatos pozitív mintát közvetítené. **Pedig az alkoholfogyasztás társadalmi elfogadottsága ezeknek a rétegeknek a magatartásától jelentős mértékben függ.** A minden társadalmi csoportban meglévő tolerancia komoly gátja az alkoholfogyasztási szokások racionális irányú módosulásának. (Ma teljesen természetes, hogy egy-egy rendezvényen koccintva gratulálnak egymásnak. 30 évvel ezelőtt még az is természetes volt, hogy ugyanilyen rendezvényeken egymást kínálva – és néhány udvariassági formulát azért betartva – cigarettáztak az emberek. Van lehetőség a változtatásra, ha az eredmény nem is gyorsan mutatkozik meg!)

Irodalom

- Vokó Z.: *A magyar lakosság egészség-magatartása az Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF2000) tükrében.* In: Ádány Róza: *A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón, 207-219,* Budapest, 2003. Medicina
- Csizmadia P., Várnai D.: *Dohányzás és alkoholfogyasztás.* In: *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása, Szerk: Aszmann A., 49-60.* Országos Gyermkegészségügyi Intézet, 2003
- Elekes Zs.: *Ivási szokások és fogyasztási típusok Magyarországon az ADE 2001 alapján.* Addiktológia, 2002 (1)
- Füzesi Zs.: *Egészségmagatartás.* In: Vitray J., Bakacs M.: *Népegészségügyi Jelentés 2004 (szakértői változat).* Budapest, 2004. Országos Epidemiológiai Központ
- Józan P.: *Az alkohol hatása a halandóságra Magyarországon, 1970-1999.* Budapest, 2003. Központi Statisztikai Hivatal

Feladat

1. Készítsen olyan tananyagot, ami az alkoholbevitellel kapcsolatos ajánlásokat magyarázza el tanulóknak!

7.4. AZ ILLEGÁLIS DROGFOGYASZTÁS, MINT KORUNK ÚJ KOCKÁZATI TÉNYEZŐJE

Dr. Sándor János

Bevezetés

A drogok története egyidős az emberi kultúra történetével. A kokacserje levelét rágták Dél-Amerikában. Ennek köszönhetően többek között az éhség volt könnyebben elviselhető. Ugyanolyan széles körben alkalmazták ezt, mint ahogy Európában az alkoholt. (Sokáig Európában is gyógyszerként használták, gyógyszertárakban árulták a kokaint!) A kender volt Ázsia elterjedt drognövénye. A Védákban és az első (kínai) gyógyszerészeti könyvben is foglalkoztak vele. Az ópium a Közel-Kelet kultúráiban használt drog volt. Az alkohol tilalma mellett, annak „funkcióját betöltve” terjedt el. Később jutott el a Távols-Keletre. Származéka a diacetil-morfin (heroin). Dél-Amerika számos kultúrájában a hallucinogének látták el a meghatározó drogfunkciót. Európában pedig az alkohol tölti be történelmi idők óta a domináns drog szerepét.

Az emberi kultúrákban mindenütt megtalálható egy domináns drog, ami beépül a társadalom életébe. Fogyasztására szabályok vonatkoznak, melyek megszegése szankciókat von maga után. A szabályok kialakulása időigényes. (Ezért is okoz nagyobb problémát a modern Ázsiában az alkohol, és Európában a kender, mint adott drog az „öshazájában”). Bár a szabályozással kapcsolatban újra és újra felmerül a teljes tiltás lehetősége, sok történelmi tapasztalat mutatja a teljes drogmentesítés lehetetlenségét.

A vonatkozó szabályozásnak inkább fejlődnie kell az új drogok megjelenése, de elsősorban a társadalom fejlődése miatt. (Az ezredforduló magyar társadalmában az alkohollal kapcsolatos szabályozás hatékonysága rosszabb, mint egy sor európai országban. Ennek következménye az alkoholfogyasztással összefüggő súlyos társadalmi, népegészségügyi problémák sora. A romboló következmények enyhítéséért tehát változtatni kell a kontroll jelenlegi rendszerén.)

Drogok csoportjai:

- Ópiátok (a régen is használt ópium, aminek hatóanyaga a morfiúm; ennek sokszorta hatásosabb szintetikus származéka a heroin; egyes gyógyszerek, például a kodein)
- Stimulánsok (hosszú történetű képviselő a kokain, aminek szintetikus változata a sokkal veszélyesebb „crack”; az amfetamin illetve annak származékai – pl. ecstacy, speed- és az ephedrin is ebbe a csoportba sorolható; de végső soron a koffein és a nikotin is stimuláns drog)
- Hallucinogének (régóta használt drogok egyes gombák, kaktuszok és a kender; utóbbi hatóanyagai a kannabinoidok; ide sorolható a gyógyszergyári „fejlesztésként” megszülető LSD is)
- Tudatállapot befolyásolására alkalmas oldószerek (nitrogén oxidul – azaz kéjgáz; éter; kloroform; alifás oldószerek – higítók)
- Etanol (a bódító hatású régi európai drog)
- Önálló csoportot alkotnak a (nyugtató, altató, feszültségoldó) gyógyszerek, melyeket lehet visszaélészerűen (nem az egészségi állapotnak, orvosi utasításnak megfelelően is használni)

Az egyén és a társadalom számára is elviselhető kockázatokkal járó, kevésbé veszélyes szerek és alkalmazási formák irányába kell irányítani a drogfogyasztást; illetve csökkenteni kell azokat a problémákat, amelyek a drogfogyasztás alapját jelentő kielégítetlen szükségleteket szülik. Ehhez viszont reális képet kell alkotni a drogfogyasztásról, érteni kell az ide sorolt problémák közötti alapvető különbségeket is. Csak így lehet hatékonyan csökkenteni azokat a (társadalmi és egészségi) károkat, amelyeket a drogfogyasztás képes okozni. (Elvileg más problémát jelentenek azok a drogok - szintetikus opiátok, kokain származékok -, melyek a fogyasztó számára közvetlen életveszélyt okoznak, mint mások, amelyek olyan magatartásformákat tartanak fenn, melyek adott kultúrával nem/nehezen egyeztethetőek össze.)

Drognak nevezünk minden olyan anyagot, melyet a szervezetbe kívülről juttathatunk be, és saját maga vagy lebomlási termékei az agyba jutva, annak működését megváltoztatják. Ezek az anyagok igen széles kémiai spektrumot ölelnek fel. Lehetnek természetesek (kannabinoidok, kokain, opiátok) és lehetnek mesterségesen előállítottak (heroin, speed, LSD). A behatolási kapu, az alkalmazás módja szintén nagy változatosságot mutat. Vannak olyan drogok, melyek már a kipróbálás alkalmával is életveszélyt jelentenek (heroin) és vannak, melyeknek nem ismert a halált okozó dózisa (marihuána). Lényeges különbség van köztük a hozzászokás szempontjából is: a heroinhoz, nikotinhoz hamar kialakul hozzászokás, kokainnál nem ismert jelenség a fizikai hozzászokás. Az elvonási tünetek lehetnek enyhék (nikotin) és életet veszélyeztetők (heroin). Ráadásul nem is mindenkiben hatnak egyformán a drogok. Általában genetikai érzékenység is szükséges a hozzászokás kifejlődéséhez.

Illegális droghasználat gyakorisága

A 10. osztályos középiskolások között 1995 és 1999 között kétszeresére nőtt (10%-ról 19%-ra) azok száma, akik már kipróbáltak valamilyen tiltott drogot. 2002-ben (a 9. és 11. osztályosok közötti vizsgálat alapján) tovább emelkedett (21,5%-ra) a tiltott drogot már kipróbálók aránya. A fogyasztást a marihuána és a hasis (kannabinoidok) dominálják: a tanulók közel 20%-a már kipróbálta ezeket. Ezt követik a stimulánsok (amfetaminok, ecstasy), amiket 3-4% próbált legalább egy alkalommal. A többi drogot a középiskolások 1-2%-a próbálta már ki.

| | Fiúk (%) | Lányok (%) |
|--|----------|------------|
| Fogyasztó (alkalmi és rendszeres együtt) | 10,0 | 5,2 |
| Korábban fogyasztott | 6,5 | 3,2 |
| Csak kipróbálta | 27,7 | 19,2 |
| Egyáltalán nem fogyasztott | 55,8 | 72,4 |

7.4.1. Táblázat: Illegális drogfogyasztás gyakorisága felsőoktatásban tanulók között 2003-ban.

A lányok 17%-a, a fiúk 27%-a használt már tiltott drogot. A budapestiek között magasabb gyakorisági adatokat regisztrálnak. Itt 1995-ben 12%, 1999-ben 29%, és 2003-ban 35% használt már illegális drogot. Ezzel párhuzamosan csökkent az oldószerek relatív szerepe, és egyre többen tekinthetők rendszeres tiltott droghasználónak. Ma a fogyasztók 30%-a már rendszeresen használ tiltott drogot. Emelkedik a 15 éves kor előtti próbálkozások száma is.

A középiskolásokra a kísérletező (kipróbáló, azaz életében kevesebb, mint 10 alkalommal fogyasztó) és a szociális-rekreációs (heti egy alkalom, általában valamilyen csoportos szórakozás) használat a jellemző. A problémás helyzetekben droghoz forduló (helyzeti használó), a hosszú időn át napi rendszerességgel használó (intenzifikált használó) és a kényszeres használó nem jellemző erre a korosztályra.

A középiskolások között a droghasználatot segíti az inger- és kockázatkereső magatartás, a megterhelő érzelmi állapotokkal, élethelyzetekkel való megküzdés képességének a korlátozottsága, a drogokhoz kapcsolódó pozitív minta (droghasználó popsztár), családi támogatás hiánya (valamilyen okból túlzottan szigorú, vagy túlzottan megengedő nevelés), a kortárs csoport mintája (parti-drog), az iskola inadekvát reakciója a nem megfelelően teljesítő gyermekkel kapcsolatban, a társadalom értékrendjét (toleranciáját) tükröző tömegkommunikáció illetve a hátrányos helyzetűekre vonatkozó társadalmi politikai gyakorlat. Ebben a korosztályban is a helyes önértékelésnek (és az ezt megalapozó tényezőknek) van a legfontosabb szerepe a drogfogyasztás elkerülésében.

A felsőoktatási intézmények hallgatóinak 35%-a (a fiúk 44%-a, a lányok 27%-a) kipróbált már tiltott drogot. Közülük alkalmi fogyasztónak vallotta magát 6%, rendszeresnek pedig 1%. A vizsgálatok szerint a hallgatók 5%-a felhagyott a tiltott drog használatával. Legnépszerűbb anyag ebben a csoportban is a kannabisz.

A 18-65 évesek 6,5%-a használt már tiltott drogot. Az első alkalomra általában 17-18 éves korban került sor, úgy hogy (legalábbis 73%-uk) személyes ismerőstől kapták az első adagot. Az életkorral meredeken csökken felnőttek között a kipróbálók aránya (18-24 év között 20%, 35 év felett 2%). Egyértelmű a férfiak (férfiak 9,3%, nők 3,7%-a próbálkozott már) fokozott veszélyeztetettsége és a budapestiek (16% a vidéki 4%-kal szemben használt már tiltott drogot) intenzívebb droghasználata. A 18-65 évesek 2,3%-a rendszeres tiltott droghasználó. Elsősorban ebből a szempontból is a budapesti 35 év alatti férfiak viselik a magasabb kockázatot. Ebben a korcsoportban is a kannabisz a vezető szerepű drog. Magyar sajátosság, hogy a kannabisz használók fele más anyagot is használ. (Nemzetközi adatok alapján jellemzőbb, hogy a kannabiszt önmagában használják.)

Következmények

A legelterjedtebb drogok Magyarországon a legális alkohol és nikotin. Ezek súlyos terhet rónak a társadalomra és meghatározói a népegészségügyi helyzetnek. A rájuk vonatkozó részletes adatokkal külön fejezetek foglalkoznak.

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 |
|------------------|------|------|------|------|------|
| Opiátok | 4 | 51 | 46 | 23 | 40 |
| Amfetamin | 2 | 1 | 1 | 4 | 1 |
| Nyugtatók | 148 | 215 | 255 | 210 | 281 |
| Politoxikománia | 0 | 13 | 36 | 65 | 4 |
| Szerves oldószer | 12 | 8 | 1 | 32 | 32 |
| Egyéb | 38 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Összesen | 204 | 288 | 339 | 338 | 337 |

7.4.2. Táblázat: Tiltott drog használatmiatti halálesetek száma Magyarországon.

A tiltott drogokkal összefüggésben jelentkező problémák közül nem az egészségkárosító hatás ma a legfontosabb, de itt most csak ezekkel kapcsolatban értékeljük a helyzetet. Az intravénás drogok használata során kiemelkedő jelentősége van a fertőzésveszélynek. A fertőzött tüvel HBV, és HIV kerülhet a szervezetbe, amit aztán továbbadhatnak a fertőzött tüvel vagy szexuális úton is. A hallucinogének által befolyásolt valóságérzékelés halálos önsértésben végződő irreális képességekre alapozott cselekvésekre vezethet (jóval ritkább a mások elleni agresszív viselkedés). A leggyakrabban használt kannabisz szabályozása a teljes tiltás. De autóvezetőknél annak ellenére nem ellenőrzik a fogyasztást, hogy az alkoholhoz hasonlóan rontja a vezetési képességeket és minden bizonnyal sok baleset alapját teremti meg. (Az egyes drogokra jellemző szervi károsodásokat, specifikus betegségeket itt terjedelmi okokból nem tárgyaljuk.)

A drogok túladagolása nem minden anyagnál jelent életveszélyt. A halálos túladagolásokról készített statisztikák inkább csak tájékoztató jellegűek (a nyugtatóval elkövetett öngyilkosság is a droghalálózásnál kerül feltüntetésre), de jól mutatják, hogy a tiltott drogok távolról sem azonos mértékben veszélyeztetik az egészséget.

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 |
|---------------------------------------|------|------|------|------|-------|
| Nyilvántartott drogbetegek | 3553 | 4718 | 8494 | 9458 | 12765 |
| 20 év alatti nyilvántartott drogbeteg | 252 | | | 1731 | 2336 |
| Nyilvántartott heroinfogyasztók | 286 | 502 | 1689 | 1576 | 1846 |
| Nyilvántartott amfetaminfogasztók | 108 | 301 | 929 | 1367 | 1334 |

7.4.3. Táblázat: Az egészségügyi intézményekben kezelésre jelentkezett tiltott drogfogasztók száma Magyarországon.

Bár a drogfogasztók egészségügyi ellátórendszere alulfejlett Magyarországon, és emiatt kevesebb beteg veszi igénybe ezt a szolgáltatást, mint amennyinek szüksége lenne rá, az időbeni trendek alapján nem lehet kétségünk a drogfogasztó magatartás terjedését és a 20 év alattiak arányának növekedését illetően. A legelterjedtebb tiltott drog a kannabisz, de a kezeléseknél csak 5% át tette ki az ellátásuk 1995-ben. Az ópiát, az amfetamin-származék és a kannabisz kezelt fogasztók száma is növekedett 1995 óta.

A drogfogasztókra jellemző testi **tünetek** a használt szertől függően jelentősen változnak. Mégis vannak olyan jelek, melyek figyelemfelkeltőek lehetnek. Az étvágytalanság miatt lefognak, arcuk beesik. A vegetatív idegrendszeri hatások miatt pupillájuk szűk vagy éppen túl tág lesz (ezt rejtik napszemüveg indokolatlan viselésével!), orruk folyni fog. A túhasználat miatt tüsszürások nyomait viselik, véraláfutásaik vannak, a melegben is karokat rejtő ruházatot viselnek, a tüsszürás sebe a ruházaton átvérzik (ezt lehet, hogy mosás előtt veszik csak észre). Nagyon egyértelmű jele a kábítószer fogyasztásnak, ha speciális tárgyak kerülnek elő a használati eszközök közül. (fecskendők, tűk, vattadarabok, kormos kanál, citrompótló tabletta, ismeretlen eredetű orvosi vénnyek.) A drog beszerzéséhez szükséges pénz előkerítése miatt pénzügyi nehézségei vannak ezért kölcsönöket kér, eladja saját (vagy a család) értékesebb holmijait. (Ennek a sornak a folytatásaként bűncselekményeket hajt végre.) Viselkedése átalakul: a korábbi kapcsolatai (család, munkahely, iskola, baráti kör) fellazulnak, háttérbe szorúlnak, illetve megszűnnek (ide sorolható az iskolából való kimaradások, otthonról való eltűnések megjelenése is). Titkolózóvá és egyben agresszívvá válik, új barátokra tesz szert. A koncentrációképesség csökkenése, feledékenység,

megbízhatatlanság, és a teljesítőkéesség ingadozása különösen iskolában, munkahelyen lehet figyelmeztető jel. A drog feldolgozásánál használt tárgyak (tasakok, kis zacskók, mérleg, fiolák), vagy a drog/oldószer szaga (ismeretlen szag a szobában, ruházaton) is árulkodó lehet.

Irodalom

Füzesi Zs.: *Egészségmagatartás. In: Vitray J., Bakacs M.: Népegészségügyi Jelentés 2004 (szakértői változat)*. Budapest, 2004. Országos Epidemiológiai Központ

Elekes Zs., Paksi B.: *A középiskolások drogfogyasztása 2003-ban Budapesten. Helyzetkép és tendenciák*. Addiktológia, 3-4, 2003.

Sebestyén E.: *Illegális szerek használata. In: Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása, Szerk: Aszmann A., 6176*. Országos Gyermkegészségügyi Intézet, 2003

Paksi B.: *A felnőtt népesség droghasználata Magyarországon*. Addiktológia, 2, 2003.

Füzesi Zs., Tistyán L., Busa Cs.: *A felsőoktatásban tanuló fiatalok kábítószerekhez való viszonya*. Kézirat, 2003.

Feladat

1. A tanulókat ossza két csoportra! Az egyik a kannabisz szabályozott forgalmazása, a másik a használat tiltása mellett érveljen! Próbálják végig azt értékelni, hogy milyen problémákat old meg, illetve milyen problémákat generál a csoportok álláspontja!

8. FEJEZET

A MÉDIA EGÉSZSÉGET MEGHATÁROZÓ SZEREPE

8. A MÉDIA EGÉSZSÉGET MEGHATÁROZÓ SZEREPE

A FEJEZET CÉLJA

A fejezet keretében a hallgatók:

1. Megértik, hogy a tömegkommunikáció hogyan változtatta meg a betegséggel kapcsolatos tudat-bázist.
2. Megismerik, hogy milyen módon jelenik meg az egészséggel kapcsolatos témakör a médiában.
3. Tisztában lesznek azzal, hogy az indirekt médiahatásoknak milyen jelentősége lesz az egyén és a népesség egészséggel-betegséggel kapcsolatos ismereteire, a szexuális és nemi szerepekkel, az étkezéssel, testképpel, a szennyezőanyagokkal kapcsolatos beállítódásaira.
- 4.

A FEJEZET TÉMAKÖREI

8.1. A média hatása az egészségre

Dr. Kósa Éva

8.1. A MÉDIA HATÁSA AZ EGÉSZSÉGRE

Dr. Kósa Éva

A tömegkommunikáció napjainkra a szórakozás, információszerzés, kapcsolattartás, munkavégzés elengedhetetlen eszköze, és a felnövekedés, a szocializáció fontos hatótényezője. A média bizonyítottan hatással lehet az emberek véleményére, viselkedésére, attitűdjére, értékrendjére, és nagyban befolyásolja a fizikai és szociális világról alkotott képet is.

A tömegkommunikáció befolyása az egyének és a népesség egészségére

A fejlett országokban az egészséggel és betegségekkel kapcsolatos tudás-bázist –azaz az e területekre vonatkozó általános ismereteket- egyre fontosabbnak tekintik. Ez a szemlélet az egyre költségesebb orvosi beavatkozásokkal és kezelésekkal szemben a prevencióra és az egyének erőfeszítésén alapuló egészségmegőrzésre helyezi a hangsúlyt. Ha az egyének megtanulják, hogyan vigyázzanak egészségükre, számos betegség – és a vele járó költség is- elkerülhető.

A tömegkommunikációs eszközök elterjedése előtt a betegségek gyógymódjai gyakran családi hagyományokon alapultak. A családi folklór szerinti receptek és eljárások szolgálták a megelőzést és a kevésbé súlyos betegségek kúrálását is. Azonban az utóbbi évtizedekben rohamosan fejlődő kommunikációs technológia révén a családok egyre több olyan információhoz jutnak a médiából, amely befolyásolja őket az egészséggel-betegséggel kapcsolatos magatartásukban.

Fiatalok esetében a kutatások a média hatásait általában, és az egészséggel kapcsolatos kérdésekben különösen jelentősnek ítélik. A gyerekek és a serdülők személyiségfejlődésében ugyanis meghatározó szerepet játszanak azok a modellek, amelyekkel a fiatalok azonosulni tudnak és szeretnének. A szocializáció során a szülők, nevelők, és a gyereket körülvevő fontos személyek mellett a serdülőkor markáns jellemzője az, hogy a tinédzserek intenzíven keresik az új, számukra vonzó modelleket identitásuk kiépítéséhez. *A vizsgálatok eredményei szerint a mai fiatalok igen nagy része a médiában találja meg a példaképiül választott viselkedést, véleményt, attitűdöt, és az egészséggel, életmóddal, szexualitással kapcsolatos ismereteit is jórészt a médiából meríti.* A hatásokat fokozza az is, hogy a fiatalok jó része válogatás nélkül fogyasztja a médiatartalmakat (pl. nézi a televíziót, használja az Internetet), és a látottak feldolgozásában többnyire magára hagyatott. Az egészséggel kapcsolatos médiahatások természetének megismeréséhez látnunk kell, milyen módon jelennek meg e témakörök a médiában.

Az egészséggel összefüggő domináns médiaábrázolások

Hasonlóan a médiatartalmak egyéb területeken tapasztalt hatásaihoz, az egészséggel kapcsolatos médiatüzenetek is lehetnek kedvezőek és kedvezőtlenek, szándékosak és szándéktalanok (nem tervezettek).

Szándékos médiahatások

Kampányok

A médiát –és kiemelten a televíziót, mint a legszélesebb közönséget elérő eszközt- gyakran használják az egészséggel kapcsolatos direkt kommunikációra. Ilyen szándékolt hatást kiváltó üzenetekhez tartoznak az egészséggel-betegséggel kapcsolatos kampányok, hirdetések és hirdetmények, figyelmeztetések és tanácsok.

A nemzetközi felmérések szerint az egészséggel kapcsolatos információk leggyakoribb témái a szívbetegségekkel, a szexuális úton terjedő betegségekkel, dohányzással, alkoholfogyasztással, családtervezéssel és a személyes biztonsággal kapcsolatosak. A médiában megjelenő egészséggel kapcsolatos témák egyharmadát a televízióban megjelenő gyógyszer-reklámok (esősorban a meghűléses betegségeket kúráló szerek és fájdalomcsillapítók) teszik ki. Néhány betegség különösen nagy figyelmet kapott az utóbbi időben (pl. AIDS, allergia), de az egészséget megőrizni, javítani célzó kampányok, és a főbb betegségekkel (pl. rák, infarktus, érrendszeri betegségek) és betegséget okozó vagy más típusú kockázati tényezőkkel (mint a dohányzás, alkohol, teherbeesés) kapcsolatos média-információk sikerei meglehetősen szerények.

Ami a reklámokat illeti, az étel- és italreklámokat az egészséggel kapcsolatos szándéktalan hatások közé sorolják, hiszen céljuk az áru eladása (és „csak” szándéktalanul hatnak az egészségre). A gyógyszerek reklámozását pedig egyes szakértők azért tartják veszélyesnek, mert a hirdetett szerek szinte „divatot” teremtenek, az ábrázolt eredmények pedig gyakran túlzóak vagy félrevezetőek.

Szándéktalan (indirekt) médiahatások

A média az egészséggel kapcsolatos nem-szándékolt hatások szinte leggazdagabb forrása: az újságok, a rádió, a plakátok, az Internet, és elsősorban a televízió szereplőinek megfigyelése révén a média fogyasztóit számtalan egészséggel kapcsolatos benyomás éri.

A média-ábrázolások hatásaival kapcsolatban *az egyik legfontosabb kérdés az, hogy a média-fogyasztók (pl. a nézők) mennyire ítélik valóságosnak az ábrázoltakat.* A kutatási adatok szerint ugyanis a média hatása nagyobb, ha a fogyasztók a tartalmat (eseményeket, helyszíneket, szereplőket, viselkedéseket) a valósággal megegyezőnek tartják. Ekkor ugyanis

a médiában közöltek mintegy helyettesíthetik a saját tapasztalatot, és így meghatározhatják a jövőbeni viselkedést.

Egészségügyi intézmények és a gyógyítás ábrázolása

A kórházak belső életével, az orvosi és egyéb gyógyító hivatással, a páciensek viselkedésével kapcsolatos médiatémák (pl. sorozatokban, televíziós filmekben, magazinokban) nagy népszerűségnek örvendenek. Emlékezhetünk rá, hogy a nemzetközi sikereket elérő sorozatokat a hazai televíziós csatornák is igen magas nézettséget elérve sugározzák vagy sugározták (pl. Klinikák, Kórház a város szélén, Vészhelyzet, Harmadik műszak, Chicago Hope, stb.) Az ilyen típusú televíziós műsorokat elemző kutatások megállapították hogy a nézettség fokozása érdekében az ábrázolás sokszor torzított. A következő ábrázolási sajátosságokat találták:

- a műsorok általában erősen dramatizálják a betegséget és a gyógyító munkát,
- az egészséggel kapcsolatos foglalkozások sokkal nagyobb arányban szerepelnek, mint a való életben,
- az orvosi hivatást inkább kalandok sorozatának, semmint fáradtságos, sokszor igen nehezen meghozott döntéssel, vagy akár monoton tevékenységgel járó munkának ábrázolják,
- a fikciós történetekben az orvosok legalább olyan mértékben törődtek a páciensek lelki jól-létével, mint a testi kondíciójukkal, így többnyire jóval nagyobb mértékben vonódtak be a betegek privát életébe, mint az a mindennapokban általában elvárt és tapasztalható,
- az ábrázolás torzított voltát mutatja, hogy az ilyen műsorokban az orvosok szinte kivétel nélkül rendkívül kompetensek, és még akkor is helyesen diagnosztizálják a betegségeket, ha a páciensek fontos információkat hallgatnak el,
- a páciensek pedig általában komoly és intenzív beavatkozást igénylő tünetekkel rendelkeznek.

Azt, hogy az ábrázoltakat a torzítás ellenére a nézők egy része valóságosnak – és így reálisnak- ítéli, jól mutatja az, hogy a sorozatok szereplői szerte a világon sok, egészséggel kapcsolatos tanácsot kérő levelet és megkeresést kapnak. Így ezek az orvosi témájú műsorok széles körben, és nagymértékben befolyásolják az egészségügyi intézményekkel, betegségekkel, az orvosi ellátással és egészséggel kapcsolatos általános ismereteket.

Betegségek médiamegjelenítése

A vizsgálatok azt találták, hogy a televízió főműsoridejében megjelenő karaktereknek csak 2%-a volt a „fizikailag sérült” kategóriába sorolható. Érdekes például a szemüveg viselése: a felnőtt szereplők között ritka a szemüveges, a szemüveget viselők általában öregek, többnyire negatív karaktereket jelenítenek meg, gyakrabban áldozatok; és szinte soha nem láthatók a gyerekprogramokban. Annál gyakoribb a mentális betegségek előfordulása a médiában, és számuk a késő esti programokban megduplázódik. Az ábrázolt mentális sérülés többnyire összekapcsolódik valamilyen erőszakos cselekedettel: az ilyen sérüléssel jellemezett karakterek aránytalanul sokszor elkövetői vagy áldozatai az agresszióknak. Ez az ábrázolás megerősíti azt a sztereotíp felfogást, hogy a mentálisan sérültek veszélyesek.

Megállapítható az is, hogy az egészséggel-betegséggel kapcsolatos média-megjelenítések nem tükrözik a való élet egészséggel kapcsolatos főbb kérdéseit: alig van szó a krónikus (pl. mozgásszervi) betegségekről, a megelőzésről, vagy például az emelkedő orvosi költségekről.

Az egészséggel kapcsolatos mindennapi viselkedés médiaábrázolása

Az indirekt hatások özöne éri a média fogyasztóit a médiában ábrázolt életformákban, életstílusokban, a mindennapiként ábrázolt viselkedésben megjelenő szokások pusztán megfigyelése révén is. A kutatások azt igazolták, hogy a népesség egészséggel kapcsolatos viselkedése (mint a táplálkozás, alkoholfogyasztás, szexuális aktivitás, cigaretta és droghasználat, az autóvezetés vagy a biztonsági öv használata, partnerkapcsolatok és a szexuális viselkedés) összefüggést mutat a médiában megjelenő reklámokkal, és a szórakoztató műsorok szereplőinek e területekkel összefüggő viselkedésével.

A tartalomelemzések arra hívták fel a figyelmet, hogy ezek a többnyire implicit -egészséggel kapcsolatos- üzenetek sokszor nincsenek összhangban a pozitív szándékú egészségkampányokkal.

Szexualitás és nemi szerepek

A self egyik leglényegesebb aspektusa a nemhez tartozás tudata, a nemi identitás, ami a legelső évektől kezdődően a felnőttek és a társak jelzései, reakciói alapján fejlődik. De a nemi szerepekhez való igazi, felnőttkori elköteleződés a serdülőkor idején történik.

A fiatalok éles szemmel figyelik a nőies vagy férfias viselkedés minden részletét, és a média folyamatosan szolgáltat erre vonatkozó információkat. Számos média-tartalomelemzés tanulsága szerint, az utóbbi évek némi változása ellenére, a média világa – és elsősorban a televíziós ábrázolás- ebből a szempontból alapvetően tradicionális, konzervatív, és férfiközpontú.

Ennek legfőbb jellemzői a következők: a férfiak és a nők többnyire hagyományos, erősen sztereotipikus szerepben jelennek meg, a főműsorokban a férfi szereplők száma messze felülmúlja a nőkéét, a nők általában fiatalabbak, és konvencionális szerepköröket (anyák, feleségek, szeretők, stb.) töltenek be.

A szex a médiában elsősorban az azonnali élvezetről, és nem a kölcsönös elfogadásról, toleranciáról, kompromisszumokról szól. Az ifjúság által olvasott magazinok és a populáris zene csak tovább erősíti azt a benyomást, hogy a nőiesség alapvető kritériuma a fizikai megjelenés és a férfiak elbűvölésére való képesség. Ez a szexuális élet küszöbén vagy kezdetén álló fiatalokban igen gyakran kisebbségi érzetet kelt.

Mivel számos vizsgálat szerint a média sok serdülő számára a legjelentősebb nevelő a szexualitás terén, nem kétséges, hogy a nemi szerepek torzított ábrázolásával a média egyrészt fenntartja a nemekre vonatkozó tradicionális nézeteket, másrészt problémákat okozhat a serdülők önértékelésében.

Étkezés

A kereskedelmi média legfőbb bevételei a hirdetésekben származnak, és a hirdetések célja a gyártók termékeinek eladását célozza. A reklámozott termékek ismertté és vonzóvá válnak, elsősorban a gyerekek körében, azonban nem feltétlenül az egészséges életmódot és étrendet szolgálják. Amerikai adatok szerint a gyerekek évente 22 ezer hirdetést látnak évente, melyből 5 ezer valamilyen ételt reklámoz, és ennek több mint fele magas kalória- és cukortartalmú, alacsony tápértékű termék. A gyerekműsorok idején sugárzott reklámoknak is legalább fele édességet, vagy édesített ételt hirdet, többnyire étkezések közti rágcslivalóként ajánlva.

A szórakoztató programok és filmek szereplőit is gyakrabban látjuk valami „snack”-et vagy valami gyorséttermi terméket sietve bekapni, semmint kényelmesen az asztalnál ülve főételt fogyasztani. Bár a médiahősök ritkán esznek táplálkozástanilag kielégítő ételeket, ennek ellenére ritkán látjuk rajtuk ennek várható következményeit: a sztárok és hősök túlnyomórészt nem túlsúlyosak és hibátlan a fogsoruk is.

A média pozitív hatását egyelőre kevésbé használják ki, pedig hatása kedvező irányban is jelentős lehetne. Egy kövér kisfiúról szóló olyan film megtekintése után, mely a zöldségek és gyümölcsök kedvező hatását is megmutatta, a vizsgálatban résztvevő gyerekek kevesebb édesített terméket választottak a felkínált ételek közül.

Testkép

Igen jelentős a média fiatalok, elsősorban serdülők testképére gyakorolt befolyása. A médiában jellemzőként ábrázolt végtelenen karcsú női, és a kigyúrt, izmos férfiideál szinte elérhetetlen modellt állít a serdülők elé. Ugyanakkor a média ezeket a testformákat a másik nemnél elérhető sikerek legfontosabb elemeként mutatja be.

A serdülők amúgy is fokozott figyelmet fordítanak megváltozott testükre, és mivel a másik nem iránti érdeklődésük felfokozott, így ez az életkori csoport különösen fogékony az ilyen médiaüzenetekre. Mindennek következményeként esetükben nagyobb az esély arra, hogy elégedetlenek legyenek saját testükkel, vagy valamilyen evészavarral (anorexia, bulímia) küzdjenek.

Dohányzás

Miután a dohányzás az egyik legfontosabb megelőzhető egészségkárosító tényező, ezért reklámozását igen sok országban teljesen (pl. Norvégia, Finnország) vagy részlegesen (csak a tv-ben, pl. USA, Anglia, Ausztrália) betiltották. A médiában a dohányzó szereplők száma is jelentősen csökkent az utóbbi évtizedekben. Ennek ellenére a gyerekek és fiatalok körében végzett nemzetközi vizsgálatok szerint a dohányzók száma nem csökkent. Egyes kutató feltételezése szerint az okok között az is szerepet játszhat, hogy a dohánygyárak gyakran szponzorálnak televíziós sporteseményeket, s így végül is burkoltan jelentős hirdetési lehetőségekhez jutnak. A gyerekek számára pedig a sikeres és népszerű sportolók és

sporteseményekhez kapcsolódó cigarettamárkák összekapcsolódnak (bár ennek összefüggése a dohányzók számával nem mindig bizonyított).

Alkohol

A szórakoztató televíziós programokat elemezve európai adatok szerint a szereplők harmada fogyaszt alkoholt, de csak igen kis részüknek van az ábrázolás szerint problémája az ivás miatt. Az alkoholfogyasztás a médiában általában a szociális együttlétek, étkezések, társalgások és üzleti megbeszélések elfogadott és mindennapi velejárója. A szappanoperákban például 8-9 ivással kapcsolatos jelenetet regisztráltak óránként. Aggodalomra ad okot, hogy a fogyasztott alkohol lehetséges –és a való életben valószínűen előforduló- negatív hatásainak (mint pl. autós balesetek, családi-, partner-, és munkahelyi problémák, egészségromlás, stb.) bemutatása azonban igen ritka. A nap mint nap látható magatartás azonban vonzó a fiatalok számára: brit vizsgálatok szerint azok a serdülők, akik többet néztek tv-t, korábban és nagyobb mennyiségben fogyasztanak alkoholt.

Továbbá a kutatók megállapításai szerint a programok alkoholfogyasztással kapcsolatos finom, „rejtett” üzenetei gyakran ellentétesek a népegészség kulturálisan elfogadott normáival.

Drogok

A törvényi korlátozás a droghasználat média-megjelenítésében a legszigorúbb: egyértelmű reklámozása szinte minden kontrollált médiatermékben tilos. A droghasználók a televízióban általában drámák és akciófilmek szereplői, ahol a drog fogyasztásának következménye általában büntetőjogi (pl. letartóztatás), és nem fizikai vagy pszichológiai. Ennek következtében a droghasználat inkább a kriminalitáshoz, és nem az egészségkárosodáshoz és életviteli tragédiákhoz kapcsolódó benyomást kelt. A droggal kapcsolatos rejtett vagy nyílt utalások azonban jóval gyakoribbak a videó-klipekben, pop-zenei szövegekben (a felmérések szerint főleg a rap-zenében), mozifilmekben, és főleg az új, és kevésbé kontrollált médiába: az Interneten. Ez utóbbi sok fiatal számára ad lehetőséget, hogy gyorsan, könnyen elérhetően és anonim módon szerezzen információkat on-line módon nemegyszer illegális lehetőségekről is.

Összegzés

A tömegkommunikációban megjelenő egészséggel kapcsolatos kampányok szándékos, pozitív hatást kívánnak elérni, de eredményességük különböző. A média hírközlő és szórakoztató műsorai és termékei azonban számtalan nem szándékos, ellenben igen hatékony, és gyakran negatív hatást fejtenek ki a média fogyasztóira az egészséggel összefüggő kérdések sokaságában. A jövő kutatásai várhatóan kiemelt hangsúllyal foglalkoznak az

Internettel, mint az egészségre vonatkozó témákban is új és nagyon hatékony információforrással és hirdetési eszközzel.

Élénk az elvárás a médiaismeretek oktatásának hatékonyságával szemben is: a média kritikai értése és használata különösen fontos a média káros hatásainak csökkentésében, a rejtett üzenetek és burkolt hirdetések felismerésében és dekódolásában. A speciális tantárgyi képzésen túl azonban szinte minden tantárgy lehetőséget ad arra, hogy a pedagógus jól ismert, konkrét, és aktuális példákon hívja fel a figyelmet a médiatartalmak látszólagos tárgyyszerűsége mögött meghúzódó, akár a direkt közléssel ellentétes szándékokra. A reklámok sokasága kínál alkalmat ilyen típusú elemzésre. (Például: a tej kedvező táplálkozástani hatásaira hivatkozva valójában magas szénhidrát-tartalmú édesség fogyasztására buzdítanak. Ráadásul éppen a gyerekek egészségért felelősséget érző felnőtteket szólítják meg: „Ha fontos számodra gyereked egészsége, ilyet veszel neki!”). A médiában megjelenő hírek, dokumentumok elemzése pedig a társadalom működésének összetettségére, a különböző, egymásnak feszülő és ellentétes érdekek egyidejű jelenlétére hívhatja fel a figyelmet. (Például egy dohánygyár, vagy szeszesital gyártó üzem bezárása munkanélküliséggel fenyegeti a dolgozókat, ugyanakkor az egyénnek, de a társadalomnak is károsak és költségesek a dohányzás és az alkoholizmus okozta megbetegedések és életvezetési problémák.)

Ugyanakkor a média széles körbe elérhető forrása és modellnyújtója lehet az egészséges életmódnak és hatékony betegségmegelőzésnek is, bár ez irányú lehetőségei még messze kihasználatlanok.

Irodalom

Gerbner, G. (2000): A média rejtett üzenete. Osiris Kiadó és MTA-ELTE Kommunikációelméleti Kutatócsoport.

Kósa, É. (2003): Televíziós hatások serdülőkorúak szocializációjában. *Pszichológia*, 2003/2. 163-190.

Kósa, É.,(2004): A média szocializációs hatásai. In: Kollár, K., Szabó, É.,(szerk.): *Pszichológia pedagógusoknak*. Osiris. 572-591.

Feladatok

1. Válasszanak ki a fiatalok körében népszerű tévéműsort, és elemezzék a hősök egészséggel kapcsolatos viselkedését!
2. Elemezzék az ételekkel-italokkal kapcsolatos reklámokat! (Mennyire egészséges étrendet vagy életmódot segít elő a reklám? Milyen vonzó közegbe helyezve jelenik meg a reklámozott termék?)

9. FEJEZET

AZ IDŐ ÉS AZ EGÉSZSÉG

9. AZ IDŐ ÉS AZ EGÉSZSÉG

A FEJEZET CÉLJA

A fejezet keretében a hallgatók:

1. Megértik, hogy milyen összefüggések vannak a pedagógusok nevelőmunkájának minősége, a gyerekek önállósága, illetve időgazdálkodási képességei és a pozitív egészségmagatartásuk kialakulása között.
2. Megismerik, hogy mit jelent a bioritmus, ennek milyen jelentősége van a gyermekek tanmenetének, órarendjének, otthoni feladatinak összeállításában és teljesítőképességét illetően; megismerik a napi bioritmust, a tanulás szempontjából optimális órákat, tisztában lesznek az alvás, a pihenés és fáradás, illetve az aktivitás összefüggéseivel, a heti és az évi bioritmussal.
3. Megismerik egyes élettevékenységek idődimenzióit.
4. Megértik, hogy az évek visszatérő eseményei, ünnepei miképpen strukturálják az időt, világossá válik, hogy az ünnepek és rítusok felelevenítése milyen protektív szereppel bír.
5. Tisztában lesznek a múlt – jelen - jövő egyéni és társas kezelésének az identitással való összefüggéseivel, illetve az identitás meghatározó szerepével az alkalmazkodásban. Tudni fogják, hogy a hatékony időgazdálkodás a rövid és hosszú távú célok kitűzésében, ez pedig az identitás kialakulásában milyen szerepet játszik, és hogy ezeknek milyen jelentősége van a test-lelki egyensúly megtartásában.

A FEJEZET TÉMAKÖREI

- | | | |
|------|---|----------------------------|
| 9.1. | A bioritmus figyelembevétele és az egészség | Soósné Dr. Faragó Magdolna |
| 9.2. | Az egyes élettevékenységek idő- és egészségdimenziói | Kiss Judit |
| 9.3. | A múlt – jelen – jövő egyéni és társas kezelésének összefüggése | Soósné Dr. Faragó Magdolna |

9.1. A BIORITMUS FIGYELEMBEVÉTELE ÉS AZ EGÉSZSÉG

Soósné Dr. Faragó Magdolna

Bevezetés

Az egészséget befolyásoló egyes témák, problémakörök megismerése után – az előzőek mintegy keresztzempontjaként – az egyén időgazdálkodásának szempontjából, életünk „megélésének” szubjektív, személyes oldaláról közelítjük meg az egészségfejlesztés témakörét. Az egészségfejlesztésnek a pedagógusok számára készült segédkönyvben található öt fő feladata közül „az **egyéni** képességek fejlesztésének” hogyanját járjuk körül az időstrukturálás szempontjából; a három ott megfogalmazott fő sarokpont közül az alábbi elvet választva mottónkul: „**az egyén autonómiája érvényesül az egészséget befolyásoló döntésben, aktivitásban**”.

Elsősorban a **lélektan** köréből emelünk ki néhány ide kapcsolódó fontos fogalmat, főként a **pedagógiai szociálpszichológia** területére alapozódó elvi kérdéseket. (E terület *mentálhigiéne*vel, egészségneveléssel is összefüggő ismereteit pedagógusoknak szóló fogalomtár segítségével egészíthetik ki. A legfontosabb *szociálpszichológiai* jelenségek közül - e fejezet első pontjában - dőlt betűvel jelezzük azokat a fogalmakat, amelyeket az említett Fogalomtár definiál, s a pedagógusok számára szükséges példákkal magyaráz.)

Az **általános pszichológia** az egyént egy olyan rendszernek tekinti, amely felfogja a külvilágból származó ingereket (a szenzoros rendszer segítségével), majd a pszichés feldolgozáshoz vezeti azokat, ahol a *kognitív* funkciók, az *affektusok* és az impulzus-rendszer (reflexek, szokások, indítékok, *motivációk*) együttesen vezetnek el a döntésekhez, amelyek nyomán az egyén (a motoros rendszeren keresztül) *viselkedésével* hat vissza a környezetére.

A test és a lélek szoros kapcsolatán kívül, amelyet már a görögök is megfogalmaztak, s mindmáig érvényes szállóige lett, a **személyiséglélektan** is általános elvként hangsúlyozza a személyiség három szférájának: a *mentális-tudati*, az *érzelmi-motivációs* és a *viselkedési-cselekvési* elemének az egymással való szoros kapcsolatát. A **szociálpszichológia** egyik fő felismerése, hogy az *értékek*, *attitűdök* szervező funkciójának meghatározó szerepe van a *személyiség* alakulásában. Az is alaptétel, hogy a *szociális* környezet *befolyása* nélkülözhetetlen a megismerésben: a *személyiség* világról és saját magáról alkotott képének kialakulásában. *Értékeink*, *érzelmeink*, *motivációink*, *viselkedésünk* visszatükrözése – amely az *énkép* részévé válva modifikálja az *értékeket*, *normákat* és a további cselekvéseinket - csakis *társas kapcsolatok* (*kommunikáció*) révén valósulhat meg.

Bizonyos mértékben a **szociológia** fogalomköréből tanultakra is alapozunk: az emberi legfőbb élettevékenységek, mint pl. a munka, a pihenés, alvás, a játék, a tanulás, a szabadidő, a családi és *társas* kapcsolatok mentén is tárgyaljuk az egészséges életvitel idődimenzióit. A pedagógusok életmódjának a fenti szempontjait legteljesebben mintegy másfél évtizeddel

ezelőtt elemezték, kimutatva a tényleges időfelhasználás ellentmondásait a pedagógus-pályán elvárt követelményekkel, tevékenységekkel, és feltárták ezek társadalmi okait is. (Félő, hogy egy mai hasonló komplex kutatás – amely mindmáig várat magára - még lehangolóbb képet adna helyzetükről.)

Mint e fejezet címe is mutatja, ehhez az interdiszciplináris és gyakorlati alapokon nyugvó áttekintéshez - mintegy projekt-témaként - **az idő fogalmát** választottuk ki.

Az idő szubjektív megélését befolyásoló hatások

Az idő értékelésére, átélésére hatással van a „**korszellem**”, vagyis az a történelmi léptékkal mérhető idő, amelyben élünk. Ugyanígy meghatározó saját **életkorunk** is, az az idő- és tapasztalat-mennyiség, amire visszatekinthetünk. Alig érzékeli az időt a kisgyermek, hiszen sem a múlt, sem a jövő nem befolyásolja még: a jelenben, a „most”-ban él (akárcsak a régi korok embere). Az időfogalom is „tanulás” során, fokozatosan alakul ki bennünk – ellentétben az ún. belső óránkkal, vagyis a külső támpontok nélküli időbecslő képességünkkel, amely a szakirodalom szerint velünk születik. Más az időperspektíva ifjúkorban, és megint más a felnőttek, illetve az időskorúaké.

Az idő „múlatásának” módja és benne az elvégzett cselekvéseink, tevékenységeink értékelése azonban elsősorban **személyfüggő**. Attól függ elsősorban, hogy milyen tulajdonságokkal, *képességekkel* rendelkezünk, valamint attól, ahogyan *értékeljük* tulajdonságainkat és tevékenységeinket. (Pontosabban fogalmazva e mechanizmus együtt érvényesül: ahogyan felfogjuk és értékeljük a világot és önmagunkat, tulajdonságainkat, attól függnek céljaink, ettől és az előzőektől pedig, hogy mit hogyan teszünk, illetve, hogy ezeket miként értékeljük.) *Értékeink* függvényében szemléljük a múltbéli, a jelenleg megtett és meg nem tett, illetve a jövőben végzendő vagy elkerülendő cselekedeteinket, céljainkat – a ráfordított időt is figyelembe véve.

Korszakunk (a 21. századelő) emberének alapvető időélménye **az idő felgyorsulása**, amely mindennapjaink valamennyi területére kihat.

A „felgyorsult idő” az embereket érő **stresszhatások** ugrásszerű megnövekedésével jár. A stressz és a *konfliktus* mibenlétét, előnyeit és hátrányait, okait és következményeit, illetve kezelési és megoldásmódjait a jelzett szakirodalom részletezi. Az alábbiakban csak a legfőbb elemeket vázoljuk.

Az új helyzetekkel való szembesülés már maga is stresszt okoz a változásokkal szemben megnyilvánuló félelem, bizonytalanság-érzés, alkalmazkodási kényszer miatt. A **változások** egymásutánjának a gyorsulása és halmozódása következtében **az alkalmazkodási idő tovább csökken, miáltal a stressz tovább fokozódik**. A stressz tömegessé válásával egymásnak is stressz-okozói leszünk, ezáltal az emberi kapcsolatok is romlanak, a tűréshatár csökken. Ez megnöveli *konfliktusaink* szubjektív minősítését, számát, illetve megnehezíti a konfliktusok békés rendezését. Az idősürgettség, a hajszoltság, a rossz *konfliktuskezelési* módok neurózishoz vezethetnek, a tehetetlenség-érzés pedig érdektelenséghez, *apátiához*.

Ez az általános jelenség áthatja mindennapjainkat, így a pedagógusok és a gyerekek életét is. A stresszel szembeni védekezés első és legfontosabb eszköze, hogy tudatában legyünk a stressznek való „kitettségünknek”, illetve ismerjük fel a stressz-helyzeteket és a „stesszorokat”, vagyis, hogy adott esetben mi is okozta azt. Felismerése, tudatosítása *motivál*, ez ad belső erőt arra, hogy egészségünk védelmében a stressz-okozó tényezőket - ha lehet - kiszűrjük, konfliktusainkat *agresszió*-mentesen oldjuk meg, ha pedig a stresszt rajtunk kívül álló tényezők okozták, „elviselésükre” koncentráljunk: *értékeink*, *céljaink*, *tevékenységeink* és *energiáink* átrendezésével, *megküzdési (coping-)stratégiáink* fejlesztésével.

A stressz- és konfliktuskezelés célja az egyensúly helyreállítása

A túl sok konfliktus és túl erős stressz életvezetési zűrzavar és erőteljes (ún. debilizáló) szorongás forrása lehet, amelyet - tartós fennállása esetén - diszfunkcionális *védekező mechanizmusok* követnek. A *személyiségünk* torzulhat, ha a kockázatoktól való tartós félelmünk hatására elveszítjük az élet vezetéséhez szükséges „bátorságot”, kezdeményező-készségünket. A túl kevés stressz és konfliktus viszont unalomhoz, fásultsághoz és szintén elégedetlenséghez vezethet. Tudatában kell lennünk, hogy a nekünk épp megfelelő mennyiségű konfliktusból és stresszből fakadhat a tettvágy (a szorongás *facilitáló* is lehet), ebből születik az *innováció*, a *kreativitás*, a jobb *interperszonális* kapcsolatok és a magasabb szintű teljesítmény. *Sikerélményünk* által pedig fejlődik *megküzdési stratégiánk*, nő az *önbizalmunk*, *önbecsülésünk* is, amely további *motivációt* ad az újabb erőfeszítésekhez.

Az idő hatékony kihasználásának általános humánbiológiai és pszichés meghatározói (időciklusok és bioritmus: aktivitás, fáradás, pihenés, alvás)

A különböző idejű ciklusok

Aktivitásunkat az emberi természet törvényei határozzák meg, amely szerint az ébrenlét és alvás, illetve éber állapotunkban az aktivációs szintünk is ciklikusan változó periódusokra tagolódik. Az alvás a tudat fiziológiai beszűkülése, normális nyugalmi állapot, amelynek során a szervrendszerek visszanyerik működőképességüket. Az ébrenlét és **alvás napi ciklusokban ismétlődik, ez a legfontosabb biológiai ritmus. A fáradtsági és aktivitási szint görbéje pedig a napszakok, hetek, hónapok, évszakok és életperiódusok függvényében is** emelkedik vagy csökken. Ezt a biológiailag „kódolt” (egyedi adottságoktól és külső tényezőktől is meghatározott), **ritmikusan váltakozó aktivitási szintet nevezik bioritmusnak.**

A fáradás és aktivitás **hosszabb időtávon is váltakozik.** Az intenzív munka és a pihenőidő **heti** periodicitása – a hétköznapok és pihenőnapok váltakozása - fontos kultúrtörténeti tapasztalaton nyugvó „társadalmi találmány”. A **heti ritmusban ún. "legrosszabb nap" a hétfő, keddtől péntekig a biológiai ritmus stabil.**

Ugyancsak kulturális, de a természet periódusos változásain alapuló hagyományai vannak **az év kitüntetett ünnepeinek** is. (Az ünnepek pszichoszociális jelentőségéről később lesz szó.)

A munka világában **az éves bioritmust** veszi figyelembe a szabadságolások rendje, és az emberi természet fáradással-pihenéssel kapcsolatos igényeire vezethető vissza világszerte az oktatási időszakokat a szünidőkkel tagoló, tanévenként ismétlődő rend is. Szerencsés **új keletű „vívmány”** nálunk is a **tanév rendjének** a nyugati országokéhoz hasonló átalakítása, amelyben a gyerekek (és a pedagógusok) feltöltődése érdekében - a tanévek közötti hosszú nyári vakáción kívül - a két-három hónapos intenzív tanulmányi időszakok után, vagyis **az őszi, a téli és a tavaszi időszakban is az eddignél hosszabb (kb. egy hetes) egybefüggő idő biztosítható.** Így pl. télen el lehet utazni síelni, a tavaszi szünetben kirándulni. Ez a pihenő az év végi egy-két - a kifáradás miatt jobbra eleddig elvesztegetett - hónap tanulmányi időszakának a korábnál jóval intenzívebb kihasználását szolgálja.

Az emberileg megterhelő foglalkozások esetén – így a pedagógusoknak is - fontos lenne „életerőnk”, munkakedvünk fenntartása érdekében a mintegy 40 évnyi aktív munkaidőt az **éves ritmusnál nagyobb időszakok szerint is tudatosan strukturálni:** egy-egy többéves periódus végén jó lenne megállni, visszanézni, értékelni, feltöltődni, s újult erővel, új célokkal elkezdni egy következőt.

A bioritmus és alvásigény egyéni adottságbeli, környezeti és életkori befolyásoló tényezői

Az alvás, a fáradás és regenerálódás, illetve az aktivitás jellemzői egyedi fiziológiai, idegrendszeri adottságainktól és külső körülményektől (pl. a földrajzi környezettől, klímától) egyaránt függenek. **Egyedi sajátosság** például, hogy energikus, élénk vagy gyenge, fáradékony-e az alkatunk; vagy hogy milyen hosszúságú alvásidőt igényel szervezetünk (az átlagos 7-8 óránál két órával több vagy kevesebb is lehet még „normális”); hogy inkább a nap kezdetén vagy a nap végén vagyunk-e élénkebbek (korán kelő és koránfekvő ún. „pacsirták” vagyunk-e, vagy a késő éjszakáig fennmaradó „bagoly”-típushoz tartozunk-e).

Aktivitásunk – fiziológiai adottságainktól függően nagy egyedi eltérésekkel - változik **a klíma és az időjárás** szerint is (vö. a hideg és az egyenlítői égöv embereinek napi ritmusát, temperamentumát, vagy a mi „tavaszi fáradtságunkat”, illetve lehangoltságunkat esős, ködös időben).

Ugyancsak eltérő az alvásigény, illetve a figyelem aktivitása, terjedelme és tartóssága (tehát terhelhetőségünk) a különböző **életkorok** szerint is.

A **csecsemőkori**, sűrűn váltakozó hosszú alvási és rövid ébrenléti periódusokat követően az éber szakaszok egyre hosszabbodnak, és kevesebb lesz a periódusok száma is, de még az óvodáskorban is szükséges lenne a napi kétszeri alvás. (Ezt az igényt - az ebéd utáni lefektetést - az óvodák figyelembe is veszik, de a szülők egy része otthon már nem.) A **kisgyermeknek** napi 12-15 óra, a **kisiskolásoknak** átlag 9-12 óra alvásigényük van.

A korábbi délutáni alvást a kisiskolás-korban fokozatosan, csendes-pihenőidőt és e célnak megfelelő körülményeket teremtve kellene „kiváltani”. (Kérdés, hogy ezt a szükségletet vajon a napközis és a szülők mekkora hányada elégíti ki. Gyakran hallani arról, hogy a napközis

gyerekek ebéd utáni „pihenője” csak a padra borulva mozdulatlanul töltött néhány percből áll, otthon pedig egyáltalán nincs ilyen „napirendi pont”.)

Az **átlagos alvásmennyiség** a fejlődésben, növekedésben lévő 10-15 éves **serdülőkorú gyermekek** esetében is átlagosan mintegy **10 óra kellene**, hogy legyen. Vagyis ha reggel az iskolakezdés miatt a felső tagozatos iskolásoknak fél 7-kor fel kell kelniük, este fél 9-kor már aludniuk kellene. (Tegyük fel magunknak a kérdést: vajon mi magunk, illetve hány pedagógus-kollégánk inti erre a gyerekeket és szüleiket, s kíséri figyelemmel, hogy a gyerekek otthon mikor fekszenek le? S vajon hogyan tudnak a tapasztalt negatív tendenciák ellenében a lefekvésre – vagyis többnyire a késő estébe nyúló TV-nézési szokások megszüntetésére - hatást gyakorolni?)

A **felnőtteknek** – így a pedagógusoknak is – átlagosan **7-8 óra** az alvásszükséglete, míg az időskorban 6-7 óra alvás is elég. A kor előrehaladtával az alvás mélysége is egyre csökken, éber állapotban a koncentrációs periódusok is rövidülnek, tehát a fáradás hamarabb következik be. (Az idős embereknek – akárcsak a kisgyermekeknek - több alkalommal is szükségük van egy-egy rövid napközbeni pihenőidőre).

A **krónikus alvás-deficitnek, alvászavaroknak súlyos következményei lehetnek:** a depressziós állapot, a kompenzáló bulimia, a krónikus fáradtság, a helytelen táplálkozás és elhízás, az elkedvetlenedés. Az alvászavarok feloldására a legjobb, ha visszatérünk ahhoz, amit a test biológiai órája diktál.

Az aktivitás és fáradás periodicitása

A napközben végzett tevékenységek során mindenkinek szüksége van kisebb szünetekre, pihenőkre, hiszen aktivitásunk szintje nem folyamatos: a koncentrált figyelem szakaszait csökkenő aktivitási szintű szakaszok követik, melyet az „**elfáradás**” érzete jelez.

Ezt a figyelmeztető jelet is „tanulni” kell észlelni, észrevenni, és ugyanígy tudni kell „leállítani” is magunkat. A **kifáradás** hosszú, megfeszített testi vagy szellemi tevékenységet követő állapot, amely során a test teljesítménytartalékai kimerülnek, így alig tudunk koncentrálni. Akaratlagos úton, kényszer hatására ideig-óráig ugyan tudjuk a végső „tartalékokat” is mozgósítani, de ez szervezetünket nagyon megterheli. A **kimerültség** a kifáradás olyan mértéke, amelyben a fizikai és mentális tevékenységek már nincsenek az akarat kontrollja alatt. Az oka egyszeri túlzott, extrém megterhelés is lehet, de többnyire halmozódó pihenés-deficit eredményezi: a kifáradást követően folyamatosan (napokon, heteken, hónapokon, néha éveken át) elégtelen a regenerálódáshoz „részánt”, pihenési idő.

Meg kell tanulnunk (és gyerekeinket is meg kell tanítani) tehát, hogy ne erőltessük tovább azt a tevékenységet, amelyre már csak kis hatékonysággal tudunk odafigyelni: ez fölöslegesen kidobott idő és energia. Kísérletileg is igazolták, hogy néhány percnyi lazítás után, vagy más irányú tevékenységgel felcserélve azt, amibe belefáradtunk, négy-ötszörös hatékonysággal folytathatjuk az eredeti munkát, mint fáradtan.

Az iskolai (tanulási) időben ható pszichés tényezők

A pedagógusok számára – az életkori és az egyéni fiziológiai sajátosságok ismerete mellett – elsősorban a bioritmus egyik eleme, a **koncentrációs képesség** napi alakulási „görbéjének” az ismerete a fontos (a hatékony órarend-napirend megtervezéséhez ez elengedhetetlen szempont). Az egyes tanítási órák megfelelő tagolása érdekében az intenzív figyelem, koncentráció átlagos mértékét és befolyásoló tényezőit is ismerniük kell.

Az aktivitás napi bioritmusa

A nap folyamán az aktivitási szint átlagos alakulását egy „hárompúpú”, de egyre kisebb magasságokat és egyre nagyobb mélységeket mutató görbével jellemezhetjük.

Ha reggel 7 órai felkelést veszünk alapul, két óra elteltével, tehát 9 óra körül érünk „fel” koncentrációképességünk felének mértékére, onnan újabb két óra múlva, tehát 11 órára jutunk a csúcsára, s megint kb. két óra elteltével, 13 óra körül esünk vissza a 9 órai 50 %-os szintre. **A gyerekekkel is tehát 9 és 13 óra között tudnak a pedagógusok a leghatékonyabban együtt dolgozni**, ezen belül különösen **10-12 óra között**. A „legnehezebb” tárgyakat tehát érdemes a tanítás **3. és 4. órájaként iktatni az órarendbe**. Kb. 13 óra után egy átlag két órás hullámvölgy következik (amely összefügg az ebéd utáni bágyadtsággal is), mintegy 40 %-os koncentrációs szinttel. **Délután 16 és 18 óra között tetőzik a második hullámhegy, bár átlagos aktivitásunk ekkor már csak 50-70 %-os**. Ez a délutáni kétórányi szakasz tehát a legalkalmasabb az újabb tanulásra. Ezt megint kb. két órás, szintén 40 %-os átlagos kapacitású fáradási szakasz követi. A harmadik csúcsidő (20-21 óra között, amely korai lefekvés esetén nem is következik be) még rövidebb, s a „púpja” is még laposabb: ekkor már csak 50%-os kapacitással tudunk koncentrálni. A késő esti órákban a koncentrált figyelmet igénylő tevékenységeket pedig még rosszabb hatásfokkal, átlagosan csak mintegy 20-40%-os koncentráció mellett tudjuk elvégezni.

Pedagógusnak, gyerekeknek és szüleiknek egyaránt fel kell hívni a figyelmét arra, hogy elvesztegetett idő, ha ilyenkor fognak hozzá a tanuláshoz! (Persze lehetnek kivételes egyszeri alkalmak, amikor - különleges motiváció mellett, kipihent állapotban – ekkor is hatékony lehet a befektetett idő és energia.)

A figyelem átlagos tartóssága

Fontos szempont a tanítási órán belüli tevékenységek tervezéséhez a **koncentrált figyelem ingadozási ritmusa** is.

A figyelem tartóssága átlagos esetben (ha az óra felépítése változatos, tehát egyéni aktivitást igénylő szakaszai is vannak, és óraközi rövid lazításra, fizikai mozgásra is van alkalom - pl. az újra felfedezett "Kovács-módszerrel") **az általános iskola felsőbb évfolyamain sem több, mint 45 perc, középiskolában pedig maximum 90 perc**.

Amennyiben viszont csak frontális módszert alkalmaz a tanár (amely során csak ő és egyes tanulók, pl. a felelők aktívak), az órája második felében, de akár az óra kétharmad részében is „főlölegeesen” dolgozik, hiába vannak ott a gyerekek. Hiszen figyelmük kikapcsol, elterelődnek gondolataik, így „elvesztik a fonalat”. **Ez újabb érv a kiscsoportos, egyéni aktivitást igénylő módszerek alkalmazása mellett!** (A fő érv szociálpszichológiai jellegű: a gyerekek egymással való kommunikációja révén többféle fejlesztő hatás érvényesül párhuzamosan, illetve ez az önkéntelen figyelem fenntartását is segíti, hiszen a személyesség jobban facilitál, mint az elvont dolgok iránti érdeklődés.)

Az időstrukturálási képesség fejlesztése (a gyerekek napirendjének, otthoni időtöltésének, tanulásának önirányítása)

A túlterhelésről

A közoktatás fél évszázados örökzöld témája, a **túlterhelés jelensége** szorosan összefügg az időtényezővel. Nem csak a **kötelező tanítási órák mennyiségét** tekintve, amelyet a tantervi szabályozás (a NAT) végre - az életkori sajátosságokra is figyelemmel – a közelmúltban tudatosan kívánt lecsökkenteni, amiatt, mivel a tanulás-idő már-már közelített a felnőttek munkaidejéhez, az otthoni tanulással, különórákkal pedig meg is haladta azt. A terhelés időmennyisége mellett az aktivizálás módja és egyéb (pl. külső és belső készlet) tényezők is befolyásolják a tanulók túlterheltségét.

A gyerekek továbbtanulási esélynövelését célzó túlterhelésnek a radikális csökkentését szolgálja **az érettségi-felvételi rendszer kettősségének a megszüntetése**, illetve az emelt szintű érettségi tárgyakra való intenzív felkészülés iskolai feltételeinek a megteremtése is. Az iskolák most térnek át erre, most „tanulják”, miként valósítsák meg az előírásokat: nem szabadna kihasználatlanul hagyniuk lehetőségeiket, mert ez továbbra is fenntartja az iskolán kívüli tanfolyamokat, így a kettős terhelést!

A rugalmas NAT és az új érettségi követelmények sokat ígérő változásának a pozitív hatásai azonban csak akkor érvényesülnek, ha **a gyerekek tanórai „foglalkoztatásának” a módja** is pedagógiailag megfelelően tervezett.

Vizsgáljuk meg, **mit tehet az egyes pedagógus a túlterhelés ellen!**

Mindenek előtt a pedagógusoknak a **tantervi követelményekhez** való túlzott (korábban megszokott) alkalmazkodásából eredő negatív hatást emeljük ki a gyerekek hajszoltság-érzetére.

Tudjuk, az **idősürgettség negatív érzelmeket, önmagunkkal szembeni elégedetlenséget kelt**. Ha a gyerekek azt érzik, hogy folyton sietniük kell, mert le vannak maradva, hogy noszogatják őket, mert nem elég gyorsan reagálnak, arra következtetnek, hogy a pedagógus elégedetlen velük: az ő lassúságuk, gyenge felfogásuk, elégtelen hozzáállásuk a lemaradás

okozója. S ráadásul **a sok ismeret gyors iramú feldolgozása csak felszínes lehet**, könnyen felejtető ál-tudást eredményez, így hát azt is „megtanulják, megszokják” a gyerekek, az épül be a tudatukba, hogy a tudás egyenlő a felszíni tudással, az iskolában tanult ismeretek elfelejtődnek, tehát fölöslegesek, viszont mégis ezzel lehet az iskolában sikert elérni. (Nem csoda, ha az értelmetlen „biflázással”, a „puskázással” vagy a nem-tudás ügyes álcázásával védekeznek ellene!)

Próbálják meg hát a pedagógusok radikálisan csökkenteni, **szelektálni a tananyagot aszerint, hogy mi fontos és mi nem**. (Ma már megtehetik!) Csak a legfontosabbakat emeljék ki, azt viszont nyugodtan, a kellő időt rászánva, többféle szempontból, mélyrehatóan tárgyalják meg. Lehetőleg emberi vonatkozásokhoz, személyekhez kössék a száraznak gondolt ismereti tartalmakat (még a fizika elvont törvényeit is meg lehet személyesíteni, erre szolgálnak pl. a drámapedagógiai módszerek). A saját élményhez, tapasztalatokhoz kötött tanulás *érzelmeiket* hív elő (mind a két agyféltekét működteti), s így e tudás maradandó lesz. A **megtanulás élményét** biztosítják ezzel. Egyben tapasztalatot szereznek a gyerekek arról is, hogy a megismerésnek (*kognitív tevékenységüknek*) milyen sokféle és örömteli útjai-módjai lehetnek. Ez a „saját élmény” lesz majd az **élet hosszíig tartó tanulás** hajtóereje.

Ebben a korszerű tanulás-irányítási felfogásban az **otthonra adott munka, házi feladat** jelentősége is leértékelődik. Ugyanez vonatkozik a nyári szünidőre kiadott olvasónapló-írási, új tananyagot feldolgozó vagy az éves anyagot átismétlő feladatokra is. Ne tegyék! Az évközben tanultak a nyári szünidő alatt külön gyakorlás nélkül is „leülednek”, megszilárdulnak, rendeződnek, amit az új tanév elején a pedagógus irányításával érdemes újból átismételni. A gyerekek felszabadultan pihenhessenek: ne nyomassa őket, hogy a szünetben is teljesíteniük kell az iskolai elvárásokat! A **szünidők** elsősorban az iskolaitól eltérő irányú tevékenységeket, regenerációt, rekreációt szolgálnak! S eközben – ha más irányú aktivitásukra módot teremtünk nekik - rengeteget „tanulnak” is.

Jó, ha ugyanezt az elvet, mármint az „aktív pihenés” elvét a pedagógusok saját maguk pihenési idejének a beosztásakor is szem előtt tartják! Nekik is „jár” a kikapcsolódási lehetőség: *mentálhigiénéjük* védelmét szolgálja.

A napi idő strukturálása (szokások, napirend)

Most az a kérdést vesszük szemügyre, **hogyan lehet a gyerekek időbeosztását a pedagógusoknak befolyásolniuk!**

Az egyik legfontosabb elvi lehetőség a **szokások** kialakítása. A szokások belső készítésre végzett ismétlődő tevékenységeket jelentenek. Kialakításuk jelentősége az energia-háztartásunk gazdaságosabbá tétele szempontjából az, hogy nem kell külön energiát fordítani e tevékenységeket megalapozó döntésekre és a tevékenységek kivitelezésének megtervezésére sem.

A mindennapi élet egyes funkcióhoz kapcsolódó, egészségre ható tevékenységek közül a **pihenés és alvás** szükségleteit már érintettük. Azt azonban nem, hogy fontos lenne ezek **időbeli ritmusát szokássá fejleszteni**. Ehhez a szülőkkel kell megértetni, hogy a rendszeresség könnyebbé teszi (a gyerekek és a mi) életünket: nem kell naponta „harcot vívni”, mikor kell lefeküdni, az azonos időben történő előkészület a lefekvésre, illetve a

felkelés idejének a megtervezése könnyebbé teszi az elalvást és felkelést is. (Gondoljunk csak vissza azokra a kínos keltegetési jelenetekre, amelyek a rendszertelenül lefekvő gyerekek és szüleik között zajlanak nap mint nap!)

Az egyéb szokások tartalma szerint most nem vizsgálódunk: ezek lehetnek hasznosak és károsak is az egészséges fejlődésre. Csupán azokra a pozitív hatású, **hasznos szokásokra koncentrálnunk, amelyek az idő beosztásának „megtanulásával” kapcsolatosak.**

Az iskolák bevett eszköze a pedagógiai programjuk részét képező **órarend**, a szünetekben és a napközibe járó gyermekek esetében a tanítási órák utáni **napirend és házirend**. Annyi közös bennük, hogy mindegyik valamilyen „rendet” határoz meg, mégpedig előre megtervezett tevékenységi rendet, amelyből a gyerekek – ha erre a pedagógusok rámutatnak – levonhatják azt a következtetést, hogy miért **hasznos, ha az időtöltést előre megtervezik**, ha mindenkire érvényes keretszabályokat alkotnak, s ha ezt be is tartják.

A pedagógusok közül sokan gondolják úgy, hogy a gyerekek **tanórán kívüli tevékenységeire (és a szülőkre)** nincs ráhatásuk, pedig vannak eszközeik. Ha megvan a kellő szakértelme a pedagógusoknak ahhoz, hogyan lehet eredményesebbé tenni a szülőkkel való kapcsolattartást, ha képes a szülőket egyenrangú partnernek tekinteni, a szülők elfogadják segítőkész tanácsait, iránymutatásait, ezáltal a gyerekek otthoni időtöltése, időstrukturálása is eredményesebbé válhat.

Az iskolában (elsősorban az osztályfőnöki órán, de akár saját órán vagy délutánra szervezett csoportfoglalkozásokon és spontán **beszélgetéseken** is) **lenne lehetőség a gyerekek önálló időbeosztási szokásainak a tudatos befolyásolására.**

Szükséges lenne, ha a gyerekekben e **beszélgetések során** tudatosulna, hogy tevékenységeink rendjét magunk határozhatjuk meg, és ennek a rendnek melyek az előnyei. Eztán lehetne a gyerekeknek pl. **feladatul adni, hogy írják le egy átlagos napjukat**, majd együtt elemezzék az egészséges időkihasználás szempontjából, s végül **alkossanak közösen egy ideális napirendet**, amely alapján az egyes tanulók **saját maguk számára is alakítsanak ki** egy-egy konkrét idő- és feladatrendszert.

Ebbe beletartozhatna az iskolai órarendhez alkalmazkodó **otthoni tanulási „órarend”** megalkotása is (persze csak akkor, ha rendszeresen vannak otthonra adott házi feladatok). Vagyis annak megtervezése, hogy melyik tárgyat milyen sorrendben, mikor és mennyi ideig tanulják. Célszerű, ha a pedagógusok - indoklással alátámasztva - arról győzik meg a gyerekeket, hogy mindig az aznap tanult tárgyakat vegyék sorra, előbb egy könnyűt, majd a legnehezebbet és utána a többit. Ennek befejezése után – a táská bepakolásakor - még egyszer nézzék át a másnapra már előzőleg „megcsinált” leckéjüket, ismételjék át a könyv vagy a füzet vázlatpontjait.

Az otthoni tanulás beosztása mellett hasznos viszonyítási alap lehetne, ha a saját „órarendjükben” leírva látnák a gyerekek az esetleges **különóráik, a sport és testmozgás, a séta, a közlekedés, vásárlás idejét, az otthoni étkezések, a „segítés”, házimunka, a kulturális időtöltés (olvasás, zenehallgatás, TV-nézés, számítógépezés), barátkozás, szórakozás** heti vagy havi rendszerességgel előforduló időráfordításait is, konkrét módon, napokra és órákra bontva. Lehetne ezután időről-időre megbeszélni, **beszélgetni ezekről: betartották-e a saját maguk számára kialakított elveket**, ha igen, erőfeszítéssel vagy könnyen sikerült-e ez, ha nem, miért tértek el ettől, milyen következtetést vonnak le ebből napirendjük „jóságára”,

önmagukra és másokra – és egyáltalán, az *időstrukturálás* fontosságára, hasznosságára, akadályaira, esetleg fölöslegességére vonatkozóan.

Ezekből a rendszeres beszélgetésekből, értékelésekből derülhet aztán ki, hogy a havi, heti, napi időbeosztásnak milyen lépései vannak, **mik az időgazdálkodás háttértényezői**, hogy mindig tervezés, döntés és erőfeszítés övezi egy-egy tevékenység elkezdését, folytatását és befejezését vagy abbahagyását is. A tevékenység eredményességének és a közben tapasztalt erőfeszítésnek, illetve az azt kísérő érzéseknek az értékelése során világossá válhat számukra, hogy a viszonyítási alap mindig az, hogy kinek-kinek milyen rövid- vagy hosszú távú célja van, ő maga milyen, illetve, hogy milyenné és mivé szeretne lenni.

S ezzel elérkeztünk az *identitás* témaköréhez, amely a serdülő- és ifjúkor legfőbb kérdése: ki vagyok, mik a céljaim, merre tartok. Ezzel részletesen a 3. részben foglalkozunk majd.

Előtte azonban az egyes élettevékenységek mentén vizsgálódunk az idő célirányos, lelki egészséget fenntartó kihasználásának a szempontjából.

Irodalom

Valamennyi irodalmat lásd a 9.3. blokk végén!

Feladat

Valamennyi feladatot lásd a 9.3. blokk végén!

9.2. AZ EGYES ÉLETTEVÉKENYSÉGEK IDŐ- ÉS EGÉSZSÉGDIMENZIÓI

Kiss Judit

A munka

Az életünk szerves részeként megjelenő stressz az időstrukturálás témakörén belül többször felbukkanó gondolat, melyet a felgyorsult idő következményeként járunk körül a pedagógus szerepből adódó stresszforrásokat elemezve.

A kilencvenes évektől az iskolákat és a pedagógusokat rengeteg kihívás, változás érte. A kötelező intézményi feladatok bővültek, melyben a rutinszerű állandó tevékenységek mellett megjelentek ritkábban, esetleg gyorsabban ellátandó feladatok is. A kötelező, ill. a nem kötelező tanórai foglalkozások és a tanórán kívüli foglalkozások ellátása településtípusokként, iskolafokokként, szaktárgyaként, valamint az iskola hierarchiájában elfoglalt helytől függően változik. Összességében a feladat-ellátási olló kedvezőtlenül nyílt szét.

Gyakori társadalmi sztereotípiá, hogy a pedagógusnak könnyű, hiszen megtartva az órákat a délutánjával szabadon rendelkezik. Vajon igaz ez? Megengedik-e maguknak ezt a pedagógusok? Egy 2003-as vizsgálat szerint a pedagógusok 27%-ának van másodállása, korábbi kutatások alapján ez hetente átlagosan 8,83 óra.

A pedagógusnak időfelhasználás szempontjából sokrétű és nagy mennyiségű feladatot kell szűkös időkereten belül végrehajtania. A tanítási órák mellett – melyek időnként a nehezen kihasználható lyukasórákkal tarkítottak – még reggeli és napközbeni ügyeletek, korrepetálások, szakkörök, vezetői feladatok is vannak a napi-heti ciklusban. Éves felbontásban több-kevesebb kiszámíthatósággal időbeli és gyakran érzelmi terheket jelentenek az iskolai kirándulások, ünnepek (és az erre való készülődés), kulturális programok (pl. színház- és múzeumlátogatások), pedagógiai programok, pályázatok stb. kidolgozása. Ez utóbbiaknál különösen fontos a pedagógus attitűdje: teherként és „muzsáj-programként” értelmezi-e a feladatokat, vagy pozitív lehetőség, örömforrás számára a tanulókkal való kötetlenebb együttlét.

A halmozódó stressz kezeléséhez több vagy gyakoribb, valamint jobban elosztott szünet lenne szükséges.

Az idő oldaláról a **szabadidő** biztosítása és hasznos eltöltése is **védőfaktor lehet**. 1972-ben és 1997-ben végzett vizsgálatok összehasonlításának fő üzenete, hogy fontossági rangsorában

nem változtak a kedvelt szabadidős tevékenységek (a legfontosabbak az olvasás, kirándulás, televízió nézés – ez utóbbira fordítják azonban a legnagyobb időkeretet –, a baráti együttlétek, múzeumlátogatás, mozi és színház, stb.), és az általános lakossági adatokhoz képest manapság kissé aktívabban töltik el idejüket a pedagógusok. A pedagógusok 61 %-ának (5-6 órát csak 7%-uk jelez) hét közben átlagosan 1-2 óra szabadideje van, még hétvégén ez legtöbbjükénél 5-6 órára emelkedik.

A tanulás

A tanulás tapasztalat hatására végbemenő tartós magatartás-változás, elméleti és gyakorlati ismeretek, jártasságok, készségek elsajátítása, valamint érzelmi, akarati magatartásformálás. Szűkebb értelemben a személyiség kognitív szférája, a figyelem és emlékezet, tágabb értelemben az összes pszichés funkció (kognitív, affektív, motoros stb.) aktivációját igénylő folyamat, melynek során ismereteket, jártasságokat, készségeket, képességeket sajátítunk el.

A tanulás sikerének igen lényeges előfeltétele az osztatlan figyelem és az emocionálisan kedvező hangulat. Thomas Gordon a tanulással töltött időt „szétszórt (diffúz)” időre, „egyéni időre”, „optimális” időintervallumokra osztja. Véleménye szerint a diffúz idő problémákat okoz, feszültséget generalizál, mert túl sok a ható inger, de az egyéni és optimális – az egyedül eltöltött, illetve a négy szemközti – idő megteremtése segítségével meleg, megértő légkör alakul ki.

A tanulás szempontjából két fontos tényezővel kell számolni: az egyik, a **tanuláshoz szükséges belső állapotunk és felkészültségünk, valamint az idő hatékony kihasználása.**

A tanuláshoz szükséges belső állapotunk eléréséhez vegyük figyelembe az e fejezetben már említett pihenéshez és regenerálódáshoz szükséges témaköröket. A pihenés jelentőségének felismerése nagyon fontos tényező. Megállás nélkül, a fellépő fáradtságtünetek feloldása nélkül felesleges energiát fogyasztunk el, mely a munkabírás hanyatlásával jár együtt. A fáradtságérzés az embert megóvjá a túlterheléstől, a pihenés és a lazítás ideje alatt agyunk kikapcsol és pihen.

A sikeres tanulás szempontjából az idő és az időbeosztás, a megfelelő napirend kialakítása is ugyanolyan fontos tényező. Időfelhasználási szokásainkon változtatni tudunk, ha napirendünket rugalmasan kezeljük, és úgy alakítjuk ki, hogy prioritásokat jelölünk ki, valamint számolunk a betervezetlen és váratlan helyzetekkel: időt tartalékolunk, időbeosztásunkban fehér foltokat is hagyunk. E témakörrel is volt szó e fejezet előző részében.

A játék és a szórakozás

A játék – a tanulás mellett – egyfajta szocializációs technika. A kognitív készségek fejlődése, az információszerzés és bővítés szoros kapcsolatban állnak a játéktevékenységekkel. **A játék** a pihenést, felüdülést szolgálja, együttesen tartalmazza a feszültségcsökkentést, az örömet, illetve a tanulás lehetőségét és az önmagáért valóságot. Fontos a játék öröme és spontaneitása.

A játék a különböző képességek fejlesztését is szolgálja, a gyermeki lélek megértésének eszköze, korrekciós célú beavatkozások közegét adja. Biztosítja a felnőtt számára a kontaktust a gyermek érzelmi és gondolati világával. A kisgyermek életkorából adódóan nem tud beszámolni saját belső történéseiről, elvont gondolkodásra nem képes. A befelé figyelés képessége csak a serdülőkorban jelenik meg. Játékával azonban tökéletesen ki tudja fejezni érzéseit, gondolatait.

A gyermekkorban jelentkező nevelési problémák, beilleszkedési zavarok, lelki eredetű megbetegedések, tünetek, magatartási zavarok kezelésében igen nagy teret kell, hogy kapjon a spontán viselkedés, a játék. A gyermek játékának „megfejtése, értő elemzése sokat elmond a zavarok eredetéről. Ez a játékelemzés, felhasználható a diagnózis megállapításához és a kezeléshez.

A gyermekterápiákban a *mintha-játéknak* van a legnagyobb jelentősége. A mintha-játékba van lehetősége a terapeutának bekapcsolódni, megoldásokat kezdeményezni, módosítani. Itt van mód az agresszió kiélésére, levezetésére is. Ilyenkor tanulják meg a gyerekek agresszív késztetéseiket, indulataikat szimbolikusan, azaz veszélytelenül lefuttatni. Ehhez természetesen állandó visszajelzés szükséges a felnőtt vagy a társ részéről, hiszen így szabályozódik, „áll be” az a cselekedet, amely még tolerálható, így tapasztalja meg a gyermek, mikor okoz fájdalmat. Az agressziót tartalmazó számítógépes játékok éppen azért veszélyesek, mert ott visszajelzések egyáltalán nincsenek

Itt kell szólnunk a játékszenvedélyről.

A játékszenvedély betegség-kategória. A BNO (Betegségek Nemzetközi Osztályozása) az *impulzuskontroll zavarok és kóros szokások* között tartja számon. Ezek olyan cselekedetek, ahol a betegnek nem egyértelmű a motivációja, amit tesz, érdekei ellen való, mégis ismételtén elköveti. Ismeretlen eredetű kényszer, feszültség hajtja. Több fajtája ismert. Ami ehhez a témakörhöz kapcsolja, az, hogy ebben az esetben a szerencsejáték, a nyereség elérése az a tevékenység, mely során a tünetek megnyilvánulnak. A játékszenvedélynek negatív kísérő-jelensége lehet egyebek közt az alkoholfogyasztás (mellyel a játékszenvedély gyakran együtt jár), lopás, gyújtogatás, evési zavarok, dohányzás is.

Magyarországon a diagnosztizált játékszenvedély-betegek száma körülbelül négyezer, azoké pedig, akik rendszeresen, nagy tételben játszanak, de még nem tekinthetők patológiásnak, ennek a sokszorosa. A gyógyítás prognózisa nem jó, mivel az érintettek nagy része nem tekinti magát betegnek, csak vesztesnek. Sok a visszaeső páciens is. A szerencsejáték a világ

számos országában gazdasági húzóágazat, így a társadalom sem érdekelt egyértelműen ezeknek az adatoknak a megváltoztatásában.

A játékos beteggé válik, amikor a játékkal való foglalkozás már egész életét áthatja, tönkreteszi szociális kapcsolatait, családi életét, munkavégzését.

A tünetek, amelyek alapján valakit szenvedélybetegnek tekintünk, a következők:

1. A nap túlnyomó részében intenzíven foglalkozik a szerencsejátékkal, korábbi élményeken vagy a jövőbeli nyereségen gondolkodik, pénzszerzési lehetőségeket tervez.
2. A játékkal járó jóleső, megszokott izgalmi állapot eléréséhez egyre nagyobb tételekben kell játszania.
3. Játékában nem tudja a kontrollt tartani: többször próbálkozik a játék csökkentésével vagy abbahagyásával, de ezek a kísérletek kudarcot vallanak
4. Ha nem játszhat, nyugtalan, feszült, ingerlékeny lesz.
5. A szerencsejátékkal próbál megszabadulni problémáitól, szorongásaitól, rossz hangulataitól, büntudatától, magányától, kudarcaitól.
6. Veszteség utáni "vadászat": a jelentős pénzvesztések után visszatér, elkeseredetten próbálja egyensúlyba hozni anyagi helyzetét.
7. Helyzetét eltitkolja, megszépíti, hazudik a családnak, terapeutának állapotát illetően.
8. A szükséges pénz előteremtése érdekében az illegális cselekményektől (lopás, sikkasztás, csalás) sem riad vissza.
9. Szendvélye veszélybe sodorja fontos kapcsolatait, családját, elveszítheti állását, továbbtanulási- és karrierlehetőségeit.
10. Amikor anyagi helyzete végleg reménytelenné válik, másokra támaszkodva próbál pénzhez jutni.
11. Gyakran fizikailag is leépül, elhanyagolttá, erőtlenné, depresszióssá válhat, más tünetegyüttesek részeként is létezhet.

A hazai betegek a kiépülőben lévő szenvedélybeteg-kluboktól, terápiás hálózattól, mentálhigiénés védőhálótól várhatnak segítséget. Mindenképpen szükség van a szenvedélybeteg akaraterejére, önbizalmának helyreállítására, társas támogatásra.

Társas tevékenységek

Az emberek időbeosztása, időfelhasználása, szokásrendszerükbe beépülő tevékenységeik köre szorosan összefügg társadalmi és anyagi helyzetükkel, valamint életmódjukkal. Az emberek a rendelkezésükre álló időben örömeikre, érdeklődésből, a megfelelő rekreáció szándékával, a változatos élet igényével tesznek kellő feltételek esetén különböző dolgokat: ápolják kapcsolataikat, beszélgetnek, időnként ünnepelnek, olvasnak, színházba, moziba, múzeumokba járnak, kirándulnak, sportolnak vagy TV-t néznek.

Az időstruktúrában – az elmúlt évtizedek időmérleg vizsgálatait elemezve – a társas szabadidőre fordított időkeretben 1986-tól a vasárnapok kitüntetett szerepe megszűnt.

Erősödött a szombat társasági jellege. A testedzésre, fizikai rekreációra (séta, sport, kirándulás) szintén a hétvégi napokon, különösen pedig a vasárnapokon volt mindig nagyobb lehetőség, hiszen ekkor adott az időigényesebb aktivitásokhoz szükséges tágabb időkeret. A testedzésre fordított idő változásában két szakasz különíthető el: az első 1963 és 1977, a második 1986 és 2000 között. Ez az idő akkor emelkedett először jelentősen, főként a hétvégi napokon – 1963-ról 1997-re vasárnap a férfiaknál átlagosan 20-ról 30 percre, a nőknél 10-ről 20 percre –, amikor több fontos, főként otthoni kulturális-szabadidő aktivitás (pl. olvasás, társas időtöltés) jelentősen visszaesett.

A 18-60 éves aktív keresők testedzésre, kulturális intézmények, rendezvények látogatására fordított ideje a napi időbeosztás (perc) keretében tükrözi azokat az elfoglaltsági változásokat, melyek az elmúlt évtizedekben történtek.

| Tevékenységek | Év | Férfi | | | Nő | | |
|---------------------------------|------|-----------|---------|----------|-----------|---------|----------|
| | | Hétköznap | Szombat | Vasárnap | Hétköznap | Szombat | Vasárnap |
| Séta, sport | 1963 | 6 | 6 | 18 | 0 | 6 | 12 |
| | 1977 | 8 | 15 | 31 | 5 | 11 | 22 |
| | 1986 | 8 | 17 | 17 | 5 | 9 | 9 |
| | 1993 | 7 | 18 | 27 | 4 | 12 | 14 |
| | 2000 | 15 | 29 | 41 | 11 | 21 | 28 |
| Kulturális és sportrendezvények | 1963 | 6 | 6 | 30 | 6 | 6 | 24 |
| | 1977 | 3 | 8 | 15 | 3 | 5 | 6 |
| | 1986 | 4 | 6 | 10 | 2 | 5 | 8 |
| | 1993 | 3 | 5 | 9 | 2 | 2 | 1 |
| | 2000 | 2 | 8 | 13 | 2 | 8 | 9 |

9.2.1. Táblázat: A 18-60 éves aktív keresők testedzésre, kulturális intézmények, rendezvények látogatására fordított ideje a napi időbeosztás

Az életszínvonal jelentős visszaesése, az utazás költségeinek drágulása, a különmunkák által fokozottan lekötött hétvégi idő 1986-ra a korábbi igen alacsony szintre vetette vissza a fizikai rekreáció idejét. Az ezt követő újbóli növekedés 1986-ról 1993-ra kisebb, 1993-ról 2000-re minden korábbinál nagyobb mértékű volt, és nem csak a hétvégi napokra, de a hétköznapokra is kiterjedt. (2000: hétköznap – szombat – vasárnap sorrendben férfiak: 15 – 30 – 40, nők: 10 – 20 – 30 perces átlagok.)

A kulturális intézmények látogatása szintén alapvetően vasárnapi elfoglaltság, amelyben a legnagyobb visszaesés 1963 és 1977 között következett be (a férfiaknál 30-ról 15 percre, a nőknél 25-ről 10 perc alá süllyedt a súlya az átlagos vasárnapi időfelhasználásban). Ez a csökkenés azonban nem állt meg 1977-ben, hanem 1993-ig tovább folytatódott (férfiak: 15-ről 10 percre).

Az intézmények látogatására fordított vasárnapi idő 2000-re először került növekvő szakaszba, és elérte az 1977. évi szintet. Az aktivitás fokozódása a szombati napokon is érzékelhető, bár nem éri el a vasárnapokét.

Az ünnepekről

A társas tevékenységek sorába illeszthetjük a számos pozitív hatás mellett az identitást is növelő rítusokat (közös kialakított szertartásokat) és ünnepeket is.

Az ünnepeknek és a rítusszertartásoknak - az örömszerző közös "szeretetélmény" megtapasztalása nyomán - háromféle fő hatása van:

- A pszichológiai, mely csökkenti a szorongást, a bizonytalanságot, a rossz közérzetet, erős élmény esetén katartikus hatása is lehet.
- A szociális (társadalmi), amely az alapértékek megerősítésében, a konfliktusok kezelésében játszik közre.
- A protektív, védelmező funkció - szorosan együtt a pszichológiával -, mely fizikailag vagy lelkileg nyújt védelmet a különböző „megtisztulási” rítusokon keresztül.

Az idő strukturálásában jelentős szerepe van az **ünnepeknek**, és amennyiben az ünnepek elő- és utóéletében sem tétlenkedünk, az ünnepek jelen lehetnek mindennapjainkban.

Az a tény, hogy minden kultúrában találkozunk ünnepekkel, arra enged következtetni, hogy azok meghatározott funkciókkal rendelkeznek, éspedig olyan funkciókkal, amelyek nélkülözhetetlenek, és semmi mással nem helyettesíthetők.

2000-ben Szombathelyen és Nyíregyházán középiskolások körében végzett vizsgálat (500-500-as mintán) arra volt kíváncsi, hogy az ünnep az egyén értékrendjében hol foglal helyet.

A szombathelyi középiskolások értékrangsorában az ünnep, a 8. helyen szerepelt, a nyíregyházi középiskolások esetében a 12. helyen. Ugyanakkor a megkérdezettek 80%-a vallotta, hogy nagyon fontos szerepe van az életükben az ünnepeknek, és mindössze a megkérdezettek 5 %-a ítélte meg úgy, hogy nem fontos számára az ünnep.

Nemenkénti bontásban **a lányok számára az ünnep némileg fontosabb, mint a fiúk számára.** Bár ez a különbség nem számottevő, a lányok általában érzelmgazdagabbak, és többet is tesznek az ünnep varázsáért.

A "Mit jelent számodra az ünnep?" nyitott kérdésre a megkérdezettek 38 %-a az együttlét örömeit emelte ki, elsősorban a családi ünnepekre gondolva. Különösen fontos volt azok számára, ahol valamilyen oknál fogva keveset lehetnek együtt.

„A családi együttlétet és az eltöltött órákat jelenti, mert szüleim rengeteget dolgoznak, de az ünnepeket tiszteletben tartják.” – 16 éves fiú, Nyíregyháza.

„Egyes ünnepek megörvendeztetnek, mások elgondolkodtatnak, megint mások meghatnak és megríkatnak. Szeretek ünnepelni, ha érzem, hogy van mit, s ha tudom, hogy partnereket is találok az ünnepléshez. Olyan partnereket, akik úgy látják, úgy gondolják, úgy érzik, és úgy tudják, ahogy én.” – 18 éves lány, Szombathely.

E gondolatban megfogalmazott együttes élmény aktivitást igényel, mely persze függ az életkortól is. Már csecsemő- és kisgyermekkorban is érzékelik a gyermekek a hétköznapi és

az ünnepek eltérő ritmusát, a családi életvitelben az ünnepek hangulatát. A gyerekek értékrendszerébe ezen **együttes élmények** hatására épül be az ünnep értékmegőrző és hagyományőrző igénye, mely egyúttal egyfajta stabilitást és **összetartozás érzést** biztosít. **Az együttes élmény átélése erősíti az emberi kapcsolatokat és szocializál a társas lét szabályaira, ezért fontos, hogy az ünnep méltó helyet foglaljon el értékrendünkben.**

A pedagógusok lehetőségeiről az ünnepek nevelő hatásainak kiaknázására a következő részben szólnunk bővebben.

Irodalom

Valamennyi irodalmat lásd a 9.3. blokk végén!

Feladat

Valamennyi feladatot lásd a 9.3. blokk végén!

9.3. A MÚLT – JELEN – JÖVŐ EGYÉNI ÉS TÁRSAS KEZELÉSÉNEK ÖSSZEFÜGGÉSE

Soósné Dr. Faragó Magdolna

A korábbiakban igyekeztünk megvilágítani, hogy az egészségfejlesztés pedagógiai befolyásolása csak **holisztikus** szemlélettel lehet eredményes. (*Holisztikus*: egészlegesség, teljesség, az egymásra-hatás figyelembe vétele a részek szemlélete során is.)

Az ún. segítő foglalkozások gyakorlása során – mint amilyen a pedagógusi munka is - elengedhetetlen e holisztikus látásmód, vagyis az emberi személyiség testi-lelki, ezen belül az értelmi, érzelmi és akarati komponensei egységének, illetve a környezettel való kapcsolatainak az együttes szemlélete (a pedagógus ne a tantárgyát, hanem a gyereket tanítsa, fejlessze). Láttuk azt is, hogy az iskolai élet tervezésekor-szervezésekor milyen szempontokra érdemes odafigyelni a helyes időgazdálkodás érdekében.

E fejezetben az elmondottak tágabb összefüggéseire koncentrálunk: hogyan függ össze sorsunk (benne jövőképünk) alakítása önmagunk szemléletével, értékeivel; ez pedig hogyan kapcsolódik személyiségfejlődésünkhöz, kiüntetetten ennek egyik meghatározó állomásához, az identitáshoz; az identitás hogyan függ össze a múlttal, a jelennel és a jövőbeli célokkal, céljaink és értékeink pedig miként hatnak élettevékenységeinkre, benne egészségmagatartásunkra.

Az identitás alakulása a közösségben

Az **identitás** az én-azonosság tudata: ki vagyok, milyen ember vagyok, mihez tartom magam, kikhez tartozom, mi a célom, mit kaptam, és mit akarok az élettől. Ezek megválaszolása viszonyításokon alapszik, így az identitás csakis **szociális** térben, vagyis másokkal való kapcsolataink nyomán alakul. Erikson az identitás-érzés egész életünkön át való fenntartására irányuló törekvésünket tartotta a **személyiség**fejlődés legfontosabb mozgóatójának, amelynek az egyes életszakaszokban más-más súlypontjai és különböző fejlettségi fokai lehetnek.

Az identitáskeresés – és így ennek válságai, az ún. **identitás-krízis** is - az **ifjúkorban** a legerősebb: erre az életkorra (a párválasztás és a pályaválasztás tipikus időszakára) jellemző a leginkább. Az egyén ellentmondásos **érzelmi** kötődései, bizonytalan **énképe**, változó **értékei**, törekvései a serdülőkor tipikus velejárói, így érthető, hogy az identitáskeresés során feltáruló problémák akár súlyos válsághoz is vezethetnek.

Az ekkor felmerülő életkérdések tisztázásáért, a feszültségek oldásáért a jó pedagógus (**empátiával**, bátorító odafordulással, információnyújtással, stb.) igen sokat tehet. A korábban

részletesen elemzett önállóság, a saját döntések és cselekvések pedagógiaileg irányított (és megértő figyelemmel, empátiával kísért) kipróbálási lehetőségeinek a biztosítása segítheti a fiatalokat ahhoz, hogy tisztázódhassanak saját értékelésükkel kapcsolatos nyugtalanító kérdéseik.

A pedagógusoknak tisztában kell lenniük azzal, hogy ebben a korban a viszonyítási alapot elsősorban a saját kortársak jelentik számukra, ezért olyan alkalmakat érdemes megteremteniük, amelyben egymással való kapcsolataik, közös tevékenységeik révén tartanak tükröt a másoknak és önmaguknak.

Az iskolai ünnepek nevelő hatásai

Az iskolai ünnepek, rítusok és egyéb közös tevékenységek tervezése, szervezése során a gyermekek és ifjak idővel való önálló gazdálkodási, időstruktulálási képességei is jobban megnyilatkozhatnak, fejlődhetnek.

A pedagógusok sokféle módon segíthetik elő, hogy a gyermekek megtapasztalják, átéljék az ünnep-adta pozitív érzelmeket, és ezzel maguk is "megtanulják" a rítusokat, az ünneplés alkalmait, szokásait, szervezését, vagyis azt, hogy milyen feltételeket kell megteremteni az együttes élmény kialakításához.

A **családi ünnepek** közül a **névnapi, születésnapi köszöntés** szokását már az óvodákban és az iskola első éveitől kezdve néhány személyre szóló kedves szóval alakíthatja vagy erősítheti a pedagógus is. Javasolhatja, hogy - ha ez otthon esetleg nem szokás - maga az ünneplés hogyan kezdeményezze, hogy köszöntsék őt (pl. a születésnapján a szüleinek őt köszöni meg születését, a róla való gondoskodást), illetve megtaníthatja, hogy a gyerekek szüleik, testvéreik köszöntésére milyen apró gesztusokat, feltételeket teremthetnek meg maguk is, mivel szerezhetnek meglepetést, örömet számukra.

A pedagógus erősítheti a gyerekekben az **együvé tartozás érzését** és a minden ember személyének kijáró figyelmet, a **jeles napot számon tartó odafigyelést** emellett azzal is, ha saját névnapját, esetleg születésnapját ugyanúgy "ünnepltet" meg az osztályával, mint az egyes gyerekekét: pl. minden egyes ünneplés tiszteletére ugyanannak a dalnak a közös eléneklésével teremthet rítust, saját csoportjában saját szokást.

Előkészítheti a gyereket arra is, hogy szüleiknek és a tágabb család tagjainak egyéb családi ünnepeik, évfordulóik is vannak, azokon milyen módokon szokták a felnőttek egymást megköszönteni (képeslap, dísztávirat, telefonhívás, SMS, vendégség). Igyekezzenek tudatosítani, hogy nem az ajándékozás a fontos, hanem az odafigyelés, a figyelmesség, vagyis a ténylegesen "megtett" legapróbb gesztus több örömet jelent, mint a pénzért vásárolt ajándék, akár adjuk, akár pedig kapjuk azt.

Az **anyák napi** megemlékezés előkészítése a gyerekekkel ma már legtöbb helyen bevett szokás. Ne szégyelljék, hogy a pedagógusnap is valami hasonlót fejezhet ki: adjanak alkalmat a gyerekeknek arra, hogy átgondolják a múlt élményeit, értékeljék történezeit, és közösen

köszönhessék meg a róluk való gondoskodást, szeretetet. Tanítsák meg őket ezen keresztül is arra, hogy nem ajándékot várnak, hanem megbecsülést, odafigyelést, ünnepi hangulatot. **Átéltetik a gyerekek ennek révén, hogy az osztályközösséghez, az egyes pedagógusokhoz és az adott iskolához való tartozás milyen fontos érték, amit rendszerint csak akkor vesznek észre, ha már elhagyják az iskolát.**

Tipikusan iskolai ünnep a **ballagás, a szalagavató**, amelyet a pedagógusok irányításával ma is méltóképpen ünnepelnek a diákok. Sokat tehet a pedagógus azonban azért is, hogy az **évnyitók, évvárók, iskolai hangversenyek, bemutatók, versenyek, iskolanapok**, stb. is ugyanilyen érzelmi hatást kiváltó ünnepi alkalmak lehessenek, ahol az egyes gyerekek a maguk egyéni aktivitásával is hozzájárulnak az ünnep sikeréhez.

Az iskola a gyerekekben **legeredményesebben talán a nemzeti ünnepek számontartásának**, méltó megünneplésének a **szokását alakíthatja ki**. Szüleik ugyanis ahhoz a korosztályhoz tartoznak, amely a nemzeti ünnepek igazi élményét - történelmi-ideológiai okoknál fogva - gyermekként nemigen tapasztalhatta meg. Az egyházi ünnepekről való megemlékezés azonban nem iskolai feladat, így pl. a karácsonynak az utóbbi időben elterjedt, egymás megajándékozására korlátozódó megünneplési szokásai veszélyeket is rejthetnek magukban: túlságosan is profánná, kényszeredetté, sérelmek okozójává válhat az iskolai ünneplés. A szeretet-szimbólum valódi jelentését a pedagógusok a gyerekek mások felé irányuló (pl. az öregek, hajléktalanok, betegek, szegények vagy szüleik számára örömet szerző) önzetlen tevékenységeinek a megszervezésével jobban megvilágíthatják. Az együttes élmény és önértéktudat, önbecsülés az ilyen fajta ünneplés során fokozottabb, hatására egy életen át tartó szokássá válhat az együttérzésből fakadó önzetlen segítségnyújtás.

Érdeemes az iskolai ünnepek, bemutatók, versenyek eredményeiről, szépségéről, sikeréről beszélgetni, hatását, ennek összetevőit, így az egyes gyerekek hozzájárulását utólag is elemezni. A megerősítés az önérték-tudat mellett fokozza a gyerekek önazonosság-tudatát is tetteiknek, átélt érzelmeiknek és értékeiknek a megfogalmazása révén, segíti bennük a múlt, jelen és jövő céljaival való összevetést. Megtanulhatják a gyerekek azt is, hogy az ünnepre való felkészülés személyes aktivitást igényel, s megtapasztalhatják ennek az időbeosztással és energia-ráfordítással kapcsolatos vetületeit is.

Az időstrukturálási képességek alakítása

Az **időstrukturálás** az ember időtöltésének - tudatos vagy önkéntelen - módja. Az emberek azon törekvéséhez – szükségletéhez – kapcsolódik, hogy a rendelkezésükre álló időt (és ugyanígy a teret is) lehetőségeikhez mérten a legmegfelelőbb tartalommal töltsék ki.

Az identitás egyik alapkérdése tehát a múlt - jelen - jövő értékelése aszerint, hogy vajon az eddig megélt időnként megfelelő tartalommal töltöttük-e ki. Mi történt eddig velünk, mikor minek voltunk mi az okozói, mi múltott rajtunk, és mi másokon. Tehettünk volna-e mást vagy másként? S mit kellene ezen értékelésünk alapján a jövőben tenni: mit tudunk, mire vagyunk képesek, mit szeretnénk és mit mikor fogunk megtenni, elérni? Összetartozó kérdések ezek, amelynek az idővel való gazdálkodási, tervezési képességeinkkel szorosan összefüggnek.

Az időgazdálkodás praktikus, követésre érdemes szempontjainak az érzékeltetésére a korábban idézett világhírű könyv (Lakein: "Hogyan gazdálkodjunk időnkkel és életünkkel") tartalomjegyzékének az első négy pontját idézzük ízelítőül):

1. Miért kell gazdálkodnunk az idővel? *(Az idő - élet. Ne keményebben, hanem okosabban dolgozzunk! Élvezzük jobban az életet! Sok ezer embernek segített, miért ne segítsen mindenkinek?)*
2. A nyereség: magunk irányítjuk az életünket! *(Mit értek irányításon? Óvakodjunk az időbolondoktól! Vigyázzunk a túlszervezőkkel! Kerüljük a túlbuzgókat! Hasznosítsuk a könyv ötleteit! A nyereség: gazdálkodunk az időnkkel, irányítjuk az életünket.)*
3. Sodródjunk, merüljünk, vagy döntünk? *(A döntési folyamat természete. Hogyan kerüljük el az időbeosztási konfliktusokat? Mi magunk döntünk. Miért olyan nehéz a döntés? Hosszú távú célok kontra rövid távú előnyök. Hogyan döntünk valójában?)*
4. Az irányítás a tervezéssel kezdődik *(Behozzuk a jövőt a jelenbe. Milyen gyakorisággal tervezzünk? A tervezés jól fizet. Tanuljunk a profiktól! Hogyan határozzuk meg a prioritásokat most? Az ABC prioritási rendszer alkalmazása.*

A könyv további része arra is ad ötleteket, hogyan fejlesszük akaraterőnket, hogyan koncentráljunk legfontosabb céljainkra, hogyan ismerhetjük meg és módosíthatjuk időgazdálkodási szokásainkat, stb. Ez utóbbi kérdéshez a pedagógusok lehetőségeit illetően fejezetünk korábbi részében mi is adtunk használható ötleteket.

Hangsúlyozzuk azonban, hogy nincs recept: a teljes személyiség fejlesztése "hozza magával", hogy érett felnőttként képesek leszünk megtalálni az időstrukturálás nekünk és az adott szituációnak leginkább megfelelő módozatait!

Ha vannak az embernek "magasrendű" életcéljai, *motivációi*, az időt és egészségét értéknek fogja tekinteni. Ennek hiányában unalom, nemtörődömség, figyelmetlenség, a dolgok elodázása, az idő - és így az élet - elfecsérlése várható.

A magasrendű életcélok azonban nem korlátozódnak csupán kiemelkedő szellemi alkotásokra, hőstettekre: kinek-kinek más lehet értékes, fontos. A közös talán csak annyi bennük, hogy valamennyi ilyen cél magában rejti a szűkebb vagy tágabb társas környezetünkkel kapcsolatos harmóniát, a másokért érzett felelősséget, szeretetet.

Összegzés

E fejezet célja az volt, hogy – a téma pedagógiai szociálpszichológiai és mentálhigiénés szempontú megalapozása után – a hallgatók megértsék, hogy az iskola milyen sokat tehet azért, hogy a tanulók az ott töltött időt megfelelően strukturálják. Az év tanítási rendje, a napirend, órarend, szünetrend és a környezeti feltételek (pl. megfelelő terek, berendezések) megteremtését a gyermek biológiai és lelki szükségletei alapján kell figyelembe venni. A jól strukturált idő kihat az iskolán kívüli tevékenységek időstrukturálási szokásaira is (szokás és

tervezés kérdése is, hogy kihasználják vagy inkább „ellazsálják”, elfecsérelik a gyerekek az együtt töltött idejüket).

Az előadásokból a hallgatók megismerték, hogy mit jelent a bioritmus, ennek milyen jelentősége van a gyermekek teljesítőképességére; megismerték a napi bioritmust, a tanulás szempontjából optimális órákat, áttekintették a heti és az évi bioritmus környezeti feltételeit és pedagógiai vonatkozásait. Bemutattuk, hogy a bioritmus, a pihenés, a fáradás és aktivitás jellegzetességeit is figyelembe vevő időgazdálkodás szempontjának milyen jelentősége van a gyermekek mindennapi életére, példákkal segítettük elő napirendjük, otthoni tevékenységeik hatékony összeállítását. Rámutattunk, hogy az évek visszatérő eseményei, ünnepei miképpen strukturálják az időt, illetve, hogy a pedagógusok helyes időgazdálkodása hatással van a gyerekek túlterhelésének csökkentésére. Indokoltuk, hogy az idő-szempont figyelembe vétele milyen protektív szereppel bír a gyerekek kiegyensúlyozott, nyugodt életvezetési szokásainak alakításában.

A pedagógusjelöltek vagy már gyakorló pedagógusok megismerkedtek a múlt – jelen – jövő, illetve azok egyéni és társas kezelésének összefüggéseivel, az identitás meghatározó szerepével az önálló életvezetés kialakításában, megismerték az egyes élettevékenységek idődimenzióit. Megértették, hogy a hatékony időgazdálkodás a rövid és hosszú távú célok elérésében milyen szerepet játszik, és milyen jelentősége van a test-lelki egyensúly megtartásában.

Irodalom

Segédlet az iskolai egészségnevelési, egészségfejlesztési program elkészítéséhez. Az Oktatási Minisztérium kiadványa, Budapest, 2004., amely az OM honlapján is olvasható (www.om.hu).

Soósne Faragó M.: *Mentálhigiénés, pedagógiai szociálpszichológiai fogalomtár.* Budapest, 2003. OPKM (amely a fenti *Segédlet* mellékleteként az OM honlapján is megjelent)

Salamon Z. – Széphalmi Á.: *Pedagógus-életmód és -tevékenység* (Korszerű nevelés sorozat). Budapest, 1988. Tankönyvkiadó

Roeders, P.: *A hatékony tanulás titka (oktatás önirányító kiscsoportokban).* Budapest, 2000. Calibra Kiadó

Soós B. – Tuska A.: *Stressz, testi-lelki egészség, munkahely.* in: Emberi Erőforrás-menedzsment 2003. 3-4. szám

S. Dr. Faragó M. – Tuska A.: *A konfliktus és a stressz az oktatásban.* in: Emberi Erőforrás-menedzsment 2001. 4. szám

Goldschmidt D. - Halász P.: *Alvás, álom, álmatlanság.* Budapest, 1983. Medicina Könyvkiadó

N. Kollár K.: *Az iskolai terhelés hatása a tanulás eredményességére és a tanulók közérzetére* in: Alkalmazott Pszichológia 2002. 2. szám

Lakein, Alan: *Hogyan gazdálkodjunk időnkkel és életünkkel.* Budapest, 1985. Bagolyvár Könyvkiadó

Falussy Béla: *Az időfelhasználás keretei.* Budapest, 2004. Új Mandátum Kiadó

Helman, C. G.: *Kultúra, egészség és betegség.* Budapest, 2003. Medicina Kiadó Kft.

Kovácsné Sántavy Ildikó: *Életvitel.* Budapest, 1998. Kereskedelmi, Vendéglátóipari és Idegenforgalmi Főiskola

Feladat

1. Az időm legeredményesebb kihasználása / vagy: egy választott életkorban a gyerekek idejének egészséges struktúrája – esszé.
2. Gondolja végig, hogyan gazdálkodik idejével egészsége szempontjából! Melyek azok a tevékenységek és milyen időkeretet igényelnek, melyek feltétlenül szükségesek egészsége megőrzéséhez? – esszé.
3. Készítse el heti tervét és napirendjét / vagy: egy választott életkor szerint készítse el a gyerekek ideális heti- és napi elfoglaltságainak beosztását!
4. Milyen társadalmi kihívások, hatások transzformálnak betegséget? – esettanulmány.
5. Mit jelent számomra az ünnep? / vagy: Hogyan tervezné meg osztályában a társadalmi és a családi ünnepekről való megemlékezést? – esszé.

10. FEJEZET

ÉLETMÓD, KULTÚRA, EGÉSZSÉGTUDATOSSÁG

10. ÉLETMÓD, KULTÚRA, EGÉSZSÉGTUDATOSSÁG

A FEJEZET CÉLJA

A fejezet keretében a hallgatók

1. Megismerkednek az életmód fogalmával és jelentőségével az egészségi állapot alakulása szempontjából. Ehhez áttekintést kapnak az életmód egyéni és társadalmi/kulturális meghatározottságáról, azaz megértik az egyéni és a társadalmi felelősség hatókörét.
2. Megismerik a kultúra jelentőségét az egészséggel összefüggő folyamatok alakulásában, és külön az egészségkultúra feltételrendszerét, kiemelve a modern, fogyasztói társadalom szempontjait.
3. Elsajátítják az életmód elemeiről és összefüggésrendszeréről szóló ismereteket, az életmód koherenciájának fontosságát, az egészségmagatartás szociológiai és pszichológiai alapjait.
4. Megismerik a szabadidő jelentőségét az életmód részeként, külön kiemelve azokat a szabadidős elemeket, amelyek a gyermek- és serdülőpopuláció egészségmagatartásának alakulásában játszanak szerepet.
5. Tisztában lesznek az egészségtudatosság jelentőségével az életmód alakulása szempontjából, hangsúlyozottan bemutatva a gyermekpopuláció egészséghez és egészségkockázatokhoz való viszonyulását.

A FEJEZET TÉMAKÖREI

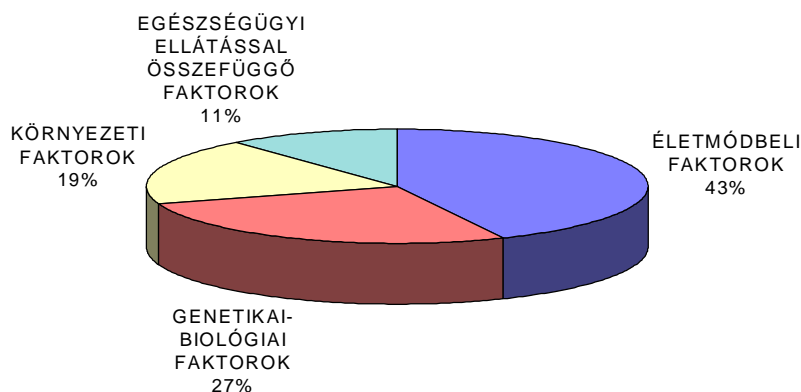
- | | |
|---|------------------|
| 10.1. Életmód, kultúra, egészségkultúra | Dr. Pikó Bettina |
| 10.2. Az életmód elemei: a szabadidő és az egészségmagatartás | Dr. Pikó Bettina |
| 10.3. Egészségtudatosság és kockázateszlelés az életmód és a kultúra tükrében | Dr. Pikó Bettina |

10.1. ÉLETMÓD, KULTÚRA, EGÉSZSÉGGKULTÚRA

Dr. Pikó Bettina

Bevezetés

A modern társadalomban a betegségkózzó tényezők között az életmóddal, magatartásunkkal összefüggő tényezők szerepelnek első helyen. Számszerűsítve ez azt jelenti, hogy amennyiben az egészségi állapotot befolyásoló tényezők rendszerét egy kördiagramon ábrázoljuk, akkor mintegy 43%-ot az életmódhoz kapcsolható elemek tesznek ki:



10.1.1. ábra: Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők rendszere

Ez azonban nem mindig volt így, hiszen a történelem folyamán, amíg a járványos betegségek hatalmas pusztításokat vittek végbe, a biológiai és higiéniai folyamatok sokkal nagyobb szerepet játszottak az egészségi állapot alakulásában. A tudományos-technikai fejlődés, a mikrobiológia vívmányainak (antibiotikumok, védőoltások) széleskörű elterjedése, valamint a közegészségügy megszervezése a járványok megfékezését eredményezte.

Ezzel párhuzamosan azonban más típusú betegségek kerültek a statisztikák élére, amelyek nem fertőzőes eredetűek, viszont többnyire hosszantartóak, krónikus lefolyásúak, mint a szív- és érrendszeri betegségek, a daganatok, a balesetek, a mozgásszervi vagy a mentális kórképek. Ezeket *civilizációs betegségeknek* is tekinthetjük, hiszen kialakulásuk elsősorban a modern életstílussal függ össze.

Az egészségre káros életmódot korunk *új típusú járványkeltőjének* is nevezik, hiszen olyan mértékben veszélyezteti egészségünket, mint korábban a járványok valódi okozói, a mikroorganizmusok. Kézenfekvő a megoldás: az egészségfejlesztés legfontosabb feladata életmódunk megváltoztatása, egészségtudatosságunk növelése. Ugyanakkor az utóbbi évtizedekben beigazolódott, hogy sokkal nehezebb az emberek életmódjának megváltoztatása, mint a fertőző betegségek elleni küzdelem. Ahhoz, hogy hosszú távon is sikeres egészségfejlesztő programokat hozzunk létre, meg kell ismernünk az életmód pszichológiai és szociológiai jellegzetességeit, valamint meg kell ismernünk az *életstílus összetettségét*, és befolyásolhatóságának eszköztárát.

Az életmód fogalma

Az életmód szociológiai definíciói két alapvető sajátosságot emelnek ki:

- 1., választás
- 2., esély.

Az életmód következő meghatározása jól tükrözi ezt a kettősséget:

Az életmód olyan magatartások, tevékenységek összessége, amelyeket az adott körülmények között viszonylag szabadon választunk meg.

A mindennapi életünkben ezt azt jelenti, hogy az egyén hozza meg életmódjával kapcsolatos magatartási döntéseit, azonban részben *körülményei* (például a kultúra, a társadalomban elfoglalt pozíciójából fakadó előnyök, illetve hátrányok), részben *személyisége* (például stresszkezelési képessége, érzelmi motivációi) a választás lehetőségeit erősen behatárolják. Gondoljunk csak bele, hogy egy alacsony társadalmi helyzetű egyénnek mennyire kevesebb lehetősége van az egészséges életmód követésére, nemcsak a jövedelmi hátrányai, hanem akár hiányos ismeretei, és nem elég önbizalma révén is. A következő meghatározás éppen ezt az összetettséget demonstrálja:

Az életstílusban megnyilvánuló életmódbeli elemek egyszerre tükrözik személyes identitásunkat, csoportbeli hovatartozásunkat és társadalmi helyzetünket.

A modern, *fogyasztói* társadalomban különösen előtérbe kerültek a fogyasztási javak mint az életmódot megjelenítő szimbólumok. A magatartási döntéseknél ezért sokszor nem mindig az egyén saját belső szükségletei és motivációi szerepelnek legfontosabb okként, hanem például egy csoportba tartozás vágya, vagy a társadalmi pozícióval járó szerepelvárások.

A mindennapi életben tehát az életmóddal, és ennek részeként az egészséggel kapcsolatos magatartási döntéseinkben egyaránt számolnunk kell az egyéni és a társadalmi *felelősséggel*.

Az egyén felelős saját és környezete egészségéért, hiszen magatartási döntéseit ő maga hozza. Ugyanakkor látnunk kell a társadalom felelősségét is, mert az egyén csak viszonylagos szabadsággal hozhatja meg ezeket a döntéseket. Egy serdülőkori fiatal nagyrészt azért kezd dohányozni, mert ezzel szeretné a kortárscsoporthoz tartozását demonstrálni. Egy fiatal menedzser azért vállal túlórákat, és ezzel stresszes, túlhajszolt, egészségét is veszélyeztető életmódot, mert így akarja elfogadtatni magát a társadalomban. Egy idős ember pedig, gyakran nem rendelkezik elég önbizalommal ahhoz, hogy odafigyeljen táplálkozási szokásaira, mert a kultúra nem fordít kellő figyelmet az idős kor értékeire. Az életmód tehát a kultúra része. Életmódunkban a kultúra lenyomata tükröződik.

Kultúra és életmód

A kultúra, nagyon egyszerűen kifejezve, az a *mód*, ahogyan a mindennapi életünket *megéljük* az adott társadalomban. A kultúra mindenekelőtt megszabja azt a *viselkedési repertoárt*, amelyet az adott társadalom elfogad. Egyfajta útjelző rendszerként is felfogható, amely a gyakorlatban értékek és viselkedési normák, elvárások formájában érvényesül. Gondoljunk csak bele, hogy ha például elutaznánk Japánba vagy Jemenbe, mennyire megváltoznának a viselkedési előírások. Elsősorban azért éreznénk magunkat idegennek, mert nem ismerjük az ottani kultúra szabályait.

A kultúra kihat az életmód számos elemére. Erre nagyon jó példa a *táplálkozási szokások* kultúrafüggősége. Vannak olyan kultúrák, ahol tilos a húsevés vagy bizonyos húsok evése, mint például a disznóhús. Az elfogadott ételek, ételkészítési szabályok szintén kultúra függőek, ezért sok esetben rendkívül nehéz megváltoztatni ezeket a szokásokat. Egyes vallási közösségekben, ahol az életmód szigorúan szabályozott (ilyenek például a mormon közösségek az USA-ban), a megbetegedési statisztikák lényegesen jobbak az átlagnépességhez viszonyítva, kevesebb daganatos betegséggel kell számolni, de a depresszió is alig fordul elő.

A vallásgyakorlás a fiatalok életében is jelentős védőfaktor. Kutatások eredmények azt mutatják, hogy a vallásos fiatalok kevesebbet dohányoznak, fogyasztanak alkoholt és próbálják ki a marihuánát. A közösség hatóerejét egészségfejlesztési programok során is ki lehet használni az egészséges életmód és a mentálhigiénés megelőzés propagálásához.

A kultúra befolyásolja azt is, hogy milyen egy adott társadalom viszonyulása az egészségkárosító magatartásformákhoz, mennyire tolerálja például az alkoholfogyasztást, a lerészegedést, a drogokat vagy a nők dohányzását. A kultúra határozza meg azt is, mennyire tartjuk fontosnak az egészség megőrzését, a rendszeres testmozgást, a szűrővizsgálatokat vagy a környezetünk védelmét. A modern kultúra a felgyorsult életritmussal jelentős terhet ró az egyénekre és a társadalomra, hiszen a megnövekedett stresszmennyiség feldolgozásának egyre kevésbé vannak meg a feltételei. Csak tudatosan vállalt egészségvédő magatartással lehet fenntartani hosszú távon is egészségünket.

Ezek után hogyan értelmezhetjük az egészségkultúrát?

A kultúrának azt a részét, amely az egészségünkkel összefüggő magatartásformákat szabályozza, egészségkultúrának nevezzük.

Az egészségkultúra tükrözi a társadalomban uralkodó értékrendet, és azt is, hogy ebben az egészség mint érték, milyen hangsúlyt kap. Napjaink fogyasztásra ösztönző társadalmában különösen fontos a helyes, egészségtudatos értékrend kialakítása.

Az egészségkultúra fejlesztése kiemelt pedagógiai feladat, amely mindannyiunk közös érdeke, és a népegészségügyi helyzet javításának záloga.

Irodalom

Kopp M., Pikó B.: A kultúra és az életminőség kapcsolata. In.: Bácsy Ernő és Mikola István (szerk.): *Civilizáció és egészség. Magyarország az ezredfordulón* (pp. 139-158). Budapest, 2004. MTA Társadalomkutató Központ

Mechanic, D.: *Adolescents at risk*. Journal of Adolescent Health, (1991) 12: 638-643.

Pikó B.: *Vallásosság és káros szenvedélyek fiatalok körében*. Addictologia Hungarica, (2003) 2(1): 53-64.

Pikó B.: *Egészségpszichológia*. Budapest, 2002. Új Mandátum Kiadó

Pikó B.: *Középiskolások egészséges és egészségtelen életmódja*. Természet Világa, (2003) 134(2S): 24-27.

Pikó B.: Dohányzás mint a legelterjedtebb droghasználat. In.: Kapócs Imre, Maár Márton, Szabadka Péter (szerk.): *Ifjú-Kór 2* (pp. 43-67). Budapest, 2003. OKKER Kiadó

Pikó B.: *Interplay between self and community: A role for health psychology in Eastern Europe's public health*. Journal of Health Psychology, (2004) 9(1): 111-120.

Feladat

4. Tegyen javaslatokat, hogyan lehetne emelni az egészségkultúráltság színvonalát. Készítsen ennek alapján olyan beadványt, amely pályázati formában tartalmazza a konkrét javaslatokat!
5. Szervezzen plakátversenyt a diákoknak, amelynek az egészséges életmód propagálása lenne a célja! A célcsoportok elsősorban fiatalok legyenek, annak különböző korosztályai.

10.2. AZ ÉLETMÓD ELEMEI: A SZABADIDŐ ÉS AZ EGÉSZSÉGMAGATARTÁS

Dr. Pikó Bettina

Bevezetés

Az életmód olyan része életünknek, amely egyfajta keretbe foglalja mindennapi tevékenységeinket. Az életmód meghatározó eleme a *szabadidő* eltöltésének módja, amely *egészségmagatartásunkkal* szorosan összekapcsolódik, így kihat egészségi állapotunk alakulására is.

A modernizáció, majd később a fogyasztói társadalom okozta változások az *életkeretek* átformálódását idézték elő. A szabadidős stílusok átalakulásában három alapvető jelenség játszott közre:

- 1., A munka és a szabadidő *arányának* eltolódása az utóbbi javára
- 2., Az ún. *ifjúságkultúra* kiépülése, az ifjúkor időbeli meghosszabbodása, és egyben az ifjúság szerepének felértékelődése
- 3., A fogyasztói társadalom térnyerésével a szabadidő eltöltése új formákat öltött, s egyben a tevékenységek köre jelentősen kiszélesedett.

A fiatalok életében a szabadidő különösen meghatározó, a szabadidős tevékenységek változatossága hozzájárul a serdülők identitásának fejlődéséhez. A tömegkommunikáció és a szórakozással összefüggő szabadidős formák egyre inkább előtérbe kerülnek, amelyek hihetetlen módon átalakítják személyiségfejlődésünket.

A szabadidős tevékenységeknek a modern társadalomban kiemelt szocializációs szerepe van. Serdülőkorban a kortársakkal közös tevékenységek kerülnek előtérbe, ami kihat egészségmagatartásukra is, gondoljunk csak a közösen elfogyasztott alkoholra, cigarettára, drogokra, de ugyanígy a sportra is.

Fiatalok szabadidős stílusai és egészségmagatartása

A szabadidős tevékenységek összefüggése alapján ún. szabadidős stílusokat különíthetünk el. Kultúraközi kutatások azt igazolták, hogy ezek a stílusok a modern társadalomban élő fiatalok esetében nagyrészt megegyeznek, hiszen részben fejlődéstani sajátosságok, részben pedig a fogyasztói társadalom hatásai alakítják ki ezeket.

Középiskolások körében végzett kutatások alapján négy szabadidős stílust különíthetünk el. Ezek a szabadidős tevékenységek összefüggései alapján körvonalazódnak, és jól tükrözik az eltérő érdeklődési köröket, valamint életmódbeli eltéréseket. A négy stílus a következő: kortárs- és fogyasztásorientált stílus; intellektuális-művészeti stílus; a konzervatív-hagyományos stílus; és végül az élménykereső-technikizált stílus. A következő táblázatban az egyes stílusokhoz tartozó tevékenységi elemeket láthatjuk:

| Szabadidős tevékenységek | Kortárs- és fogyasztásorientált stílus | Intellektuális-művészeti stílus | Konzervatív-hagyományos stílus | Élménykereső-technikizált stílus |
|---------------------------|--|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Mozi | - | X | - | X |
| Színház | - | X | - | - |
| Könnyűzenei koncert | - | X | - | - |
| Olvasás | - | X | X | - |
| Beszélgetés barátokkal | X | - | - | - |
| TV és/vagy video | - | - | - | X |
| Bulizás/diszkó | X | - | - | - |
| Sport | - | - | X | X |
| Computer/Internet | - | - | - | X |
| Zenehallgatás | X | - | - | - |
| Hobby | - | - | X | X |
| Bevásárlóközpont/plázázás | X | - | - | - |
| Céltalan csavargás | X | - | - | - |
| Házimunka | - | - | X | - |
| Vallásos rendezvények | - | - | X | - |

(N=602, életkor: 14-19).

10.2.1. táblázat: A fiatalok szabadidős stílusainak tevékenységi elemei

Az *első szabadidős stílust* kortárs- és fogyasztásorientált szabadidőstílusnak neveztük el, amelyre jellemző, hogy a fiatalok többnyire bulizással, csavargással, pláza vagy egyéb bevásárlóközpontok látogatásával, beszélgetéssel, zenehallgatással töltik szabadidejüket. Ez a szabadidős stílus szorosan összefügg a kortársakkal együtt történő dohányzással, alkohol- és drogfogyasztással.

A *második stílus* az intellektuális és művészeti stílus elnevezést kapta, amelyre jellemző a mozi, a színház, a popkoncertek látogatása és az olvasás. Korábbi vizsgálataink kimutatták, hogy ez a szabadidős stílus a dohányzással negatív módon függ össze, azaz azok a fiatalok, akikre ez a stílus jellemző, kevésbé hajlamosak dohányzásra, de az alkoholfogyasztás vagy drogozás sem gyakoribb más kortársaikkal összehasonlítva.

A *harmadik szabadidős stílus* a konzervatív-hagyományos elnevezést kapta, és elsősorban a következő tevékenység alkotják: házimunka, sport, hobbi, vallásos rendezvényeken való részvétel és olvasás. Ez a stílus a káros szenvedélyek (alkohol-, drogfogyasztás, dohányzás) alacsonyabb előfordulásával jár együtt, viszont a sportolás kevésbé jellemző ezekre a fiatalokra.

A *negyedik szabadidős stílus* az élménykereső és technicizált szabadidőstílust fémjelzi, amelyben a legerősebb változó a számítógép/Internet használata, emellett magában foglal olyan tevékenységeket, mint a mozi, tévé- vagy videonézés, hobbi és sport. Ez a stílus a dohányzás és drogfogyasztás ritkább előfordulásával jár együtt, viszont a sportolás és a tudatos táplálkozás révén egészség tudatosabb viselkedés jellemző ezekre a fiatalokra.

A szabadidős tevékenységek egészségre gyakorolt hatásait az alábbiakban foglalhatjuk össze:

- 1., A *szervezett* tevékenységek (pl. klubok, szakkörök) segítenek a fiataloknak a szabadidő tartalmasabbá tételében
- 2., A kortársakkal eltöltött idő hajlamosít az egészségkárosító magatartásformákra, különösen akkor, ha szervezetlen formában történik
- 3., A *tömegkommunikációs* eszközök, a televízió, a számítógép a fiatalok élményfeldolgozását és világfelfogását alapvetően befolyásolja, amivel a pedagógiai munka során mindenképpen számolni kell. A tiltás helyett ezért arra kell törekedni, hogy ne a negatív hatások érvényesüljenek.
- 4., A *tudatosan* megszervezett szabadidős programok egészségvédő hatásúak. A programokat úgy kell megszervezni, hogy a fiatalok a kortársaikkal együtt legyenek, de a csoportbeli kötődéseket ne a közösen elfogyasztott cigaretta vagy alkohol jelentse.

Egészségmagatartás és egészséges életmód

Az egészségmagatartás olyan magatartásformákból tevődik össze, amely egészségünkre hatást gyakorol. Két alaptípusa létezik:

1., **Egészségvédő magatartás:** tudatosan vagy kevésbé tudatosan egészségünk megőrzése és fejlesztése érdekében végzett tevékenység. Lehet *passzív*, amikor például távol tartjuk magunkat a dohányzástól. Lehet továbbá aktív, amely már tudatos energia-befektetést és tudati kontrollt igényel részünkről, mint amilyen a sportolás vagy a táplálkozáskontroll.

2., **Egészségkockázati magatartás:** tipikusan ilyenek a káros szenvedélyek, amikor a vélt vagy valós rövid távú előnyökért (például szorongásoldás, jobb hangulat eléréseért vagy a társaság kedvéért) olyan magatartásformát választunk, amelyek hosszú távon egészségi állapotunkat veszélyeztetik.

A magatartás, így az egészségmagatartás is összetett jelenség, magatartási döntéseinket nemcsak tudatos elemek befolyásolják, hanem például *érzelmi reakciók*, vélt vagy valós elvárások, motivációk. A fiatalok dohányzásában például igazolt a legjobb barát hatása, akinek dohányzása a legerősebb motiváló tényező a dohányzás kipróbálásában. Ugyanígy kiemelendő a serdülő lányok érzelmi befolyásolhatósága, a tévében, reklámokban bemutatott jelenetek hatása őket érinti leginkább. Ezt a hatást a cigarettareklámok esetében igazolták először, de a sportolás és más egészségtudatos tevékenységek átvételében is jelentős.

Az egészségmagatartás tanult magatartási reakciókból áll, mind a káros szenvedélyek átvétele, mind pedig az egészségtudatos viselkedés tanult magatartási minta. A modellszemélyiségként szereplő felnőttek, mint például az orvosok, a színészek vagy a pedagógusok felelőssége ebben igen nagy.

Az egészségmagatartási minták szorosan összefüggnek egymással, és az egészséggel kapcsolatos életmód meghatározó szegmensét alakítják ki. Ez az összefüggésrendszer azonban nem mindig egyértelmű. Az egészséggel összefüggő életmód koherenciájával kapcsolatban két alapvető nézet van:

1., *Az egyik nézet* szerint: aki odafigyel egészségére, tudatosan teszi azt, ezért az egészségvédő magatartásformák összefüggnek egymással, s ugyanakkor az ilyen egyén a káros szenvedélyektől is távol tartja magát.

2., *A másik nézet* szerint: mivel a magatartás komplex jelenség, és nem mindig tudatos döntés eredménye, az egyes egészségmagatartási formák más-más motivációt tükrözhetnek. Ennek következtében az, aki például egyfelől védi egészségét, nem biztos, hogy az életmód más területein is tudatosan erre törekszik.

Az első nézet egy *koherens*, összefüggő életmódot feltételez. Ezt jól példázzák azok a kutatási eredmények, amelyek arról számolnak be, hogy a káros szenvedélyek serdülőkorban halmozódnak. Általában azt, aki például kipróbál valamilyen illegális drogot, többnyire dohányzik, és alkoholt is rendszeresen fogyaszt, ugyanakkor egészségével kevesebbet törődik.

Szintén megfigyelhető az egészségvédő magatartásformák, például a sportolás és az egészséges táplálkozás összefüggése.

A másik nézetnek azonban szintén van létjogosultsága, amennyiben *eltérő motivációk* állnak a magatartási döntések háttérében. Ilyenkor előfordulhat például a sportolás és a drog- vagy alkoholfogyasztás összefüggése, amennyiben nem tudatos döntési mechanizmusok, hanem az élménykeresés áll ezek háttérében.

Mindezek alapján a pedagógia számára fontos üzenet fogalmazható meg, amely az egészségvédő magatartásformák tudatosításán keresztül valósítható meg:

Az egészségvédő magatartási döntések tudatosítása a legfontosabb egészségfejlesztési feladat, amelynek figyelembe kell vennie az érzelmi és egyéb motivációs hatásokat is.

A motivációs hatásokkal kapcsolatosan tudatában kell lennünk annak, hogy a fogyasztói társadalomban az értékrendszer többnyire nem helyezi előtérbe a mértékletességet, az aktivitást, a belső tudati kontrollt. A fiatalokat tudatosan fel kell készítenünk arra, hogy a kultúra nem mindig segíti elő az egyén egészséges életmódra való törekvését. Fontos pedagógiai feladat annak tudatosítása, hogy milyen érzelmi reakciók formálják a motivációs törekvéseket, és hogyan védhetők ki ezek. A serdülőkor e tekintetben különösen nagy figyelmet érdemel, hiszen a kortárshatás ekkor válik meghatározóvá, amely a szabadidős tevékenységek körét is átrendezi, és kihat a fiatalok egészségmagatartására.

Irodalom

Mechanic, D.: *Adolescents at risk*. Journal of Adolescent Health, (1991) 12: 638-643.

Ogden, J.: *Psychosocial theory and the creation of the risky self*. Social Science and Medicine, (1995) 10: 257-265.

Pikó B.F., Vazsonyi, A.T.: *Leisure activities and problem behaviors among Hungarian youth*. Journal of Adolescence, (2004) 27: 717-730.

Pikó B.: *Egészségszociológia*. Budapest, 2002. Új Mandátum Kiadó

Pikó B.: *Interplay between self and community: A role for health psychology in Eastern Europe's public health*. Journal of Health Psychology, (2004) 9(1): 111-120.

Stroebe, W., Stroebe, M.S.: *Social psychology and health*. Buckingham, 1995. Open University Press

Feladat

1. Közösen a diákokkal tervezzenek egy szabadidős programokból álló napot!
Legyenek benne sporttal, kreatív tevékenységekkel, közös feladatmegoldással kapcsolatos elemek.
2. Tegyen javaslatokat arra, hogyan lehetne adott tantárgy vagy esetleg szakkör keretén belül, más kreatív tevékenységekkel összehangolni az egészséges életmódról való beszélgetést!

10.3. EGÉSZSÉGTUDATOSSÁG ÉS KOCKÁZATÉSZLELÉS AZ ÉLETMÓD ÉS A KULTÚRA TÜKRÉBEN

Dr. Pikó Bettina

Bevezetés

Az *Ottawai Charta* meghatározása szerint az egészségfejlesztés lényege az egészségünk feletti kontroll megszerzése. Ez a folyamat pedig elképzelhetetlen kellő egészségtudatosság nélkül.

Az *egészségtudatosság* magában foglalja a belső kontroll képességét, aktív hozzáállást, pozitív viszonyulást az egészséghez, és az egészségkockázatok helyes értékelését. Alapját az egészségről alkotott ismeretek megfelelő szintje jelenti, de ugyanígy magában foglal érzelmi és motivációs alapokat, egészséghez kapcsolódó attitűdöket is. Lényeges eleme az egészség *értékként* való elfogadása.

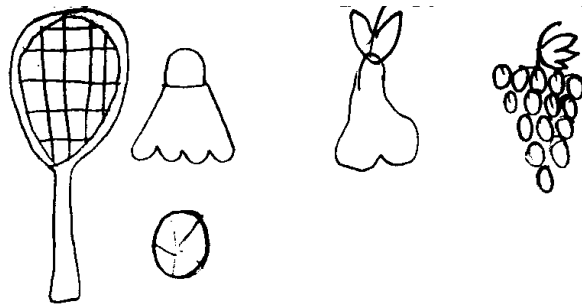
Az egészségtudatosság fejlesztését a *szocializáció* korai szakaszában kell elkezdeni. A kisgyermekes egészségtudatossága természetes, többségük számára az egészség még magától értetődő állapot. A serdülőkort követően azonban a kockázatokhoz való viszonyulás megváltozik, és aktív beavatkozást igényel az egészségtudatosság megfelelő szintjének fenntartása.

Egészségtudatosság preadoleszcens korban

A serdülőkort megelőző iskolásgyermekes egészségtudatossága kiemelkedően jó, egészségről és betegségről, valamint egészségkockázatokról való vélekedéseiket főként saját tapasztalataik határozzák meg. A fertőzőes, meghűléses eredetű tartják a legfontosabb betegségekkel kapcsolatos mechanizmusnak, ezért a betegségmegelőzésben a megfázás elkerülése, a tisztálkodás, a higiénés viszonyok különösen fontosak számukra.

Az egészséges életmód jelentőségével és elemeivel is alapvetően tisztában vannak, életmódjukra még jórészt az egészségvédő hatások jellemzőek. A káros szenvedélyek leggyakoribb kipróbálása 13-14 évre tehető, azonban a dohányzás és az alkoholfogyasztás kipróbálása már 8-10 éves korban is előfordul. A mozgás és a sport, a játék, főként a szabad

levegőn, szorosan összekapcsolódik a gondolkodásukban. Fontosnak tartják az egészség érték jellegét, mint olyan kincs, amire vigyázni kell.



10.3.1. ábra: Az egészséget reprezentáló tárgyak preadoleszcens korú gyermekrajzban

A dohányzásról és más egészségkárosító szerekről való vélekedésük alapvetően negatív, a passzív dohányzást sokszor kell elszenvedniük. Preadoleszcens korban az egészségmagatartás modelljeként még nagyrészt a felnőttek, a szülők és a pedagógusok szerepelnek, a kortársak ebben az időszakban még másfajta szerepet töltenek be a gyermekek életében.

A szülők dohányzása két, merőben eltérő hatást is okozhat. *Pozitív megerősítésként*, többnyire *indirekt* módon, a serdülőkori dohányzáshoz hozzájárul a szülők dohányzáshoz való viszonyulása, még akkor is, ha azt elsősorban a kortárshatás alapozza meg. A dohányzó szülők gyermekei nagyobb valószínűséggel választanak olyan barátokat, akik maguk is dohányoznak. *Negatív megerősítésként* viszont megfigyelhető, hogy a nagyon erősen dohányzó szülők gyermekei annyira negatívan viszonyulnak a cigarettához, hogy még ki sem próbálják azt. Sajnos azonban, a passzív dohányzás ártalmait ők is érintik.

A serdülőkor beköszöntével a *kortárshatás* olyannyira meghatározóvá válik a viselkedéses tanulásban, hogy a korábbi, egyértelműen elutasító attitűd megváltozik. Sokkal elfogadóbbakká válnak a fiatalok az egészségkárosító szerek iránt. Ebben a *kockázátészlelés* sajátos folyamatai is szerepet játszanak.

A kockázátészlelés csapdái

A *kockázátészlelés* az a folyamat, ahogy az egészségkockázatokról tudomást, majd ismereteket szerzünk, viszonyulunk hozzájuk, és valahogyan reagálunk rájuk, beleértve nemcsak a tudatos, hanem az érzelmi reakciókat is.

A modern társadalomban a kockázatokhoz való *viszonyulást* három alapvető jelenség befolyásolja:

1., *A rizikómodell*: Az ún. civilizációs betegségek kialakulásában a korábbi, járványos betegségek kórokozói helyett kockázati tényezők, rizikófaktorok szerepelnek. Ezek nagyrészt életmódbeli tényezők, de biológiai-genetikai hajlamok is fontos alapot

jelentenek a megjelenésükhöz. Míg a kórokozókat pontosan meg tudtuk nevezni egy-egy betegség felelős oki tényezőiként, a rizikófaktorok esetében több tényező együttesen fejt ki a hatást. Ez az oksági viszony azonban nem jelent közvetlen ok-okozati kapcsolatot, hanem csupán *statisztikai* valószínűséget. A rizikóhatás ugyanis populációs szinten növeli egy betegség kockázatát, az egyes egyének esetében azonban nagyfokú változatosság érvényesül. Mindenki ismer olyan egyént, aki soha nem dohányzott, mégis megbetegedett, de olyat is, aki egész életében dohányzott, és mégsem kapott tüdőrákot. A sokféle hatás együttes érvényesülése statisztikai valószínűségként jelenik meg.

2., *Belső oki modell*: A modern társadalomban a kockázati tényezők száma jelentősen megemelkedett, és mivel nagyrészt ezek életmódunkkal állnak kapcsolatban, az egyéni felelősség is fokozottan megjelent. Míg korábban az emberek inkább külső okoknak tulajdonították a betegségek megjelenését, manapság a belső okok játszanak döntő szerepet.

3. *Irreális optimizmus* jelensége: Főként a dohányzással kapcsolatban írták le azt a jelenséget, amellyel az egyén saját káros kockázatészlelését próbálja feloldani. Ez a pszichikai mechanizmus arra utal, hogy az egyén tudatában van annak, hogy magatartása (például a dohányzás vagy alkoholfogyasztás) káros az egészségére. Ugyanakkor ezt a kényelmetlen helyzetet azzal próbálja feloldani, hogy elbagatellizálja a kockázat mértékét. Úgy gondolja például, hogy ez a probléma őt nem érinti olyan mértékben, mint másokat, vagy bízik abban, hogy kontrollálni tudja viselkedését, és abba tudja hagyni a dohányzást, ha igazán akarja.

Mindezekkel számolnunk kell az egészségfejlesztési programok során. Ugyanakkor figyelembe kell venni azt is, hogy a kockázatészlelést nemcsak az ismeretek szintje befolyásolja, hanem érzelmi, sőt olykor irracionális jelenségek is. Tudatosítani kell ezeket a csapdahelyzeteket már a kisiskolásokban is, mert csak így lesznek képesek felmérni az egészségkockázatok valódi hatásait.

Egészségtudatosság tréning

Az egészségkárosító magatartásformák megelőzését és az egészséges életmódra nevelést a serdülőkor előtt el kell kezdeni. A preadoleszcens korú gyerekek cselekedeteikben egészségtudatosak, az egészségkockázatokhoz elutasítóan állnak hozzá. Ez a fajta egészségtudatosság azonban *természetes*, nem tanult. Ahhoz, hogy tudati és érzelmi szinten is megerősítést kapjon, tudatosan kell továbbfejlesztetni. Egészségtudatosságuk azért nem szilárd, mert még nincsenek kitéve a kortárshatások erejének, azaz olyan érzelmi befolyásoknak, amelyek egészségtudatosságukat megingatják.

Ebben a korban az egyik legfontosabb egészségfejlesztési feladat a már meglévő *pozitív attitűdök* erősítése, valamint az egészségről és egészségkockázatokról szóló *ismeretek* és

készségek bővítése a meglévő *tudáskincsre* alapozottan. Az ő életkoruknak megfelelő, többnyire játékos formában megvalósított egészségfejlesztési feladatoknak nagy sikere van, és megalapozza a hosszú távú hatékonyságot.

Az egészségtudatosság növelésének másik fontos pillére a *szociális készségek* fejlesztése. Olyan szituációs gyakorlatok elvégzése, amelyek során a gyerekek gyakorolhatják a társas helyzetekben való *adaptív* viselkedésformákat. Az egészséges életmóddal kapcsolatos szerepjátékok és *csoportos* tanulási feladatok egyszerre elégítik ki az ismeretszerzés és a készségfejlesztés igényét, különösen a szabadban végzett tevékenységek esetén.

Irodalom

Bak J., Pikó B.: *Gyermekek dohányzással kapcsolatos vélekedéseinek orvosi antropológiai megközelítése*. *Lege Artis Medicinæ*, (2004) 14(6): 433-438.

Kalish, W.C.: *Young children's predictions of illness: Failure to recognize probabilistic causation*. *Developmental Psychology*, (1998) 34: 1046-1058.

Ogden, J.: *Psychosocial theory and the creation of the risky self*. *Social Science and Medicine*, (1995) 10: 257-265.

Pikó B., Bak J.: *A laikus egészségkép orvosi jelentősége: Gyermekek véleménye egészségről és betegségről*. *Orvosi Hetilap*, (2004) 145(39): 1997-2002.

Pikó B., Pluhár Zs.: *Tudatos-e a fiatalok egészségmagatartása? Egészségnevelés*, (2002) 43: 246-252.

Pikó B.: *A társas kapcsolati háló szerepe a dohányzás serdülőkori előfordulásában*. *Népegészségügy*, (2000) 81(2): 4-10.

Pikó B.: *A rizikópercepció vizsgálata nővérek körében, különös tekintettel a dohányzásra*. *Medicus Universalis*, (2000) 33(3): 213-218.

Pikó B.: *Egészségpszichológia*. Budapest, 2002. Új Mandátum Kiadó

Pikó B.: *Egészségtudatosság serdülőkorban*. Budapest, 2002. Akadémiai Kiadó

Weinstein, N.: *Accuracy of smokers' risk perceptions*. *Nicotine & Tobacco Research* (1999) 1S: 123-130.

Feladat

1. A gyerekekkel készítsenek rajzokat az egészségre és konkrét egészségkockázatokra vonatkozóan, mint például a dohányzás vagy az egészségtelen táplálkozás. Majd pedig olyan rajzokat készítsenek, amelyek az egészségfejlesztés, betegségmegelőzés lehetőségeit jelzik. Közösen beszéljék meg a tapasztalatokat.
2. Készítsen egy konkrét tervet az egészségtudatosság tréning bevezetésére, majd alkalmazza a diákok életkorának megfelelő program keretében!
3. Beszéljék meg közösen a diákokkal a kockázateszlelés csapdáit, és azt, hogy miként lehetne ezeket elkerülni!

FÜGGELÉK - AZ OTTAWAI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI CHARTA

NEMZETKÖZI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI KONFERENCIA

Lépés egy újfajta népegészségügy irányába
Ottawa (Kanada), 1986. november 17-21.

CHARTA

Az I. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia, amely 1986. november 21-én Ottawában ülésezett, közreadja a jelen Chartát, amely cselekvésre szólít fel „Az egészséget mindenkinek 2000-re és azon túl” elérése érdekében.

Ez a konferencia alapvetően azoknak az egyre fokozódó elvárásoknak eleget téve jött létre, amelyek világszerte egy újfajta népegészségügyi mozgalmat sürgetnek. A viták középpontjában az iparilag fejlett országok igényei álltak, mindamellett figyelembe vették az összes többi régió hasonló gondjait is. A konferencia kiindulási pontjául az Alma-Atában megtartott Alapellátási Konferencia Deklarációja, az Egészségügyi Világszervezet „Egészséget mindenkinek” céldokumentuma és a legutóbbi Egészségügyi Világközgyűlés szakmai vitája (interszektoriális cselekvés az egészség érdekében) révén elért előrehaladás szolgált.

EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

Az egészségfejlesztés (health promotion) az a folyamat, amely lehetőséget teremt, és képessé teszi az embereket arra, hogy egyre fokozódóbb kontrollt szerezzenek saját egészségi állapotuk felett, és ez által képessé váljanak annak javítására, alakítására. A teljes fizikai, szellemi és szociális jólét állapotának elérése érdekében az egyénnek vagy csoportnak képesnek kell lennie arra, hogy meg tudja fogalmazni, és meg tudja valósítani vágyait, hogy kielégítse megfogalmazódott szükségleteit, valamint környezetével változzék vagy alkalmazkodják ahhoz. Az egészséget tehát, mint a mindennapi élet erőforrását, nem pedig mint életcélként kell értelmezni. Az egészség pozitív fogalom, amely a társadalmi és egyéni erőforrásokat, valamint a testi képességeket hangsúlyozza. Az egészségfejlesztés következképpen nem csupán az egészségügyi ágazat kötelezettsége, hanem az egészséges életmódon túl a jól-létig terjed.

Az egészség előfeltételei

Az egészség alapfeltételei és forrásai: béke, lakás, oktatás, élelem, jövedelem, stabil ökológiai rendszer, fenntartható erőforrások, társadalmi igazságosság és egyenlőség. Az egészségi állapot javítása megkívánja ezen alapvető előfeltételek alkotta biztos alapot.

Tudatosítani

A jó egészség alapvető forrása a társadalmi, gazdasági és egyéni fejlődésnek, és fontos dimenziója az élet minőségének. A politikai, gazdasági, társadalmi, kulturális, környezeti, viselkedési és biológiai tényezők mind az egészség javára vagy kárára lehetnek. Az egészségfejlesztési tevékenységek célja ezeknek a feltételeknek a kedvezővé tétele az egészség támogatása, képviselése révén.

Módot adni

Az egészségfejlesztés központi célja az egyenlőség elérése az egészségben. Az egészségfejlesztési tevékenységek a jelenlegi egészségi állapotban mutatkozó különbségek csökkentését, egyenlő lehetőségek és erőforrások biztosítását célozzák, amelyek módot adnak az embereknek arra, hogy legteljesebb egészségi potenciáljukat valósíthassák meg. Ebbe beletartoznak az egészség szempontjából kedvező környezet nyújtotta biztos alapok, az információkhoz való hozzáférhetőség, továbbá az egészséges választást lehetővé tevő képességek és lehetőségek kialakítása. Az emberek nem tudják elérni legteljesebb egészségi potenciáljukat, ha csak nem tudják ellenőrzésük alá vonni azokat a dolgokat, amelyek az egészségüket meghatározzák. Ennek egyformán kell vonatkoznia mind nőkre, mind férfiakra.

Közvetíteni

Az egészségügyi ágazat önmagában nem tudja biztosítani ezeket az előfeltételeket és kilátásokat az egészség számára. Ennél is fontosabb azonban az, hogy az egészségfejlesztés összehangolt tevékenységet követel meg valamennyi érdekelttől: kormányoktól, egészségügyi és más szociális és gazdasági ágazatoktól, nem kormányzati és önkéntes szervezetektől, helyi hatóságoktól, az ipartól és a tömeg-tájékoztatástól. Az emberek az élet minden területéről részt vesznek ebben, mint egyének, családok és közösségek. A szakmai és társadalmi csoportosulásoknak, továbbá az egészségügyi dolgozóknak különleges felelőssége, hogy közvetítsenek a társadalom eltérő érdekei között az egészség előmozdítása érdekében.

Az egészségfejlesztési stratégiákat és programokat az egyes országok és régiók helyi igényeihez és lehetőségeihez kell igazítani, azoknak figyelembe kell venniük az eltérő társadalmi, kulturális és gazdasági rendszereket.

AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS AKCIÓTERÜLETEI

Az egészséget támogató társadalompolitika kialakítása

Az egészségfejlesztés túlmegy az egészségügyi ellátás keretein: az egészséget a politikát alakítók napirendjére tűzi valamennyi ágazatban és valamennyi szinten, tudatosítva bennük, hogy döntéseiknek milyen következményei lehetnek az egészségre nézve, és elfogadtatva velük felelősségüket az egészségért.

Az egészségfejlesztési politika eltérő, de egymást kiegészítő megközelítéseket tartalmaz, mint például jogalkotás, költségvetési intézkedések, adóztatás és szervezeti változások. Összehangolt cselekvésről van szó, amely egészséghez vezet, továbbá olyan jövedelem- és szociálpolitikáról, amely előmozdítja a nagyobb egyenlőséget. A közös cselekvés hozzájárul a

biztonságosabb és egészségesebb javak és szolgáltatások, az egészségesebb közszolgáltatások, valamint a tisztább és élvezhetőbb környezet biztosításához.

Az egészségfejlesztési politika megkívánja azoknak a nehézségeknek az azonosítását, valamint ezen nehézségek kiküszöbölési módjainak meghatározását, melyek az egészséget támogató társadalompolitika elfogadását gátolják a nem egészségügyi ágazatokban. A cél az legyen, hogy *az egészséges választás váljék a könnyebb választássá* a döntéshozók számára is.

Egészséget támogató környezet megteremtése

Társadalmaink összetettek és kölcsönös összefüggésben vannak. Az egészség nem leválasztható a többi céltől. Az emberek és a környezet közötti bonyolult, szétválaszthatatlan kapcsolatok képezik az egészség társadalom-ökológiai megközelítésének az alapját. A világ, a nemzetek, a régiók és a közösségek általános vezérelve egyaránt az, hogy támogatni kell a kölcsönös gondoskodást, örködni kell egymás, közösségeink és természeti környezetünk felett. Természeti kincseink megőrzését, mint globális kötelezettséget kell hangsúlyozni az egész világon.

Az élet, a munka és a pihenés jellegének a változása jelentős hatással van az egészségre. A munkának és a pihenésnek az egészség forrásává kell válnia az emberek számára. Annak a módnak, ahogyan a társadalom a munkát szervezi, hozzá kell járulnia az egészséges társadalom létrehozásához. Az egészségfejlesztés olyan élet- és munkakörülményeket eredményez, amelyek biztonságosak, ösztönzők, megelégedést okoznak, és kellemesek.

Alapvető fontosságú annak a szisztematikus felbecsülése, hogy a gyorsan változó környezet – főként a technológia, a munka, az energia-termelés és az urbanizáció terén – milyen hatással van az egészségre, s ezt olyan beavatkozásnak kell követnie, amely biztosítja, hogy ezek a hatások egyértelműen az emberek egészségének javára váljanak. A természetes és a mesterséges környezet védelmét, valamint a természeti kincsek megőrzését egyetlen egészségfejlesztési stratégia sem hagyhatja figyelmen kívül.

A közösségi akciók erősítése

Az egészségfejlesztés a jobb egészségi állapot elérése érdekében konkrét és hatékony közösségi tevékenységgel prioritásokat állít fel, döntéseket hoz, stratégiákat tervez és végrehajtja azokat. E folyamat magvát a közösségek „hatalommal” való felruházása, „felvértezése képezi” (empowerment), az, hogy tulajdonosai és irányítói legyenek saját törekvéseiknek és sorsuknak.

A közösség fejlesztése meglévő emberi és anyagi erőforrásokra épít, ösztönzi az önségítést a társas támogatást, és olyan flexibilis rendszereket dolgoz ki, amelyek alkalmasak arra, hogy erősítsék a közösség részvételét és ellenőrzését az egészséggel kapcsolatos kérdésekben. Ehhez arra van szükség, hogy folyamatosan és teljes körűen hozzáférhetőek legyenek az egészséggel kapcsolatos információk és tanulási lehetőségek, valamint a pénzügyi támogatás.

Az egyéni képességek fejlesztését

Az egészségfejlesztés támogatja az egyéni és társadalmi fejlődést az információval való ellátás, az egészség érdekében végzett nevelés és az életvezetéshez szükséges készségek és

képességek fokozása révén. Ezáltal növeli az emberek előtt megnyíló lehetőségeket a saját egészségük és környezetük feletti fokozottabb ellenőrzés gyakorlása és az egészség szempontjából kedvező alternatívák választása terén.

Nagyon fontos lehetővé tenni az emberek számára az élethossz végéig való tanulást, hogy felkészüljenek az élet valamennyi szakaszára, és hogy megállják helyüket krónikus betegség vagy sérülés esetén is. Ezt mind iskolai, mind otthoni, mind munkahelyi, mind közösségi környezetben elő kell mozdítani az oktatási, szakmai, önkéntes és üzleti alapokon működő szervezeteken keresztül, és magukban az intézményekben is.

Az egészségügyi szolgáltatások megelőző szemléletű átalakításának biztosítása

Az egészségügyi ellátásban az egészségfejlesztés felelőssége az egyének, a közösségi csoportok, az egészségügyi dolgozók, az egészségügyi intézmények és a kormányok között oszlik meg. Nekik valamennyiüknek olyan egészségügyi ellátási rendszer megteremtéséért kell munkálkodniuk, amely hozzájárul a jobb egészség elérésére való törekvésekhez.

Az egészségügyi ágazat szerepének egyre inkább az egészségfejlesztés irányába kell eltolódnia azon a kötelezettségen túl, hogy intézeti és gyógyító ellátást nyújt. Az egészségügyi ellátó rendszernek kibővített mandátumot kell magáévá tennie, amely érzékeny, és tiszteletben tartja a kulturális igényeket. Támogatnia kell az egyének és közösségek szükségleteit az egészségesebb élet érdekében, és kapcsolatot kell teremtenie az egészségügyi ágazat és a szélesebb körű társadalmi, politikai, gazdasági és fizikai környezet összetevői között.

Az egészségügyi ellátás átalakítása ugyancsak megkívánja, hogy nagyobb figyelmet kapjon az egészségügyi kutatás, és megváltozzék a szakmai képzés és továbbképzés. Mindezeknek változást kell eredményezniük az egészségügyi szolgálatok hozzáállásában és szervezetében, ami ismét a maga teljességében vett egyén szükségleteinek az összességére helyezi a hangsúlyt.

ÁTLÉPÉS A JÖVŐBE

Az egészséget az ember teremti és éli meg mindennapi élete díszletei között, ott, ahol tanul, dolgozik, játszik és szeret. Az egészség azáltal keletkezik, hogy az ember törődik saját magával és másokkal, hogy képes döntéseket hozni és életkörülményeit kézben tartani, továbbá az által, hogy a társadalom, amelyben él, olyan feltételeket teremt, amelyek lehetővé teszik az egészség elérését valamennyi tagja számára.

A gondoskodás, a test és a lélek harmóniája, és az ökológia olyan alapvető kérdések, amelyeket az egészségfejlesztési stratégiák kialakításánál figyelembe kell venni. Ezért azoknak, akik e stratégiákat kidolgozzák, vezérelvként kell tekinteni azt, hogy a nők és a férfiak egyenragú partnerek legyenek az egészségfejlesztési tevékenységek tervezésének, végrehajtásának és értékelésének valamennyi fázisában.

Elkötelezettség az egészségfejlesztés mellett

A konferencia résztvevői kötelezik magukat arra, hogy:

kilépnek az egészséget támogató társadalompolitika porondjára, és propagálják az egészség és az egyenlőség iránti egyértelmű politikai elkötelezettséget valamennyi ágazatban;
fellépnek a káros termékek, az erőforrásokkal való visszaélés, az egészségtelen életkörülmények és környezet, a nem megfelelő táplálkozás ellen, és a figyelmet ráirányítják olyan népegészségügyi kérdésekre, mint a szennyeződés, foglalkozási ártalmak, lakás- és település egészségügy;
felszámolják az egészségi állapot szintjei közti szakadékot a társadalmakon belül és a társadalmak között, és foglalkoznak az egészségben tapasztalható méltánytalanságokkal, amelyeket ezeknek a társadalmaknak a szabályai és gyakorlati eljárásai hoznak létre;
elfogadják az embereket, mint az egészség fő forrását és tartalékát, támogatják őket, és lehetővé teszik számukra pénzügyi és egyéb eszközök segítségével, hogy megőrizzék maguk, családjuk és barátaik jó egészségét; valamint elfogadják a közösséget, mint a saját egészségével, életkörülményeivel és jól-létével kapcsolatos kérdések fő szószólóját;
az egészségügyi ellátást és erőforrásait az egészségfejlesztés irányába mozdítják; megosztják hatalmukat a többi ágazattal, más diszciplínákkal, és ami a legfontosabb, magával a lakossággal;
elismerik, hogy az egészség és annak fenntartása nagyon fontos társadalmi befektetés és kihívás;
foglalkoznak a jelenlegi életmódunkból eredő átfogó ökológiai kérdésekkel.

A Konferencia résztvevői felhívják valamennyi érdekeltet, hogy csatlakozzanak hozzájuk erős népegészségügyi szövetség iránti elkötelezettségükben.

Felhívás nemzetközi fellépésre

A Konferencia felszólítja az Egészségügyi Világszervezetet és más nemzetközi szervezeteket, hogy pártfogolják, propagálják az egészségfejlesztést minden megfelelő fórumon, és támogassák az országokat egészségfejlesztési stratégiák és programok kialakításában.

A Konferencia szilárd meggyőződése, hogy ha az emberek az élet minden területén, a nem-kormányzati és önkéntes szervezetek, a kormányok, az Egészségügyi Világszervezet és valamennyi érdekelt testület összefog az egészségfejlesztési stratégiák bevezetése érdekében a jelen CHARTA alapját képező erkölcsi és társadalmi értékekkel összhangban, akkor valósággá válik az „Egészséget mindenkinek 2000-re”.

Eredeti angol nyelvű forrás:

<http://www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.html>