



# Egészségtan, iskolaegészségtan

*Oktatási segédanyag*

Készítette:

Dr. Uvacsek Martina

Szakmai lektor:

Dr. Szalay Piroska

**SZÉCHENYI** 2020



MAGYARORSZÁG  
KORMÁNYA

**Európai Unió**  
Európai Szociális  
Alap



**BEFEKTETÉS A JÖVŐBE**



## TARTALOMJEGYZÉK

### ELŐSZÓ

#### I. Környezet-egészségtan I.

- I./1. A levegő egészségtana
- I./2. A levegőszennyezés globális következményei
- I./3. Épületek, lakások hatása az egészségre
- I./4. Összefoglalás:
  - I./4.1. Ellenőrző kérdések:
  - I./4.2. Ajánlott irodalom:

#### II. Környezet-egészségtan II.

- II./1. Az atmoszféra
- II./2. Légnyomásváltozások, frontthatások
- II./3. Éghajlatváltozás, üvegházhatás
- II./4. Az éghajlatváltozás hatásai az egészségre
- II./5. Összefoglalás:
  - II./5.1. Ellenőrző kérdések:
- II./6. Ajánlott irodalom:

#### III. Fertőző betegségek I.

- III./1. Mikroorganizmusok
- III./2. A fertőzésről általában
- III./3. A járványfolyamat
- III./4. Összefoglalás
  - III./4.1. Ellenőrző kérdések:
  - III./4.2. Ajánlott irodalom:

#### IV. Fertőző betegségek II.

- IV./1. Védőoltások
- IV./2. Botulismus
- IV./3. HIV/AIDS
- IV./4. Kullancs által okozott fertőzések
- IV./5. Összefoglalás
  - IV./5.1. Ellenőrző kérdések:
  - IV./5.2. Ajánlott irodalom:

#### V. Sportegészségtani ismeretek

- V./1. Utazás
- V./2. Kinetózis
- V./3. Repülőút során fellépő problémák



- V./4. Hegyi betegség
- V./5. Összefoglalás:
  - V./5.1. Ellenőrző kérdések:
  - V./5.2. Ajánlott irodalom:
- VI. A táplálkozás, fogápolás és aktív és passzív időtöltés
  - VI./1. Táplálkozási szokások és fogápolás
  - VI./2. Tápláltsági állapot
  - VI./3. Aktív és passzív időtöltés
  - VI./4. Összefoglalás
    - VI./4.1. Ellenőrző kérdések:
    - VI./4.2. Ajánlott irodalom:
- VII. Dohányzás, alkohol és drogfogyasztás
  - VII./1. Dohányzás
  - VII./2. Alkohol
  - VII./3. Drogfogyasztás
  - VII./4. Összefoglalás:
    - VII./4.1. Ellenőrző kérdések:
    - VII./4.2. Ajánlott irodalom:
- VIII. Sérülések és balesetek
  - VIII./1. Sérülések és balesetek
  - VIII./2. Összefoglalás
    - VIII./2.1. Ellenőrző kérdések:
    - VIII./2.2. Ajánlott irodalom:
- IX. Kortársbántalmazás és verekedés
  - IX./1. Kortársbántalmazás
  - IX./2. A verekedés
  - IX./3. Összefoglalás
    - IX./3.1. Ellenőrző kérdések:
    - IX./3.2. Ajánlott irodalom:
- X. Szexuális magatartás, romantikus tapasztalatok
  - X./1. Szexuális magatartás
  - X./2. Romantikus tapasztalatok
  - X./3. Összefoglalás
    - X./3.1. Ellenőrző kérdések:
    - X./4. Ajánlott irodalom:
- XI. Szubjektív jóllét, és mentális egészség
  - XI./1. Szubjektív jóllét, mentális egészség



XI./2. Alvási szokások

XI./3. Összefoglalás:

XI./3.1. Ellenőrző kérdések:

XI./3.2. Ajánlott irodalom:

XII. Családi kapcsolatok és a családok társadalmi-gazdasági helyzete

XII./1. Társadalmi körte

XII./2. SES

XII./3. Családszerkezet, családi kapcsolatok

XII./4. Összefoglalás:

XII./4.1. Ellenőrző kérdések:

XII./4.2. Ajánlott irodalom:



## ELŐSZÓ

Az egészségtan-iskolaegészségtan tárgy az osztatlan tanárképzésben egy 1 féléves tárgy, amely részben az élettan tárgyak ismereteire alapoz. A tantárgy célja a környezetegészségtani és epidemiológiai alapok megismertetése valamint az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartásának és rizikómagatartásának bemutatása. További cél a hallgatók általános érzékenyítése a gyermekek és fiatalok problémáival kapcsolatban és az iskolai primer prevenció területeinek megismertetése.

Az egészségtan-iskolaegészségtan tárgy elméleti órái során a hallgatók a gyermekek és fiatalok egészség- és rizikómagatartását valamint az ezekkel kapcsolatos prevenció eszközöket lehetőségeket ismerik meg valamint olyan környezetegészségtani és járványügyi alapismereteket szerezhhetnek, amelyeket a mindennapi életben és sportoláskor is célszerű figyelembe venni.

Az egészségtan-iskolaegészségtan kurzusának felvétele előfeltételhez nem kötött, a 7. félévben történik.

### **A félév sikeres teljesítésének feltétele:**

**A félév aláírásának feltétele:** A rendszeres a tanulmányi szabályzatban elvárt mértékű óralátogatás.

**A félévi osztályzat megszerzésének feltétele:** A sikeres írásbeli vizsga teljesítése.

A fejezetek a tanórán elsajátítható tudásanyag szűkített, leegyszerűsített, néha vázlatos anyagát tartalmazzák, ezért nem helyettesítik a tanórák látogatását, valamint a kötelező és ajánlott szakirodalmak tanulmányozását.

Minden témakör végén összefoglalás és a hallgatók sikeres felkészülését segítő ellenőrző kérdések találhatóak.

Jó felkészülést kívánok!



# I. Környezet-egészségtan I.

## Célok és kompetenciák

Ebben a fejezetben a környezet-egészségtan alapfogalmait ismertetjük valamint a levegő összetételét és annak szennyező anyagait, de a kültéri és beltéri levegőszennyezés következményeit is tanulmányozzuk.

Az ismeretek elsajátításhoz szükséges idő: 2 óra.

**Kulcsszavak:** bioszféra, környezeti elemek, levegő, SBS, BRI

### *Bevezetés:*

A környezet-egészségtan klasszikus értelmezésben a környezeti tényezők által kiváltott emberi megbetegedésekkel foglalkozik, továbbá a WHO definíciója szerint a szélesebb értelemben vett fizikai, szociális, kulturális környezetnek a jóllétre illetve egészségre kifejtett hatását foglalja magában.

A környezetet hagyományosan biotikus (élő) és abiotikus (élettelen) tényezők alkotják. A bioszféra a Föld három nagy szférájának (geo-, hidro-, és atmoszféra) érintkező részein a napsugárzás közreműködésével létrejött-életszféra, amelyben az eltérő életműködésű élőlények egymással és környezetükkel meghatározott kölcsönhatásban élnek.

A környezet különböző mértékben, de szinte minden betegség kialakulásában szerepet játszik. A környezet 12-15%-ban felelős a mortalitásért, ezen belül a környezetszennyezés részesedése 4-6%. A környezeti elemek (élelmiszer, víz, levegő, talaj, hulladék, zaj és rezgés) legnagyobb mértékben a fertőző betegségek, kardiovaszkuláris megbetegedések, daganatos, majd a gasztrointesztinális, idegrendszeri és légzőrendszeri betegségek kialakításában játszhatnak szerepet.

## *I./1. A levegő egészségtana*

A levegő összetétele: 78% nitrogén, 21% oxigén, 0,97% nemesgáz, 0,03% szén-dioxid, és változó mennyiségű vízgőz. A levegő szennyeződhet és baktériumok, spórák, pollenek, szilárd részecskék, porok, égéstermékek, korom, pernye, füst és változatos összetételű gőzök és gázok kerülhetnek bele.

Több tényezőtől függ, hogy valamely légszennyező anyag okoz-e légző rendszeri vagy egyéb károsodást. Károsodást okozhat a részecskeméret, a koncentráció, a víz oldódhatósága, kémiai reaktivitás, az expozíció időtartama, valamint a szervezet tisztító mechanizmusai.

A levegőt szennyező anyagok lehetnek szerves gázok, szerves gázok és gőzök, szilárd részecskék. A szerves gázok között a legfontosabbak a szén-monoxid, a szén-dioxid, a kén-dioxid és kén-trioxid, a nitrogén-oxidok, és a fluor. A szerves gázok, és gőzök közül kiemelten fontos a metán, az egyéb illékony szerves vegyületek, a félig illékony szerves vegyületek, a policiklikus aromás szénhidrogének, a CFC gázok. A szilárd részecske



szennyezéseket a por, korom, pernye és füst, a nehézfémek és ólom valamint a pollenrészecskék okozzák.

## ***1./2. A levegőszennyezés globális következményei***

A levegőszennyezéssel kapcsolatba hozható jelenségek az üvegházhatás, az ózonréteg elvékonyodása, a savas esők, és a szmog. Az egyes szennyező anyagok pl. a szén-dioxid és metán, ezek abszorbeálják a hősugarakat és megakadályozzák azok kilépését a világűrbe, így a Föld légkörének hőmérséklete folyamatosan emelkedik. Az ózon réteg a napból érkező UV-B sugarak 90%-át kiszűri, a légköri ózon csökkenése a Földre érkező UV-B sugárzás emelkedését okozza. Savas csapadékról beszélünk, ha annak pH-ja 5,6 alatt van. Európában a savas esőket elsősorban a kén-dioxid légkörbe jutása majd kénes-sav, kén-sav átalakulás okozta, károsítva ezzel a felszíni vizeket és talajokat, valamint az épületeket és szobrokat. A szmog két típusa ismert a redukáló londoni szmog és az oxidáló Los-Angelesi szmog.

## ***1./3. Épületek, lakások hatása az egészségre***

Az építőanyagok vályog, égetett téglá, beton és fa előnyei és hátrányai valamint egészségre gyakorolt hatásai jól ismertek. A beton bizonyítottan egészségkárosító hatású, de a fa és vályog alapanyagok is nedvesség iránti érzékenységük által a penészgombák táptalaji lehetnek.

Irodalmi adatok szerint az átlagemberek idejük mindössze 9%-át töltik a szabadlevegőn, ezért is fontos a belső terek, a mikroklíma egészségre gyakorolt hatása. A lakásokban mérhető hőmérséklet, légmozgás, páratartalom valamint a megvilágítás erősen befolyásolja a mikroklíma kialakulását.

Belső téri lakókörnyezetünk egészségkárosító hatásait négy csoportra oszthatjuk: fizikai, kémiai, biológiai, egyéb. Jelenleg megkülönböztetjük a beteg épület tünet együttest (SBS) és az épülettel összefüggő megbetegedést (BRI).

## ***1./4. Összefoglalás:***

A környezet tudásunk szerint 12-15%-ban tehető felelőssé a mortalitásért, ebben kiemelkedő szerep jut a levegőszennyezésnek. A levegőben található szerves és szervetlen anyagok és szilárd részecskék egészségkárosító hatásának ismerete életbevágóan fontos lehet, továbbá a globális következmények több generációt érintő hatásait foglaltuk össze.

### **1./4.1. Ellenőrző kérdések:**

1. A környezet milyen arányban lehet felelős a mortalitásért?
  - a) 10%
  - b) 12%
  - c) 18%
2. Hogyan csoportosítjuk a levegőt szennyező anyagokat?



3. Mitől függ az egyes anyagok károsító hatása?
4. Mi alakítja ki a belső terek mikroklímáját?
5. Mit jelentenek SBS és a BRI?

#### **I./4.2. Ajánlott irodalom:**

<https://www.met.hu/>

Ember István, Kiss István, Cseh Károly (Szerk.)(2013): A levegő egészségtana. In: Népegészségügyi orvostan p.327-337.





## II. Környezet-egészségtan II.

### Célok és kompetenciák

Ebben a fejezetben a légkört tanulmányozzuk és a légkörben zajló folyamatokat ismerjük meg, mint a légnyomásváltozást, fronthatásokat és az üvegházhatást. A légköri jelenségek egészségre gyakorolt hatásának ismerete a sportban járatos szakemberek számára is kiemelt jelentőségű.

Az ismeretek elsajátításhoz szükséges idő: 2 óra.

**Kulcsszavak:** atmoszféra, troposzféra, fronthatás, üvegházhatás, éghajlatváltozás

### *Bevezetés*

Az éghajlat emberi szervezetre gyakorolt hatását évszázadok óta tanulmányozzák. Hippokratesz és Galenus is felismerte, hogy az időjárás és egyes betegségek tüneteinek megjelenése között összefüggés tapasztalható.

### *II./1. Az atmoszféra*

A légkört összetétele, stabilitása és hőmérséklete alapján eltérő rétegekre különítik el. A légkör alsó rétege a homoszféra, mely 85 km vastag és melynek összetétele viszonylag állandó. A homoszféra legalsó rétege a troposzféra (0-12 km), ezt követi a sztratoszféra (12-50 km), majd a mezoszféra (50-85 km). A homoszféra felett a heteroszféra található.

### *II./2. Légnyomásváltozások, fronthatások*

Két különböző tulajdonságú légtömeg érintkezési felületét frontnak nevezzük. A két légtömeg fizikai jellemzői pl.: légnyomás, hőmérséklet, páratartalom jelentősen különböznek. Fronthatás esetén a lakosok hirtelen a megszokottól eltérő sajátosságú légkörbe kerülnek és ez az arra érzékenyeknél az egészségi állapotot, közérzetet rontja, tehát egészségi panaszokat okoz. A frontok elsősorban a vegetatív idegrendszerre hatnak, de fokozhatja a műtéti hegek fájdalmát, zsibbadást és neuralgikus fájdalmakat is előidézhetnek. A hidegfront (betörési front, ciklon) gyorsan halad, hatásai poszt frontálisak. Hidegfrontkor a paraszimpatikus hatások erősödnek fel, megnövekszik a szív és érrendszeri panaszok száma, az asztmás roszullétek, epe- és vesekőrohamok, valamint a szülések száma is emelkedik. A meleg front (anticiklon) lassabb, hatása elhúzódóbb, hatásai prefrontálisak. Meleg frontkor a szimpatikus idegrendszeri hatások erősödnek fel, emelkedik a vérnyomás, nő a stroke előfordulása, fokozódik a trombózisok száma, ugyanakkor a depresszió, fáradékonyság, letargia és bizonyos migrének gyakorisága is megnő. A frontátvonulások száma kb. 400-500 db/év nem egyenletesek. Frontsorozatról beszélünk, amikor 4-5 egymást követő napon is keletkeznek különböző frontok.



### ***II./3. Éghajlatváltozás, üvegházhatás***

A világ tudósainak döntő többsége szerint elkezdődött a globális felmelegedés időszaka. Nemzetközi adatok szerint 1950 és 2003 között a Föld felszínének átlaghőmérséklete  $0,6\text{ }^{\circ}\text{C}$  – emelkedett. A felmelegedés tényét nem csupán a felszíni léghőmérséklet mérései, de a hótakaró, tengeri jég kiterjedésének és vastagságának csökkenése, a gleccserek visszahúzódása stb. is alátámasztja.

Az üvegházhatás nélkül a Föld átlaghőmérséklete  $33$  fokkal alacsonyabb lenne. Az üvegházhatású gázok a víz kivételével antropogén eredetűek, növekvő koncentrációjuk növeli az üvegházhatást, így a Föld globális hőmérséklete is növekszik. Ez a folyamat az ipari forradalom (1750-1800) óta tart, az üvegházhatású gázok koncentrációja a Föld területén egyenletes, és érdekes tény, hogy a koncentrációk változása csak évtizedes vagy évszázados késéssel követik a kibocsátás időbeli dinamikáját. Ez a tény azt eredményezi, hogy a jelenlegi kibocsátás még évtizedekig, sőt évszázadokig fokozza az üvegházhatást.

### ***II./4. Az éghajlatváltozás hatásai az egészségre***

A globális felmelegedést, és a morbiditási és mortalitási adatok alakulását rendszeresen tanulmányozzák, ezek alapján kijelenthetjük, hogy a rendkívül meleg napok száma növekszik és a hőhullámok egyértelműen növelik a hőségut, hőkimerülés, szív és érrendszeri, légzőszervi megbetegedések számát. Elsősorban a krónikus idős betegek halálozása növekszik meg jelentős mértékben. Egyéb összefüggések: a megnövekvő UV-B sugárzás a bőrdaganatok számát jelentősen növelte, az allergén növények időbeli és térbeli elterjedése növekedett. A vektorok által terjesztett fertőző betegségek előfordulása várhatóan emelkedni fog, és az élelmiszerekkel terjedő kórokozók szintén nagyobb veszélyt jelentenek.

### ***II./5. Összefoglalás:***

A homoszféra legalsó rétege a troposzféra, amelyben rendszeresen a frontok és érezhető a globális felmelegedés. A frontok a vegetatív idegrendszeri hatások által számos rosszulletet vagy kellemetlen tünetet válthatnak ki. Az üvegházhatás fokozódása évszázadok óta tart, és a jelenlegi ismereteink szerint jelentősen fogja befolyásolni a mortalitást és a morbiditást.

#### **II./5.1. Ellenőrző kérdések:**

1. Milyen rétegekre bontható a homoszféra?
2. Miben különbözik a meleg illetve hidegfront egészségre kifejtett hatása?
3. Milyen tényekkel igazolták a globális felmelegedést?
4. Melyek üvegházhatású gázok?
  - a) szén-dioxid
  - b) metán
  - c) víz
  - d) nitrogén-oxidok



5. Milyen egészségi állapotromlást eredményez a globális felmelegedés?

## **II./5.2. Ajánlott irodalom:**

Ember István, Kiss István, Cseh Károly (Szerk.)(2013): Bioklimatológia. In: Népegészségügyi orvostan p.304-309.

[www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/uveghazhatas.pdf](http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/uveghazhatas.pdf)



## III. Fertőző betegségek I.

### Célok és kompetenciák

Ebben a fejezetben az immunológiai alapfogalmakat, a fertőzés terjedési módjait és a járvány folyamatát valamint a fertőző betegségekkel szembeni védekezés lehetséges módjait részletezzük.

Az ismeretek elsajátításhoz szükséges idő: 2 óra.

**Kulcsszavak:** mikroorganizmusok, epidémia, pandémia, vektorok, immunitás

### *Bevezetés*

Napjainkban számos korábban felszámoltak hitt fertőző betegség újból megjelent, számos kórokozó törzs gyógyszer-rezisztenssé, illetve antibiotikum-rezisztenssé vált. A világon évente kb. 16 millió ember hal meg fertőző betegségek következtében, leginkább az elmaradottabb, fejlődő országokban ahol még ma is az emberről, emberre terjedő fertőzések okozzák a legtöbb halálesetet.

Az immunológia a mikroorganizmusok felfedezésével kezdődött, a mikroorganizmusok alaposabb megismerésére a mikroszkóp felfedezésére volt szükség (Leeuwenhoek XVII.sz.).

A Mikrobiológia tudománya és eredményei, a vegyipar és a gyógyszeripar gyors fejlődését eredményezték (Pasteur XIX.sz., Koch XIX.sz, Semmelweis Ignác XIX.sz.).

### *III./1. Mikroorganizmusok*

A mikroorganizmusokat az alábbi csoportokra bonthatjuk:

- Protozoonok (egysejtű élőlények)
- Gombák
- Baktériumok (gömb, pálcika vagy csavart alakú több mint 1500 fajta)
- Vírusok (1 féle nukleinsavat tartalmaznak)

A baktériumok szaporodása osztódással történik, a vírusok gazdaszervezetet igényelnek! A kórokozók szaporodásának üteme környezeti feltételek függvénye pl.: hőmérséklet, vegyhatás, ionkoncentráció. Megkülönböztetjük a bakteriosztatikus hatást: a szaporodás megállítása és a baktericidhatást, baktériumölő hatást. Módszerei pl: sterilizálás, csíramentesítés. A mikroorganizmusokat kórokozó képességük szerint is csoportosíthatjuk pl.:

- Pathogén mikroorganizmus: kórokozó, betegséget előidéző.
- Apathogén mikroorganizmus: a szervezetben élő betegséget nem okozó mikroorganizmus. Együttélés típusai: szimbiózis:++, kommenzalizmus:+0, parazitizmus: +-.

Kórokozó képesség, pathogenitás mértéke = virulencia



### ***III./2. A fertőzésről általában***

A fertőző kórokozók A fertőzés kapuin tudnak a szervezetünkbe lépni pl.: testnyílások, bőr hámréteg sérülése, nyálkahártyák

A szervezet védekező mechanizmusai: a bőr hámrétege fizikai tényezők/gátak/csillók, a nyál, a gyomorsav, a vérplazma testnedv áramlás/pangás, a nyirokcsomók.

A szervezet ellenálló képességét befolyásoló tényezők: az életkor, az általános állapot, tápláltság, vitamin ellátottság, testedzés, külső környezet.

Mesterséges védelem része a prevenció: (kézmosás, a fertőzött anyagok megfelelő kezelése, izolálás, immunizálás, gyógyszeres prevenció) és a kezelés: tüneti kezelés: (láz fájdalom és köhögés csillapítás), oki kezelés: (a megfelelő antiinfektív szer megválasztása, antibiotikum csak ha szükséges, adagolás módja, időtartama).

**A fertőzés definíciója: fertőzésről akkor beszélünk, ha a kórokozó behatol a szervezetbe, ott megtelepszik, elszaporodik és kölcsönhatás alakul ki a kórokozó és az emberi szervezet között.** Az immunitás alapvető tényezői hogy az antigének antitestekkel találkozzanak és létrejőjön az immunválasz. Humorális vagy sejtes immunválaszt adhat a szervezetünk a B illetve T lymphocytak segítségével.

Megkülönböztetünk veleszületett és szerzett immunitást, a veleszületett lehet, faji vagy anyai a szerzett immunitás pedig lehet természetesen vagy mesterségesen szerzett. A természetesen szerzett immunitás egy betegségen való látens vagy klinikai tünetekkel járó átésést jelent, míg a mesterségesen szerzett immunitásnak aktív és passzív módjai ismertek.

A fertőző betegségek előfordulási típusai: sporadikus (elszórt), endémiás (egy meghatározott területen), epidémia (sok megbetegedést okoz, nagyobb területen), pandémia (egyszerre több kontinensen van jelen).

A fertőző betegség mérőszámai: morbiditás, mortalitás, letalitás.

### ***III./3. A járványfolyamat***

A járványfolyamat elsődleges mozgatóerői: a fertőző forrás, a terjedés lehetősége (megfelelő közeg), fogékony szervezet.

#### **A fertőző forrás**

- Helye lehet: egy család, óvodai közösség, iskola..stb.
- Klinikai tünetekkel rendelkező, manifest beteg
- Klinikai tünetektől mentes, kórokozó hordozó

#### **A fertőzések terjedési módjai:**

- közvetett és közvetlen úton terjedő
- Vektorok: fertőzést közvetítő állatok. Pl: kullancs, légy, szúnyog...



A fertőző betegségek elleni küzdelem módjai: az országba történő behurcolás megakadályozása, a már megtalálható betegségeknél a fertőző forrás kiiktatása, a fertőzés terjedésének megszakítása, a lakosság fogékonyságának csökkentése.

### **III./4. Összefoglalás**

A fertőző betegségek teljes felszámolása hiú reménynek bizonyult, mivel a XXI. századi globalizáció, felgyorsult migráció és környezetszennyezés új kihívásokat jelent és ezáltal új fertőző betegségek jelentek meg. A felszámoltnak hitt betegségek és az újak is egyszerre vannak jelen. A fertőzések módjai, kiterjedésüket és előfordulásukat tekintve sokfélék lehetnek, az ezzel kapcsolatos ismeretek és a védekezés és megelőzés módjainak elsajátítása nélkülözhetetlen.

#### **III./4.1. Ellenőrző kérdések:**

1. Milyen mikroorganizmusokat ismer?
2. Melyek lehetnek a fertőzések kapui?
3. Milyen módon védekeznek a szervezetünk?
4. Milyen immunitási formákat ismer?
5. A fertőzések előfordulásuk szerint hogyan csoportosíthatók?
6. Milyen módon terjedhetnek a fertőző betegségek?

#### **III./4.2. Ajánlott irodalom:**

Ember István, Kiss István, Cseh Károly (Szerk.)(2013): Fertőző betegségek epidemiológiája.  
In: Népegészségügyi orvostan p.219-226.

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases>



## IV. Fertőző betegségek II.

### Célok és kompetenciák

Ebben a fejezetben az életkorhoz köthető kötelező védőoltásokkal megelőzhető fertőző betegségeket tárgyaljuk, valamint néhány népegészségügyi szempontból kiemelten fontos fertőző betegséget ismertetünk.

Az ismeretek elsajátításhoz szükséges idő: 2 óra.

**Kulcsszavak:** diftéria, pertussis, TBC, tetanus, polomyelitis, kanyaró, botulizmus, HIV

### *Bevezetés*

A fertőző betegségek száma a sikeres védőnői hálózat és a magas átoltottság révén jelentősen csökkent hazánkban. Magyarország az 1980-as évek végén csatlakozott az Egészségügyi Világszervezet Kiterjesztett Immunizációs Programjához. A WHO ajánlások alapján kialakított hazai oltási rend megfelel a legmodernebb EU-ban érvényes ajánlásoknak.

### *IV./1. Védőoltások*

Hazánkban az alábbi betegségek ellen oltják a gyermekeket:

- Diphtheria
- Pertussis
- Tuberculosis
- Haemophilus influenzae
- Tetanus
- Poliomyelitis anterior acuta
- Morbilli
- Parotitis epidemica
- Rubeola
- Hepatitis B

A védőoltások bevezetése előtt a torokgyík a legtöbb halálos áldozatot követelő fertőző gyermekbetegség volt. 1990 óta nem regisztráltak Magyarországon diphterias esetet. A diphteria Afrikában, Észak-Koreában, Oroszországban, Ukrajnában, Indonéziában, Kolumbiában ma is gyakran előfordul.

A szamárköhögés (pertussis) jellegzetesen a csecsemők és kisgyermekes betegeké volt, Magyarországon a XIX. század végén terjedt el nagyobb mértékben. Hazánkban 1953 óta oltják a csecsemőket. Ezt követően jelentősen csökkent a megbetegedések száma, de 2001 óta újra előfordul, 2011-ben összesen 9 bejelentett pertussis megbetegedés volt. A csecsemő-és gyermekkori oltás általi pertussis elleni védettség serdülőkorra illetve fiatal felnőtt korra csökken, így a fogékonyság emelkedik.



A tuberculosis az egyik legrégebben ismert fertőző megbetegedés. A XVIII. század elején még „londoni betegségnek” nevezték, később hazánk lett a gümőkór legtipikusabb területe. A legtöbb áldozatot a szegény és rossz szociális körülmények között élők körében szedte. 1953 óta minden újszülöttet oltanak tbc ellen. Az új pulmonális tbc-s betegek megjelenése a hajléktalan embereknél fordul elő nagyobb számban.

A tetanus régóta ismert betegség, mely az egész világon előfordul. Hazánkban a betegség 1950 óta bejelentés-köteles, a védőoltás 1953 óta kötelező. Az 1950-es években évi 500 esetet jelentettek, ez napjainkban évi 4 esetre csökkent.

A poliomyelitis anterior acuta szintén már az ókorban ismert fertőző betegség volt, de még a XX. század első felében is jelentős járványokat okozott. Hazánkban a védőoltás 1957 óta kötelező. 2002 júniusa óta az európai régió hivatalosan mentes a járványos gyermekbénulástól. A betegség már csak három országban endémiás: Nigériában, Afganisztánban és Pakisztánban.

Hazánkban 1969-ben vezették be a kanyaró (morbilli) elleni védőoltást, 1990 óta bevezetésre került a kanyaró revakcináció is. Mivel hazánkban szinte teljes az átoltottság a víruscirkuláció szinte teljesen megszűnt, évente egy- két behurcolt eset fordul csak elő. 2006 óta Európa több országában emelkedett a kanyarós megbetegedések száma a beoltatlan közösségekben.

## ***IV./2. Botulismus***

A botulismus az egyik legrégebben ismert ételmérgezés, már az 1700-as években is említik. A betegséget leginkább a kolbász és hurka, sonka fogyasztása után észlelték. A kórokozót 1896-ban izolálták először Belgiumban egy sonkafogyasztást követő járványban. Az elmúlt években átlagosan évi 3 eset került bejelentésre, valamennyi esetben húskészítmény volt a felelős a megbetegedésért.

## ***IV./3. HIV/AIDS***

Az AIDS (szerzett immunhiányos szindróma) betegséget 1981-ben írták le először az USA-ban. Az immunhiányos állapotot a T-sejtek hiánya okozza, amely opportunista fertőzések halmozódását eredményezi. A vírust 1984-ben izolálták, majd HIV-nek nevezték el. A betegség pandémiás, a legtöbb megbetegedés Afrikának a Szaharától délre eső területein fordul elő, és itt a legnagyobb az AIDS okozta halálozás is. A világ HIV fertőzöttjeinek 70%-a ebből a régióból származik. Magyarországon 2011-ben 2115 fő volt HIV-vel fertőzött, 76%-uk volt férfi, 12%-uk volt nő, 12% -nak nem volt ismert a nemi hovatartozása.

## ***IV./4. Kullancs által okozott fertőzések***

A Lyme-kór az egyik leggyakoribb vektorok által terjesztett baktérium okozta zoonózis az északi féltekén. A betegséget az 1970-es években írták le az USA-ban, mivel Lyme kisváros körzetében megnövekedett a gyermekkori arthritisek száma. A betegség kórokozóját 1982-ben a kullancsok tápcsatornájában találták meg. Hazánkban a Lyme-kór az egész országban





előfordulhat, a nyugat-dunántúli és az észak-magyarországi területek veszélyeztetettebbek. Átlagosan évente 1000-2000 esetet jelentenek.

Közép-Európában a kullancs által terjesztett leggyakoribb megbetegedés a kullancs encephalitis. Morbiditása 1990 és 2007 között 193%-kal emelkedett. A betegség incidenciája igen magas Zala, Somogy és Nógrád megyékben. A megbetegedéseknek a zöme a nyári időszakra esik. Érdekes információ, hogy a nyers kecsketej fogyasztásával történő fertőződés 2007-ben igazolódott.

## ***IV./5. Összefoglalás***

A magyarországi kedvező átoltottság a korábban nagyszámú megbetegedést előidéző fertőző betegségeket háttérbe szorította. Sajnálatos módon a nagyobb mobilitás, vándorlás, és az oltásokkal szembeni félelem bizonyos európai országokban a fertőző betegségek újbóli megjelenését idézte elő. A megelőzhető gyermekbetegségek mellett kiemeltük a HIV, a botulizmus és a kullancsok által okozott fertőzéseket is mivel incidenciájuk magas nem csak a gyermek, de a felnőtt lakosság körében is.

### **IV./5.1. Ellenőrző kérdések:**

1. Milyen gyermekbetegségek ellen van hazánkban kötelező védőoltás?
2. Mit jelent a revakcináció?
3. A HIV/AIDS betegség mikor lett ismert?
4. Soroljon fel HIV/AIDS-ben leginkább érintett csoportokat!
5. Milyen betegségeket terjeszthetnek a kullancsok?

### **IV./5.2. Ajánlott irodalom:**

Ember István, Kiss István, Cseh Károly (Szerk.)(2013): Fertőző betegségek epidemiológiája. In: Népegészségügyi orvostan p.227-234.

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases>  
[www.who.int/hiv/en/](http://www.who.int/hiv/en/)



## V. Sportegészségtani ismeretek

### Célok és kompetenciák

Ebben a fejezetben olyan sporttal kapcsolatos egészségügyi kérdéseket tárgyalunk, mint az utazás, az utazás során fellépő panaszok, betegségek, akklimatizáció, Jet-lag, és hegyi betegség.

Az ismeretek elsajátításhoz szükséges idő: 2 óra.

**Kulcsszavak:** kinetózis, utazás, akklimatizáció, hegyi betegség

### *Bevezetés*

Az utazás felgyorsult világunkban egyre nagyobb szerepet tölt be egyre többször és egyre távolabb utaznak az emberek, a sportolók, edzők vagy a csapat munkáját segítők is az átlagosnál is több alkalommal utaznak hazai és külföldi helyszínekre.

### *V./1. Utazás*

Az utazás előtt tisztában kell lennünk az úticélunk klimatikus és időjárási viszonyaival, az esetlegesen az adott területre vonatkozó védőoltási ajánlásokkal azért, hogy megfelelő ruházattal, lábbelikkal készüljünk, valamint hogy időben megkapjuk a védőoltásokat amennyiben ezekre ténylegesen szükség van. Általános ajánlás, hogy egészséges állapotban célszerű útnak indulni, tehát az utazás előtt érdemes az esetleges gyulladási góccokat kikezelni.

Az utazás napja előtt fontos a puffasztó és nehezen emészthető vagy esetlegesen kockázatot jelentő ételek kerülése, és a megfelelő mennyiségű alvás hogy kipihenten kezdjük meg több órás utazásunkat. Az utazás stresszel jár, és fárasztó akár gépkocsival akár repülőgéppel vagy vonattal, hajóval vagy ha esetleg többszöri átszállással tudjuk megközelíteni úti célunkat.

### *V./2. Kinetózis*

A kinetózis (mozgásbetegség) amely az arra érzékeny személyeknél rosszulléttel, sápadtsággal, szédüléssel, hányingerrel, hányással, gyengeséggel jár. A kinetózist a labirintusra ható szokatlan erejű és irányú gyorsulások váltják ki, amelyek akár a gépkocsiban vagy repülőgépen, vagy hajón történő utazáskor fokozottan érzékelhetők. Az egyéni érzékenységen kívül egyéb tényezők is okozhatnak rosszulléttel, mint a zárt légtér rossz minőségű levegője, az oxigén nyomás csökkenése, vagy az egyénből fakadó okok, mint az alkoholfogyasztás, üres vagy nagyon telt gyomor, fáradtság, kimerültség, bélrendszeri egyéb betegségek. Iskoláskorúak körében nagyobb az érintettség, a lányoknál gyakrabban fordul elő. A kinetózis megelőzése: ülőhely megválasztása, gyógyszeres megelőzés, fejmozgás, olvasás kerülése, könnyű étel fogyasztása az út előtt 2 órával.

A kinetózis kezelése: vízszintes helyzetben fektessük a beteget a hátára, a lábát polcoljuk fel, itassunk vele hideg vizet, lélegezzen mélyeket és lazítson, ha lehetséges akkor álljunk meg, és várjuk meg amíg az arra érzékeny személy jobban lesz.



### ***V./3. Repülőút során fellépő problémák***

A hosszabb ideig tartó repülőutak időeltolódással járnak, azokat a panaszokat, amelyek egy ilyen átállás során keletkeznek Jet-lag-nek nevezzük. A szervezetünk biológiai ritmusa nehezen tudja követni a térben megtett távolság következtében az új helyszín új napszakát. Általában 1-2 nap szükséges az alkalmazkodáshoz, sajnálatos módon minél idősebbek vagyunk annál nehezebb az alkalmazkodás. A nyugatra történő repülés kevésbé viseli meg a szervezetet, mint a keletre való utazás. Hosszú repülés után célszerű lefeküdni néhány órára, de igyekezzünk minél hamarabb megváltoztatni az étkezési és alvási ritmusunkat. Hosszabb repülőutak alatt fellépő panaszok: végtagok duzzanata, ödéma, renyhe bélműködés, székrekedés, szájszárazság, szemszárazság.

A panaszok elkerülése érdekében javasolt a rendszeres mozgás, séta vagy lábtorna, fokozott vízfogyasztás, és esetleg szemhéjra fújható vagy szembe cseppenthető műkönyv használata, nedves törülköző frissítőkendő használata.

A leggyakoribb tünet utazások során a hasmenés, amely általában bakteriális fertőződés következménye. A nem megfelelően tisztított ételek vagy nem megfelelően tiszta ivóvíz és italok révén kialakuló fertőzés, lázzal, hányással és hasmenéssel jár, amely 2-4 napig tart. Megelőzőként javasolt: csak üveges vagy steril dobozos, illetve forralt italok fogyasztása, csak frissen készült ételek fogyasztása, a vezetékes víz, jégkocka, és étkezési jég kerülése. Továbbá ha lehetséges csak meghámozható gyümölcsök és zöldségek fogyasztása. A hasmenés során legfontosabb teendő a folyamatos só- és cukrot tartalmazó folyadékpótlás, és pihenés. Ha a panaszok rendkívül erősek gyógyszeres kezelés javasolt.

### ***V./4. Hegyi betegség***

Magasan fekvő területekre való utazás során vagy hegymászásakor számolni kell a hegyi betegséggel. A tengerszinten  $1 \text{ cm}^2$ -re ható nyomóerőt légnyomásnak nevezzük. Tengerszinten a légnyomás 760 Hgmm. Felfelé haladva a levegő hőmérséklete, páratartalma, sűrűsége és nyomása csökken. A levegőben megtalálható gázok a kisebb légnyomáson távolabb kerülnek egymástól, így pl. az oxigén parciális nyomása csökken. A légnyomáscsökkenés csökkenti a szöveti oxigénnyomást is így kevesebb oxigén jut be a szervezetünkbe egy légvétellel, és beindul a szervezet kompenzációja. Az oxigénhiány vagyis hipoxia során a légvételek száma és mélysége növekszik, a pulzusszám emelkedik, a keringés fokozódik, a véreloszlás megváltozik. Szakirodalmi adatok szerint 2000 m az ingerküszöb, a 2000-4000 m magasság a tökéletes kompenzáció övezete, 4000 m a zavarküszöb és 4000 m felett a tökéletlen kompenzáció övezetébe lépünk. A tökéletlen kompenzáció során a korábbi tünetek mellett az agyműködés is zavart szenved az agyi keringés zavara miatt tehát, a gondolkodás, ítéletalkotás, reakcióidő figyelem és emlékezés tompul, a kedélyállapot változik. Anyagszerezzavarok, fejfájás és nyugtalan alvás is jelentkezhet. Irodalmi adatok szerint a nem megfelelő akklimatizáció a 3000 m fölött tartózkodó minden második személyt érinti. A 6 év alatti gyermekek érzékenyebbek a magaslat során fellépő változásokra.

A hegyi betegség elkerülése érdekében lassan haladjunk felfelé, adjunk időt a szervezetünknek az akklimatizációra, igyunk több folyadékot, ha a panaszok erősödnek



azonnal induljunk el lefelé. Súlyos esetekben retinavérzések, sípoló légzéssel járó tüdőödéma, valamint agyödéma léphet fel.

## **V./5. Összefoglalás:**

Felgyorsult világunkban gyakrabban kerül sor az utazásra, a sportolók és kísérőik is gyakrabban vannak kitéve az utazás fáradalmainak, esetleges nehézségeink. Ebben a fejezetben az utazás során fellépő problémákat, panaszokat tekintettük át, köztük a kinetózis, Jet-lag, hegyi betegség tüneteit és kezelését.

### **V./5.1. Ellenőrző kérdések:**

1. Mikor léphet fel kinetózis?
2. Milyen tünetek jellemzik a kinetózist?
3. Milyen teendőink vannak az utazás előtt?
4. Mit jelent a Jet-lag?
5. Milyen panaszokat okoz a magaslati betegség?

### **V./5.2. Ajánlott irodalom:**

<https://sportorvos.hu/utazo-sportolok-hasmenese/>

<https://sportorvos.hu/magaslat-hatasa-hegyibetegseg/>



## VI. A táplálkozás, fogápolás és aktív és passzív időtöltés

### Célok és kompetenciák

Ebben a fejezetben a HBSC országos adatgyűjtésből származó, a magyar fiatalok egészségmagatartására vonatkozó legfontosabb vizsgált kérdéseket tanulmányozzuk. A nemzetközi kérdőív alapján ezek a fiatalok zöldség és gyümölcs, édesség és üdítő valamint energiatartalmú fogyasztása valamint elemezzük a fogápolás gyakoriságát és a sportszakemberek szempontjából a legfontosabb tényezőt a fiatalok aktív és passzív időtöltésekre szánt idejét. Az ismeretek elsajátításhoz szükséges idő: 2 óra.

**Kulcsszavak:** zöldség és gyümölcsfogyasztás, fogápolás, fizikai aktivitás, TV nézés

### *Bevezetés*

A HBSC (Health Behaviour in School-aged Children Study) bemutatása

Az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartására vonatkozó az Egészségügyi Világszervezet (WHO) együttműködésével megvalósuló nemzetközi kérdőíves adatgyűjtés. 43 európai és észak-amerikai tagország vesz benne részt. Hazánkban a több mint három évtizede zajló keresztmetszeti vizsgálatok legfőbb célja a fiatalok egészségmagatartásának és rizikómagatartásának megismerése és monitorozása. Az adatgyűjtés módszere többlépcsős rétegzett mintavétel az országos közoktatási statisztikák alapján, ezen belül csoportos mintavételi eljárás, véletlenszerűen kiválasztott iskolai osztályok részvételével. Adatgyűjtésenként kb.6-8000 diák válaszol a kérdésekre. Ebben a tananyagban a 2014 éves korábbi adatgyűjtések eredményei szerepelnek. A legközelebbi HBSC vizsgálat 2018-ban történik.

### *VI./1. Táplálkozási szokások és fogápolás*

Optimális növekedés és fejlődés valamint az életkornak megfelelő testi, lelki és értelmi fejlődés nem valósulhat meg a megfelelő mennyiségi és minőségi táplálkozás nélkül. A táplálkozási problémák vashiányhoz, fogszuvasodáshoz, túlsúlyhoz és elhízáshoz valamint szív és érrendszeri és anyagcsere betegségekhez vezethetnek már fiatal korban. A rendszeres reggelizés egy jól ismert védőfaktor amit a HBSC-ben rendszeresen vizsgálnak ezek alapján a 5. osztályos magyar fiatalok kb. 60%-a reggelizik tanítási napokon, és ez az arány sajnos az életkor előre haladásával lecsökken kb.44%-ra. Érdekes továbbá, hogy hazánkban a fiúkra nagyobb arányban jellemző a rendszeres reggelizés, mint a lányokra. A zöldség és gyümölcsfogyasztás a cardiovascularis és daganatos megbetegedések megelőzésében is fontos szerepet játszik, ennek ellenére sajnálatos módon a magyar fiatalok mindössze harmada eszik zöldséget és gyümölcsöt naponta. A lányok nagyobb arányban fogyasztják, mint a fiúk, ugyanakkor elmondható, hogy a zöldség fogyasztásunk rendkívül sokat emelkedett a korábbi adatokhoz képest. Az édességek napi fogyasztása inkább a lányokra jellemző és az életkorról a fiúk édességfogyasztása csökkenő tendenciát mutat. Összességében így is igaz, hogy a diákok 30%-a naponta eszik édességet. Az italokat vizsgálva a fiúk valamivel nagyobb arányban fogyasztanak szénsavas üdítőket és energiatartalmúakat, mint a lányok, ugyanakkor az



életkorral a szénsavas üdítők fogyasztása csökken, míg az energiatalok fogyasztási gyakorisága növekszik. A magyar fiatalok 95%-a naponta mos fogat, a 2014-es felmérés szerint, ugyanakkor a WHO javaslata alapján a napi legalább két alkalom lenne megfelelő. A naponta többszöri fogmosás aránya az életkorral emelkedik és természetesen a lányokra nagyobb arányban jellemző, mint a fiúkra.

## ***VI./2. Tápláltsági állapot***

A BMI szerinti tápláltsági kategóriákba sorolt fiatalok aránya 2002-2014 között csak kis mértékben változott. Az alultápláltak aránya 17,8%-ról 13,9%-ra mérséklődött, a normál tápláltságúak aránya 70% volt 2002-ben, és legutóbb is ez az arány volt megfigyelhető. A pre-obes vagyis túlsúlyos fiatalok aránya 9,9%-ról 12,6%-ra változott, az obes kategóriába esők aránya 2,4%-ról 2,7%-ra emelkedett. Míg a visegrádi országokban egy folyamatosan emelkedő pre-obes - obes tendencia volt megfigyelhető, addig hazánkban a folyamat megállt, vagyis a HBSC adatgyűjtések szerint az elhízottak aránya a gyermekpopulációban nem emelkedett jelentősen az elmúlt egy évtizedben.

## ***VI./3. Aktív és passzív időtöltés***

Az ülő életmód, mint rizikómagatartás és rizikófaktor több orvos- egészség tudomány és sporttudományos vizsgálattal alátámasztott tény. A legelfogadottabb és régóta vizsgált kapcsolatokat említjük itt meg ezek a: túlsúly, alacsony csontsűrűség, szív-érrendszeri és anyagcsere-betegségek, alacsony önértékelés, gyengébb iskolai teljesítmény, Tv nézés és szerfogyasztás, korai szexuális élet, deviáns magatartásformák, nassolás, számítógépszichoszomatikus panaszok, fizikai agresszió, egészségtelen étkezés.

A magyar fiatalok mérsékelt-magas fizikai aktivitási gyakorisága enyhén emelkedett 2002 és 2006 között, de 2006 óta nem változott jelentősen. A magas intenzitású fizikai aktivitás gyakorisága magasabb, mint az 1997-ben talált, de 2006 óta nem változott. A napi 60 perc legalább mérsékelt aktivitást végzők aránya emelkedett, de 2010 óta változatlan, ugyanakkor az egyetlen napon sem aktív aránya is enyhén emelkedett! 2002-ben a fiúk 21,8%-a a lányok 11,1%-a teljesítette a napi ajánlott aktivitást, 2014-ben ez 25,8%-ra és 13,5%-ra módosult. Összességében a magyar fiatalok 19,2%-a teljesítette a WHO fizikai aktivitással kapcsolatos ajánlását. A 2012 tanévtől bevezetett mindennapos tanórai testnevelés pozitív hatását ebben a tanulmányban nem tudták igazolni, a 2014 –es MVPA adatok nem különböznek jelentősen a 2010-ben találtaktól. A nemzetközi tanulmányokkal megegyezően hazánkban is a fiúkat nagyobb arányban érinti a túlsúly és elhízás problémája, valamint a monitor előtti passzív időtöltés. Sajnálatos módon a 2014-es adatok szerint a fiúk 6% -a a lányok 8,3%-a egyetlen napon sem volt megfelelő mértékben aktív. A fizikai aktivitás tekintetében a többi vizsgált országhoz képest a középmezőnyben vagyunk, még további fejlődésre lenne szükség. A televíziózásra szánt idő a tanítási napokon a 2-2,5 órát tesz ki, ez a hétvégi napokon tovább emelkedik 1 vagy akár 2 órával. A fiúk minden korcsoportban több időt szánnak TV-DVD és egyéb nézésre, mint a lányok. A TV-DVD nézésre szánt szabadidő csökkenő tendenciát mutatott a 2002-2014 –es időszakot vizsgálva, ugyanakkor a számítógép-használatra szánt idő a kétszeresére emelkedett, sajnálatos módon a fiúk hétvégi számítógépes időtöltési átlaga eléri a 6 órát! Minden korcsoportban és vizsgált évben a fiúkra nagyobb arányban jellemző a számítógépes időtöltésre fordított passzív idő.



## **VI./4. Összefoglalás**

A magyar fiatalok egészségmagatartását vizsgálva sajnálatos tények igazolódtak. A táplálkozási ajánlások: rendszeres reggelizés valamint a naponta többszöri zöldség és gyümölcs fogyasztás tekintetében elmaradásunk van, a fizikai aktivitás alapján a fiatalok a középmezőnyben helyezkednek el, ugyanakkor a passzív időtöltésekre szánt szabadidő exponenciálisan emelkedett. Egyetlen pozitív eredmény talán az, hogy a HBSC adatok alapján az elhízottak aránya stagnál.

### **VI./4.1. Ellenőrző kérdések:**

1. Mennyi az ajánlás a napi mérsékelt-magas intenzitású fizikai aktivitás tekintetében a fiataloknál?
  - a) napi 100 perc
  - b) napi 60 perc
  - c) napi 30perc
2. Milyen arányban fogyasztanak naponta gyümölcsöt és zöldséget a magyar fiatalok?
  - a) 35-45%
  - b) 30-30%
  - c) 40-30%
3. A magyar fiatalok hány százaléka sorolható a normál tápláltsági kategóriába?
  - a) 65%
  - b) 70%
  - c) 80%
4. Milyen a fiatalok TV nézésre szánt idejében 2002 óta megfigyelt tendencia?
  - a) növekvő
  - b) stagnáló
  - c) csökkenő
5. A 2014-es adatgyűjtéskor a magyar fiatalok hány százaléka teljesítette a MVPA ajánlást?
  - a) 25%-a
  - b) 21%-a
  - c) 19%-a
  - d) 14%-a

### **VI./4.2. Ajánlott irodalom:**

[https://www.ogyei.gov.hu/prevenacios\\_programok/](https://www.ogyei.gov.hu/prevenacios_programok/)

[www.hbcs.org/publications/datavisualisations/daily\\_activity.html](http://www.hbcs.org/publications/datavisualisations/daily_activity.html)

[www.egeszseg.hu/szakmai\\_oldalak/assets/cikkek/16-05/egeszseg-es-egeszsegmagatartas-iskolaskorban-2014.pdf](http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldalak/assets/cikkek/16-05/egeszseg-es-egeszsegmagatartas-iskolaskorban-2014.pdf)





## VII. Dohányzás, alkohol és drogfogyasztás

### Célok és kompetenciák

Ebben a fejezetben a HBSC országos adatgyűjtésből származó, a magyar fiatalok rizikómagatartására vonatkozó legfontosabb vizsgált kérdéseket tanulmányozzuk. A nemzetközi kérdőív alapján ezeknek a fiataloknak a dohányzási és alkoholfogyasztási valamint drogfogyasztási szokásainak elemzése kerül bemutatásra. A fiatalokkal foglalkozó szakembernek feladata hogy ismerje és segítse a káros szenvedélyek hatását és annak prevencióját.

Az ismeretek elsajátításhoz szükséges idő: 2 óra.

**Kulcsszavak:** dohányzás gyakorisága, alkoholfogyasztás, drogfogyasztás

### *Bevezetés*

A dohányzás és alkoholfogyasztás súlyos népegészségügyi probléma, amely az egyén egészségi állapotának károsítása mellett gazdasági és társadalmi problémákat is jelent. Kiemelten fontos az iskoláskorúak rizikómagatartásait feltérképezni és megismerni, mert a korai függőségek magasabb rizikót jelentenek.

### *VII./1. Dohányzás*

A dohányzás az egyik leginkább megelőzhető halálok. Ennek ellenére sajnos évente közel 6 millió halálesettel hozható összefüggésbe. Szív- és érrendszeri betegségek, tüdő-, kolorektális daganatok, hasnyálmirigy- és méhnyakrák, fej-nyaki daganatok, osteoporózis, asthma, COPD, depresszió, szorongásos betegségek. A dohányzási szokások kialakulása leginkább a serdülőkorra tehető. A dohányzó felnőttek többsége 18 éves kora előtt lett nikotinfüggő. A dohányzás ugyanakkor hangulatjavító, csökkenti a szorongást és depressziót, kontrollálja a testsúlyt és a csoporthoz tartozás érzését adja, valamint szimbolizálja a felnőttéget, vagyis szociális szerepet tölt be.

Számos jól ismert tényező befolyásolja a dohányzási szokásokat: kor, nem, alkohol és droghasználat, családszerkezet, a szülők társadalmi-gazdasági helyzete, a serdülők pszichoszociális állapota, a normakövetés nagyobb mértékű hiánya, a szülőkkel való konfliktusok, rossz iskolai teljesítmény és a média.

A diákok dohányzási élet és havi prevalencia értéke az életkorral emelkedik, míg 5. osztályban a diákok közel 6% addig 11. osztályban 61%-a vallja azt, hogy rágyújtott már életében. A havi prevalencia természetesen alacsonyabb mivel ez egy rendszeres magatartást tükröz. Ez 5.-osztályban közel 2% volt, 11. osztályban pedig 40%. A dohányzók nemi összehasonlításánál megfigyelték, hogy nincs nemi különbség az egyes évfolyamokban, tehát mindkét nemnél egyenletesen emelkedik a dohányzók aránya. A 2014-es és korábbi adatgyűjtések szerint a dohányzás kipróbálásának életkora jellemzően a 14 éves kor, ekkor a fiatalok közel 30%-a szánja rá magát az első cigaretta kipróbálására. Sajnálatos módon a 11





évesen vagy korábban kipróbálók aránya 9%-os érték körül mozog, természetesen a korai életkorban kipróbálók döntő többsége fiú. A hetente legalább egyszer dohányzók aránya a szakiskolában, szakmunkásképzőben 50,5% vagyis több mint kétszer nagyobb, mint az érettségit adó iskolákban tanulóknál (22,4%) talált gyakoriság.

A Településtípus szerint a tanyán, falun (22,4%) és városban (20%) élők nagyobb arányban dohányoznak, mint a Budapesten (9,2%) élők. A kérdőíves adatok szerint a tanyán, falun és községben élő fiatalok korábban próbálják ki a cigarettát.

## **VII./2. Alkohol**

Az iparosodott országokban az alkoholfogyasztás jellemzően serdülőkorban kezdődik. Az alkoholfogyasztás terjedése figyelhető meg és a nagyivás és lerészegedés egyre jellemzőbb. Az alkoholfogyasztás mérsékletes formája (étkezéshez fogyasztott 1 pohár bor) nem rizikómagatartás felnőttkorban.

Az alkoholfogyasztás ismert rizikótényező, amely más rizikómagatartások (drog, dohányzás, nem biztonságos szex, motorbalesetek, erőszakos cselekedetek) esélyét növeli, továbbá krónikus betegségekhez vezethet, mint pl: túlsúly és elhízás, emlőrák, hasnyálmirigyrák, májrák, fej-nyaki daganatok, osteoporózis, szorongásos betegségek, skizofrénia.

A diákok alkoholfogyasztásának élet és havi prevalencia értéke az életkorral növekszik, 5.-ben a diákok 26%-a, 11.-ben 93%-a vallja azt, hogy fogyasztott már alkoholt életében, a havi fogyasztás alacsonyabb arányú, de 11.-ben már ez is a 72%-hoz közelít. A nemi különbségek a fiatalabb korcsoportokban 5. és 7. évfolyam jellemzőek, későbbi évfolyamoknál a fiúk és lányok fogyasztási aránya hasonló. A különböző alkoholféleségek fogyasztási sorrendjében első helyen a bor, boroskóla, pezsgő állt. Ezt követte a sör és harmadik helyen a röviditalok szerepeltek. A nemi különbségeket tekintve a borfogyasztásban nincs nemi különbség, míg sört és röviditalt a fiúk magasabb arányban fogyasztanak, mint a lányok. Az alkohol kipróbálásának életkora a dohányzáséhoz hasonlóan jellemzően a 14 éves kor. A részegség és nagyivás a fiúkra jobban jellemző, természetesen a középiskolásoknál a gyakoriság magasabb. A részegség és nagyivás a képzéstípussal összefügg, de a településnagyságnak nem volt jelentős hatása. A szakiskolában, szakmunkásképzőben tanuló diákok másfélszer nagyobb arányban mutatnak nagyívási periódusokat, és kétszer nagyobb arányban fordult elő náluk a lerészegedés.

## **VII./3. Drogfogyasztás**

A 90-es évektől dinamikusan emelkedik a szerhasználat. Míg 1995-ben a diákok 5%-a, addig 2011-ben már 20%-uk próbált már valaha életében tiltott szert. 1999 óta stabilan a legnépszerűbb a kannabisz. Minél korábbi a kipróbálás, annál magasabb a későbbi problémás szerhasználat, a függőség kialakulásának az esélye. Tudományosan igazolt kihatásai: korai iskolaelhagyás, a védekezés nélküli szexuális kapcsolat, vagy a bűnözés kockázatának fokozása, depresszió, egészségügyi problémák, más szerek együttes használata. A drogfogyasztás elterjedésében jelentős szerepet tölthetnek be a tömegmédiák, a filmek és reklámok. A droghoz fordulásban meghatározó szerepe van a családnak. Az autokrata, ellenséges, visszautasító, érzelmentes, illetve a túlságosan engedékeny nevelés, a nem megfelelő szülői gondoskodás, az inkonzisztens nevelési elvek, a családi melegség hiánya, a



szegényes kommunikáció, a gyenge szülői kontroll, a csonka család, a szülőkkel való rossz kapcsolat, a nagyobb szülői anyagi támogatás és a szülői bántalmazás rizikótényezőt jelenthet a szerhasználat tekintetében. A tanulók illegális valamint legális visszaélészerű szerfogyasztása az életkorral emelkedik. A tiltott szereket a fiúk, a legális szereket viszont a lányok alkalmazzák nagyobb arányban. A drogokat kipróbálók körében a legnépszerűbb a kannabisz volt közel 19%-os gyakorisággal, ezt követte az alkohol és gyógyszer együttese 7,5%- kal majd hasonló 4,5%-os gyakoriság volt jellemző a dizájner drogok, mágikus gomba és amfetaminok alkalmazására. Szerencsére a legkevésbé alkalmazott szerek a ragasztó és oldószerek voltak 2%-os gyakorisággal. A drogfogyasztás jobban jellemző a fiúkra, mint a lányokra, a kipróbálás jellemző életkora a 16. életév. Az évfolyam és a képzéstípus összefüggést mutat a szerhasználattal: az idősebbek és a szakiskolában illetve szakmunkásképzőben tanulók érintettebbek a szerhasználatban. Pozitívum, hogy a 2010-es eredményekhez képest 20-25%-os csökkenés figyelhető meg a drogfogyasztás prevalencia értékeiben, hazánkban.

## **VII./4. Összefoglalás:**

A magyar fiatalok dohányzási szokásai nem változtak jelentősen és nincs nemi különbség sem, vagyis közel 30%-uk dohányzik rendszeresen. Az alkoholfogyasztás és a rendszeres részegség valamint nagyívás a fiúkat nagyobb arányban érinti. A leggyakrabban fogyasztott alkoholok a bor és a pezsgő. A fiatalok 25%-a kipróbálja a drogokat, a kipróbálók fele 1-2 napon fogyasztja. A legnépszerűbb szer a fiatalok körében a kannabisz. A rizikómagatartások nagyobb arányban vannak jelen az érettségit nem adó iskolákban.

### **VII./4.1. Ellenőrző kérdések:**

1. Melyik a dohányzás kipróbálásának jellemző életkora?
  - a) 13 év
  - b) 14 év
  - c) 15 év
2. Melyik a harmadik legnépszerűbb alkoholos ital a fiatalok körében?
  - a) bor, pezsgő
  - b) sör
  - c) rövidital
3. Mennyi a dizájner drogok kipróbálóinak aránya?
  - a) 3%
  - b) 4,5%
  - c) 7%
4. Milyen tendencia volt figyelhető a drogfogyasztás prevalenciájában 2010-től?
  - a) növekvő
  - b) stagnáló
  - c) csökkenő
5. Mekkora a dohányzási életprevalencia a 11. esek körében?
  - a) 45%



- b) 55%
- c) 61%
- d) 84%

#### **VII./4.2. Ajánlott irodalom:**

[drogfokuszpont.hu/tenyek-es-szamok/](http://drogfokuszpont.hu/tenyek-es-szamok/)

[www.hbsc.org/publications/datavisualisations/tobacco\\_use.html](http://www.hbsc.org/publications/datavisualisations/tobacco_use.html)

[www.egeszseg.hu/szakmai\\_oldalak/assets/cikkek/16-05/egeszseg-es-egeszsegmagatartas-iskolaskorban-2014.pdf](http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldalak/assets/cikkek/16-05/egeszseg-es-egeszsegmagatartas-iskolaskorban-2014.pdf)



## VIII. Sérülések és balesetek

### Célok és kompetenciák

Ebben a fejezetben a HBSC országos adatgyűjtésből származó magyar fiatalok sérüléseinek és baleseteinek gyakoriságát és azok körülményeit kutató kérdések eredményeit elemezzük. A balesetek és sérülések megelőzése részben a sportszakemberek feladata, ezért szükséges a témában rendelkezésünkre álló információk megismerése és elemzése.

Az ismeretek elsajátításhoz szükséges idő: 2 óra.

**Kulcsszavak:** balesetek gyakorisága, baleseti kockázat, balesettípusok

### *Bevezetés*

A WHO szerint a gyermekbalesetek egész Európában és Magyarországon is az egyik legjelentősebb népegészségügyi problémát jelentik. Több gyermek hal meg balesetek és bántalmazás (úgynevezett külső halálokok) következtében, mint együttevve az összes betegség miatt. Becslések szerint világszerte a 15 év alattiak esetében a halálozás 36%-ért, illetve a 19 év alattiak esetében 23%-ért a sérülések felelősek. A 2009-es évben a közlekedési balesetek halálozása a közlekedésbiztonsági intézkedések következményeként jelentős mértékben csökkent. Öröndetes tény, hogy 2006 és 2013 között a közlekedési balesetekből adódó halálozás és sérülés mind a 0–17, mind a 18–24 éves korosztályban (és a teljes népességben is) csökkent.

### *VIII./1. Sérülések és balesetek*

A nem-közlekedési balesetek közül a 18 év alatti korosztályban, sorrendben a fulladás, félrenyelés, mérgezés, esés és égés a leggyakoribb balesettípusok. A mérgező esetek száma a 2008–2013 közötti időszakban emelkedett.

A balesetek szempontjából kockázatot jelent a: 0–4 éves kor közötti életkor és a serdülőkor, a fokozott kockázatvállaló magatartás, a mozgásszervi, szellemi és érzékszervi fogyatékoság, illetve az alacsony társadalmi-gazdasági helyzet. A fiúkat minden életkorban több baleset éri. Hazánk 2007-ben, nemzetközi együttműködés keretében kidolgozta a Nemzeti Gyerme- és Ifjúságbiztonsági Akciótervet, mely egy helyzetelemzésre épülő nemzeti cselekvési stratégia a gyermek- és ifjúkori balesetek megelőzésére. A dokumentum a 0–24 éves korosztály véletlen baleseteinek megelőzését szolgálja. Az akcióterv legfontosabb célja, hogy ebben a korcsoportban a véletlen balesetek miatt bekövetkező halálozás 10 év alatt 30%-kal csökkenjen. Az akcióterv a közlekedésbiztonságra, az otthonok és a gyermekintézmények biztonságára, a biztonságos játékokra, szabadidőtöltésre és sportolásra, valamint a baleset-megelőzés hazai tevékenységeinek összehangolására, követésére és elemzésére összpontosít.

A HBSC adatgyűjtés szerint a diákok közel 60%-a nem sérül meg egy adott évben olyan mértékben, hogy orvosi ellátásban részesüljön. A fiúkat gyakrabban éri baleset, vagy szereznek sérülést, mint a lányok. A diákok kb. 24%-a egy évben egyszer sérül meg és 16%-a az akik többször. A diákok legnagyobb arányban, 26%-ban otthon szereznek sérülést, ezt



követi az egyéb helyszínen 25%-kal. A lányokra kifejezetten jellemző az otthon szerzett sérülés, míg a fiúk sérüléseinek helyszínei igen változatosak. A sérüléskor végzett tevékenységeket vizsgálva a diákok 40%-a sportolt, 29%-uk egyéb tevékenységet végzett, 16%-uk pedig biciklizett, amikor megsérült. A sportolás szabályainak betartása és a protektorok használatának ismerete rendkívül fontos a belesetek megelőzése érdekében.

## VIII./2. Összefoglalás

A balesetek, és sérülések nagy része elkerülhető, ha a szabályokat betartjuk és a mindenkori körülményeknek megfelelően öltözködünk, viselkedünk, és figyelembe vesszük képességeinket és lehetőségeinket vagy korlátainkat és a kockázati tényezőket. A fiúkat minden életkorban több baleset éri, mint a lányokat. A fiúk gyakrabban sérülnek meg sportolás közben, mint a lányok.

### VIII./2.1. Ellenőrző kérdések:

1. Melyek a nem közlekedési halálos balesetek leggyakoribb típusai a 18év alattiak körében?
2. Milyen tényezők fokozhatják a beleseti kockázatot?
3. Hol történnek a gyermekbalesetek legnagyobb arányban?
4. A balesetett szenvedett tanulók közel hány%-a sérült meg sportolás és biciklizés közben?
  - a) 45%-a
  - b) 55%-a
  - c) 60%-a
5. Melyik állítás igaz?
  - a) A lányokat minden életkorban több baleset éri.
  - b) A fiúkat minden életkorban több baleset éri.
  - c) Nincs nemi különbség a baleseti statisztikák számában.

### VIII./2.2. Ajánlott irodalom:

[www.egeszseg.hu/cikk/igy-ovhatja-meg-gyermeket-a-nyari-balesetektol](http://www.egeszseg.hu/cikk/igy-ovhatja-meg-gyermeket-a-nyari-balesetektol)

[www.egeszseg.hu/szakmai\\_oldalak/assets/cikkek/16-05/egeszseg-es-egeszsegmagatartas-iskolaskorban-2014.pdf](http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldalak/assets/cikkek/16-05/egeszseg-es-egeszsegmagatartas-iskolaskorban-2014.pdf)



## IX. Kortársbántalmazás és verekedés

### Célok és kompetenciák

Ebben a fejezetben a kortársbántalmazás formáit és gyakoriságát valamint a verekedés gyakoriságát ismerjük meg. A kortársbántalmazás újabb formái jelentek meg az elmúlt évtizedben, amelyek új kihívást jelentenek a pedagógusok szülők és gyermekek szempontjából is. A bántalmazási módok megjelenésének megelőzése és kezelése a tanárok és edzők feladata is lehet.

Az ismeretek elsajátításhoz szükséges idő: 2 óra.

**Kulcsszavak:** verbális bántalmazás, online bántalmazás, hagyományos bántalmazás, verekedés

### ***Bevezetés:***

Kortársbántalmazás: egy másik személy feletti agresszív hatalomgyakorlás. Jellemzői: ismétlődő jelenség és egyenlőtlen erőviszony az áldozat és az elkövető között.

Formái: fizikai, verbális, kapcsolati és online.

### ***IX./1. Kortársbántalmazás***

Újabb formának tekinthető az online bántalmazás: kompromittáló/kínos képek megosztása, rosszindulatú támadások/gúnyolódás a közösségi felületeken, weboldalon. A bántalmazás szereplői: az áldozat, a bántalmazó/elkövető, az elkövető-áldozat, a nem érintett. A diákok arányait tekintve a diákok többsége nem érintett.

Az áldozat jellemzői: hatalma csökken, visszahúzódás, depresszió, szorongás, öngyilkosság, iskola és társak elutasítása, hiányzás, rossz teljesítmény, magány, pszichoszomatikus tünetek, alacsonyabb önértékelés, szerfogyasztás, egészségkárosító magatartás (nagyivás, dohányzás), verekedés, sérülés, későbbi felnőttkori depresszió.

A bántalmazó jellemzői: hatalma növekszik, domináns pozícióra törekszik, szüksége van közönségre, szemtanúkra, egészségkárosító magatartás (dohányzás, nagyivás), verekedés, sérülés, szüleikkel való kapcsolatuk gyengébb, kevésbé bensőséges, nem kedvelik az iskolájukat, a hatalomgyakorlás és erőszak a későbbi életükben is megjelenik, mint a házastárs vagy gyermek illetve idős személy bántalmazása.

A bántalmazás gyakoriságának tekintetében a magyar fiatalok a nemzetközi összehasonlításban jól szerepelnek, és 2006-2010 között csökkent a bántalmazás aránya. A bántalmazást elkövetők aránya kb. 12%, az áldozatok aránya 14%, elkövető-áldozat kb. 10% és a tanulók kb. kétharmada nem érintett. Nemi bontásban megfigyelve a bántalmazók többsége fiú az áldozatok között nagyobb arányban vannak lányok. A bántalmazásban nem érintettek aránya az életkorral növekszik, az 5. évfolyamban 50% körüli, a 11. évfolyamban 70% feletti. Képzéstípus szerinti bontásban vizsgálva a bántalmazásban nincs szignifikáns különbség az érettségit adó és nem adó iskolák diákjai között. Érdekes jelenség, hogy a hetente vagy hetente többször áldozattá válók aránya minden évfolyamban 3% körül mozog,



és nincs nemi különbség tehát mindkét nemre jellemző. A bántalmazást elkövető tanulók aránya csökken az életkor előre haladásával, mert 5.-ben 8%, míg 11.-ben csupán 2,5%.

A bántalmazás formáit tekintve a legutóbbi adatgyűjtésből kiderült, hogy még mindig a hagyományos bántalmazás a leggyakoribb, 17%-ban fordul elő, ezt követi az online formából a bántó üzenet 7,5%-kal, majd a kettő keveréke kb.4%-ban, és a kínos fotó 3%-ban fordul elő. Sajnálatos módon a bántalmazottak 9,5%-a nem kér segítséget, a diákok 60-70%-ban a szüleikhez fordulnak segítségért, természetesen az életkorral csökken a szülőkhöz és a pedagógushoz fordulás aránya.

## ***IX./2. A verekedés***

Általában két egyforma erős fél közti fizikai agresszió, mely orvosi ellátást igénylő sérülésekkel is járhat. A verekedéssel gyakran együtt járó magatartások: szerhasználat, veszélyes tárgyak (szűrő és vágó eszközök) használata, alacsonyabb élettel való elégedettség, gyengébb családi és kortárskapcsolatok, az iskolájukat kevésbé kedvelik. Nemzetközi összehasonlításban a magyar fiúk a 6. a lányok a 9. helyen szerepeltek az egy évre vonatkozó verekedési gyakoriságok alapján. A verekedésben részt vevő tanulók aránya az életkorral csökken, minden korcsoportban közel kétszer annyi fiú verekszik, mint lány. Képzéstípus szerinti összehasonlításban az érettségit adó iskolákban fele annyi verekedés történik, mint a szakiskolákban.

## ***IX./3. Összefoglalás***

A bántalmazás előfordulásának gyakorisága hasonló volt a korábbi adatfelvétel során mért adatokhoz, vagyis a tanulók közel 40%-a valamilyen gyakorisággal közvetlenül is érintett. Eredményeink szerint a hetente vagy hetente többször is bántalmazott tanulók aránya 3% körüli. Az elkövetők és az elkövető-áldozatok között több a fiú, míg az áldozatok között magasabb a lányok aránya. A fiúk és lányok különböző módon agresszívak társaikkal. A fiúkra jellemzőbb a jól észrevehető testi agresszió, gyakrabban vesznek részt fizikai, verbális és online bántalmazásban, míg a lányok inkább a kapcsolati agresszióra (pletykálás, kiközösítés, levegőnek nézés stb.) hajlamosak. A hagyományos bántalmazás prevalenciája kb. kétszer olyan magas, mint az online bántalmazásé. Az iskolai kortársbántalmazásra specializálódott beavatkozásokra/programokra lenne szükség a tanárok, a szülők és a fiatalok részére egyaránt.

### **IX./3.1. Ellenőrző kérdések:**

1. Milyen kortárs bántalmazási formákat ismersz?
2. Milyen arányban fordulnak elő a bántalmazók?
  - a) 8%
  - b) 10%
  - c) 12%
3. Mennyi az elkövető-áldozat szerepben lévők aránya?
  - a) 10%
  - b) 8%





- c) 5%
  
- 4. A bántalmazottak hány százaléka nem kér segítséget?
  - a) 8%
  - b) 9,5%
  - c) 12%
  
- 5. Mely állítások igazak?
  - a) Az áldozatok között nagyobb a lányok aránya.
  - b) Az elkövető-áldozatok között több a fiú.
  - c) Az elkövetők között nagyobb a fiúk aránya.

### **IX./3.2. Ajánlott irodalom:**

[www.hbsc.org/publications/datavisualisations/physical\\_fights.html](http://www.hbsc.org/publications/datavisualisations/physical_fights.html)

[www.egeszseg.hu/szakmai\\_oldalak/assets/cikkek/16-05/egeszseg-es-egeszsegmagatartas-iskolaskorban-2014.pdf](http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldalak/assets/cikkek/16-05/egeszseg-es-egeszsegmagatartas-iskolaskorban-2014.pdf)





## X. Szexuális magatartás, romantikus tapasztaltok

### Célok és kompetenciák

Ebben a fejezetben a kortárskapcsolatok közül a szexuális magatartások, szexuális tapasztalatok és párkapcsolatok kérdéskört elemezzük a kérdőívre adott válaszok segítségével. A fiatalok lelki egészségéhez szükség van a társsá válás folyamatára, a fiatalok ilyen irányú megismerése, felvilágosítása és esetleg szakemberhez irányítása nem csak szülői, de pedagógiai feladat.

Az ismeretek elsajátításhoz szükséges idő: 2 óra.

**Kulcsszavak:** korai szex, szexuális aktivitás, védekezési módok, romantikus tapasztalatok

### *Bevezetés:*

A szexuális egészség: érett, biztonságos és mindkét félnek örömet okozó szexuális magatartás a holisztikus egészség az emberi jóllét összetevője. A pszichoszexuális fejlődés a serdülőkorra és fiatal felnőttkorra tehető. A fiatalok szexuális egészségének védelme az egészségfejlesztés kiemelt feladata.

### *X./1. Szexuális magatartás*

A korai szex (14 éves kori vagy korábbi) negatívan hat a fiatalra és egészségkockázatot jelent. Lehetséges következményei: korai anyaság/apaság, nem kívánt terhesség, abortusz, vetelés, nemi úton terjedő betegségek.

A statisztikai adatok szerint Magyarországon magas a 10-14 év közötti lányok terhességi aránya. A 10-14 éves lányok terhességeinek 60%-a, valamint a 15-19 éves lányok terhességeinek 41%-a végződött terhesség-megszakítással. Magyarországon a 15-19 éves lányok terhességeinek, abortuszainak és gyermekszüléseinek aránya is magasnak tekinthető.

A HBSC kutatásban részt vevő országok a szexuális megítélés alapján három kategóriába sorolhatók: restriktív, permisszív és szupportív országok. A restriktív országokban a vallás és egyéb szokások miatt keveset beszélnek a szexuális kapcsolatokról és zárkóztak és a késői felvilágosítást és kevés szexuális kapcsolatot tartják elfogadhatónak, ezzel szemben a szupportív országok a korai felvilágosítást és a szexuális és romantikus kapcsolatok támogatását a tapasztalatszerzést helyezik előtérbe. Magyarország a két álláspont közötti permisszív, részben megengedő országok közé sorolható. A romantikus tapasztalatok hatással vannak a mentális egészségre, a későbbi felnőtt párkapcsolatokra való alkalmasságra, segítik a párkapcsolatokban szükséges kompetenciák kialakítását, és a megfelelő mértékű autonómia meghatározását. Csökkentik a társas szorongást és segítik az egyén szexuális identitásának felfedezését.

2014-ben a gimnazisták, szakközépiskolások 40,7%-a, a szakmunkások és szakiskolások 71,5%-a nyilatkozott szexuális kapcsolatáról. Összesítve a 9. osztályosok kb. 30%-a, a 11.-



esek 60%-a vallotta azt, hogy már létesített szexuális kapcsolatot. Nemzetközi összehasonlításban a magyar fiatalok szexuális aktivitása nagyon hasonlít az Ausztriában tapasztaltakhoz, 2002 és 2010 között mindkét országban emelkedett a szexuálisan aktív fiatalok aránya. A magyar fiatalok az első szexuális kapcsolatuk idején legnagyobb arányban 15 évesek voltak. Az iskolatípusokat összehasonlítva az érettségit nem adó képzésekben a szexuális élet kezdete korábban történik. A szexuális együttlét alatti védekezések között a leggyakrabban az óvszerrel vagy az óvszerrel és mással kategóriákat jelölték meg, így az óvszerhasználat összességében 60% feletti volt. Sajnálatos ugyanakkor, hogy a fiatalok kb. 14%- nem védekezik. Az iskolatípusok szerinti bontásban a védekezést tekintve jelentős volt a különbség, a szakiskolások több mint 23%-a nem védekezett, míg a gimnazistáknál ez az arány 10% körüli volt.

## ***X./2. Romantikus tapasztalatok***

A tanulók romantikus érzéseivel kapcsolatos kérdésre adott válasz szerint a fiatalok 85%-a ellenkező nemű személybe volt szerelmes, kb. 2%-a a diákoknak mindkét nemhez vagy azonos nemű partnerhez vonzódik. A 9. évfolyamon a diákok 70%-a már létesített párkapcsolatot, a 11. évfolyamon ez az arány 80%, amely emelkedő tendenciát mutat.

## ***X./3. Összefoglalás***

2014-ben a tanulók harmada állította, hogy 14 évesen vagy annál korábban élte át első nemi aktusát. Az alsó tagozatban is fontos lenne elkezdni a szexuális felvilágosítást! A szakirodalom szerint a nemiséggel kapcsolatos felvilágosító oktató programok nem fokozzák a szexuális aktivitást.

### **X./3.1. Ellenőrző kérdések:**

1. A korai szex hány éves kor előtti szexuális kapcsolatban való részvételt jelent?
  - a) 16
  - b) 15
  - c) 14
2. Magyarország a szexualitás megítélése alapján milyen országok közé tartozik?
  - a) szupportív
  - b) permisszív
  - c) restriktív
3. Milyen az óvszerhasználat gyakorisága a középiskolások körében?
  - a) 40%
  - b) 50%
  - c) 60%
4. A középiskolások hány százaléka nem védekezik?
  - a) 14%
  - b) 17%
  - c) 20%



5. Hány éves korban kezdik a fiatalok a szexuális életet a legnagyobb arányban?
- a) 14
  - b) 15
  - c) 16

#### ***X./4. Ajánlott irodalom:***

[www.hbsc.org/publications/datavisualisations/sexual\\_behaviour.html](http://www.hbsc.org/publications/datavisualisations/sexual_behaviour.html)

[www.egeszseg.hu/szakmai\\_oldalak/assets/cikkek/16-05/egeszseg-es-egeszsegmagatartas-iskolaskorban-2014.pdf](http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldalak/assets/cikkek/16-05/egeszseg-es-egeszsegmagatartas-iskolaskorban-2014.pdf)



## XI. Szubjektív jóllét, és mentális egészség

### Célok és kompetenciák

Ebben a fejezetben a testi egészséget erősen befolyásoló pszichés jóllét szubjektív és objektív eredményeit, valamint a fiatalok alvási szokásait elemezzük. A fejezetben bemutatott testi és lelki tünetek valamint a nem elegendő alvás jelentősen befolyásolja a fiatalok iskolai és sportteljesítményét, ezért kiemelten fontos a pihenés és regeneráció biztosítása a fejlődő szervezet számára.

Az ismeretek elsajátításhoz szükséges idő: 2 óra.

**Kulcsszavak:** szubjektív és objektív jóllét, mentális egészség, alvás

### *Bevezetés:*

A mentális egészség és pszichés jóllét kihat a testi egészségre és megalapozza a „teljes” életet. Serdülőkor egy összetett folyamat, amely testi, biológiai változásokat, idegrendszeri átalakulásokat, hangulat-ingadozásokat jelent. A serdülőkor időszaka megviseli a fiatalot és az őt nevelő és gondozó szülőket, tanárokat egyaránt. A testi és lelki egészség olyan erőforrás, amely hozzájárul az optimális működéshez, a betegségek megelőzéséhez, és a mindennapi élet kihívásaival és követelményeivel való megküzdéshez.

### *XI./1. Szubjektív jóllét, mentális egészség*

A HBSC által vizsgált kérdések: önminősített egészség, szubjektív egészségi panaszok, krónikus egészségi problémák /fogycatékosság, gyógyszerfogyasztás, depresszív hangulat (Gyermek Depresszió Kérdőív), önértékelés (Rosenberg 10 tételes skálája), étellel való elégedettség (Cantril-létra 0-10)

A diákok kb. 50%- a jónak minősítette az egészségi állapotát, a fiúk kb. 35%-a, a lányok 22%-a jelölte meg a kitűnő állapotot, a fiúk 14% a lányok 20% a megfelelő állapotot és néhány százalékban a rossz állapotot jelölték meg. Összesítve a fiúk jobbnak ítélik egészségüket, mint a lányok. Sajnálatos módon a rossz vagy megfelelő kategóriákat megjelölők aránya az életkorral emelkedik mindkét nem esetében. A tünetskálán a lányok minden évfolyamban több dolgot jelöltek meg, így magasabb pontszámot értek el, mint a fiúk, vagyis több panaszuk van. A hetente többször ideges panaszt az életkor előre haladásával, egyre többen jelölték meg, 11. évfolyamon a fiúk 24%-a, a lányok 36%-a vallotta ezt. Szomorú eredmény, hogy a középiskolás fiúk kb. 40%-a a lányok több, mint 50%-a érezte azt, hogy hetente többször is fáradt. A leggyakoribb testi panaszok a fejfájás, hátfájás és az elalvási problémák voltak. Az érettségit adó képzések tanulói 6,5%-kal nagyobb arányban számoltak be gyakori fáradtságról! Az objektív egészségi mutató a kérdőívben az orvos által megállapított krónikus egészségügyi probléma meglétét jelentette. Ezek alapján a tanulók 20-27%-a minden évfolyamon érintett. Szignifikánsan kevesebb szakmunkás és szakiskolás számolt be krónikus egészségi problémáról, ami természetesen összefügg a pályaválasztással, hiszen krónikus panaszok kizáró tényezők lehetnek a szakiskolai felvételnél. További sajnálatos tény, hogy a krónikus betegséggel küzdő fiatalok kb. 50% rendszeresen



gyógyszert szed panaszai miatt. A gyermekdepresszió kérdőívet a 7-11.évfolyamosok töltötték ki, elkésztő eredmény, hogy 4740 tanulóól 1197-nek már észébe jutott az öngyilkosság gondolata, 157 fő úgy nyilatkozott, hogy legszívesebben megölné magát (3,3%)! A lányok 35%-a, a fiúk 24%-a kifejezetten veszélyeztetett állapotot jelölt meg. A tanulók önértékelési átlagpontoszámai megfelelőek voltak, minden évfolyamban nagyon hasonlóan a fiúk kicsivel magasabb pontszámot értek el, mint a lányok. Az étellel való elégedettség maximális 10 pontjából 5.-ben átlagosan 8 pontot adtak a fiatalok, míg 11.-ben 7 pontot jelölték meg a leggyakrabban. Az étellel való elégedettség az életkorral csökken, de a középiskolások kb. 80%-a, az elégedett kategóriát jelölte meg.

## ***XI./2. Alvási szokások***

Életünk körülbelül egyharmadát alvással töltjük. Az alvás minősége meghatározó a testi-lelki jóllét szempontjából. Az „alvási szokások” vagy „alvásmintázat” kifejezés arra utal, hogy egy személy általában mikor fekszik le, alszik el, ébred fel, kel fel, illetve szokott-e szundikálni. A fogalom kiterjed az alvás megszakadásainak gyakoriságára és időtartamára is. A cirkadián ritmus és az éjszakai órákra jellemző sötétség indítja be az agy tobozmirigyében a melatonin nevű hormon termelődését, mely a testhőmérséklet csökkenése és az álmoságérzet növekedése révén vezet az elalváshoz. Tudományosan igazolt, hogy a tévé, számítógép-képernyők és az okos telefonok kijelzői által kibocsátott fény hullámhossza megakadályozza a melatonin felszabadulását.

Az alvás összefüggést mutat a tanulással, érzelemszabályozással, tanulmányi eredmények romlásával, a figyelem zavarával, egészségi problémákkal, hiányzással, kihat a mentális-fizikai egészségére, pszichoszomatikus tünetek gyakoriságára. A felnőtt embereknek átlagosan 7–7,5 órát kell aludniuk! A 10 és 18 éves életkor között végig – átlagosan 9,5 óra alvásra lenne szükség! A kétféle kronotípus: pacsirta /bagoly serdülőkorban már erősen meghatározó. Nemzetközi összehasonlításban a magyar fiatalok 14%-ának van heti egyszer elalvási problémája, ami jó eredménynek számít. A diákok hétköznapiokon a legnagyobb arányban 22 órakor fekszenek le, de tulajdonképpen a fiatalok több mint 55%-a eddig az időpontig ágyba kerül. Hétfvégén a fiatalok egy vagy másfél órával később fekszenek le. Hétköznapiokon a diákok legnagyobb arányban 6:30 órakor kelnek, hétfvégén pedig 9 órakor. Általában a felkelés időpontja az életkorral a hétköznapiokon korábbra tolódik, a hétfvégén pedig későbbre helyeződik. A 2014-es vizsgálat szerint a legtöbb magyar diák 8-8,5 órát alszik hétköznapi.

## ***XI./3. Összefoglalás:***

A szubjektív és objektív egészséget vizsgáló adatok alapján a diákok állapota nem mutat azonos képet, a többségük jónak vagy kitűnőnek minősíti egészségét ugyanakkor számos testi és lelki eredetű panaszt jelöltek meg és a krónikus betegségek gyakorisága is a diákok negyedét érinti. Az átlagos 8 óra alvás ebben az életkorban nem elegendő, az alváshiány valószínűleg összefügg a diákok fáradtságával és testi panaszaival.



### **XI./3.1. Ellenőrző kérdések:**

1. A tanulók hány %-át érinti komolyan a depresszió és foglalkoztatja az öngyilkosság gondolata?
  - a) 2%
  - b) 3%
  - c) 5%
  
2. A 10-18 éveseknek átlagosan hány óra alvásra van szüksége?
  - a) 8,5
  - b) 8
  - c) 9,5
  
3. Melyek a leggyakoribb testi panaszok?
  - a) fejfájás, idegesség
  - b) fejfájás, hátfájás
  - c) szédülés, fejfájás
  
4. A fiatalok hány százaléka elégedett az életével?
  - a) 70%
  - b) 80%
  - c) 90%
  
5. Melyik állítás igaz?
  - a) A fiúk minden évfolyamban rosszabbnak ítélik az egészségi állapotukat, mint a lányok.
  - b) A fiúk minden évfolyamban jobbnak ítélik az egészségi állapotukat, mint a lányok.
  - c) A fiúk és lányok többsége jónak ítéli az egészségi állapotát.

### **XI./3.2. Ajánlott irodalom:**

[www.hbsc.org/publications/datavisualisations/sleep\\_difficulties.html](http://www.hbsc.org/publications/datavisualisations/sleep_difficulties.html)

[www.egeszseg.hu/szakmai\\_oldalok/assets/cikkek/16-05/egeszseg-es-egeszsegmagatartas-iskolaskorban-2014.pdf](http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldalok/assets/cikkek/16-05/egeszseg-es-egeszsegmagatartas-iskolaskorban-2014.pdf)



## XII. Családi kapcsolatok és a családok társadalmi-gazdasági helyzete

### Célok és kompetenciák

Ebben a fejezetben a testi és lelki egészséget erősen befolyásoló tényezőt a családok anyagi és szociális helyzetét elemezzük. Nemzetközi összehasonlításban értékeljük a diákok és családjaik szocio-ökonómiai státuszát (SES), és azok összefüggéseit. A fejezet kitér a családi kapcsolatok fontosságára és a családtípusok egyénre gyakorolt hatására.

Az ismeretek elsajátításhoz szükséges idő: 2 óra.

**Kulcsszavak:** társadalmi körte, SES, jómódúsági skála, szülők iskolai végzettsége

#### ***Bevezetés:***

A serdülőkorú fejlődés összetett társas hatások (pl. a családi, a kortárs és az iskolai környezet), illetve a kulturális és történelmi háttér rendszereibe ágyazódva zajlik. A szocio-ökonómiai helyzet (röviden: SES) a családi háttér egyik olyan jellemzője, amely serdülőkorban (is) társadalmi és kulturális hatásokat közvetít. A SES kiemelt jelentőségű az egészségben tapasztalható különbségek és egyenlőtlenségek magyarázatában.

### ***XII./1. Társadalmi körte***

A magyar társadalom a rendszerváltozás után sajnálatos módon körte irányba változott, ha az egyes rétegekhez tartozók arányát vesszük alapul. Ez azt jelenti, hogy a felső rétegekhez tartozók aránya csökkent az alsó és alsóközép rétegekhez tartozók aránya megnövekedett. Magyarországon az elitréteghez csupán a lakosság 2% tartozik, alattuk helyezkednek el a felső közép (10,5%) és a feltörekvő fiatalok rétegei (6%). A középrétegben találjuk a vidéki értelmiség (7%) csoportját és a káderi kisembereket (17%) valamint lejjebb a munkásréteget (16,5%) és a sodródókat (18%). A társadalom óriási problémája a leszakadtak rétegbe került több mint 20%-os csoport.

### ***XII./2. SES***

A szocioökonómiai státuszt (SES) meghatározó tényezők: társadalmi, gazdasági és foglalkozási státusz, jövedelem, az egyén (vagy család) által birtokolt források, az iskolázottság és a foglalkozás, a társas presztízs, a társadalomban elfoglalt pozíció.

A SES jelentős hatással van az életesélyekre!

Alacsony SES a lehetőségektől való megfosztottság /a saját élet felett érzett kontroll hiányával társulhat, sajnálatos módon a szülői SES tartós, kumulatív hatással van a gyermekek pszichológiai alkalmazkodására, és egészségére! Jellemző a rosszabb egészségmutatók, rosszabb önminősített egészség, alacsonyabb élettel való elégedettség, több gyakori szubjektív egészségpanasz. A szociálisan hátrányos helyzetű serdülők körében két-





háromszor nagyobb az esélye a mentális problémák megjelenésének, mint a kedvezőbb szociális háttérű társaiknak.

Az alacsony szocio-ökonómiai háttérrel rendelkező családok gyakran élnek át fokozott stresszt, sokszor rosszabb fizikai és társas környezetben élnek. A szegénység a családi élet valamennyi aspektusára kihathat: például a szülői nevelési módra, a szülők mentális egészségére, a lakhatás minőségére, az egészségügyi, oktatási és szabadidős szolgáltatásokhoz való hozzáférésre.

A megkérdezett magyar fiatalok anyukája legnagyobb arányban (26%-ban) főiskolai vagy egyetemi végzettségű volt, 24%-uk középiskolát végzett. Az apukák 29% a szakmunkás bizonyítvánnyal rendelkezett további 20% volt diplomás. Az objektív jómódúsági mutatók között a következő tárgyak birtoklása volt mérvadó: számítógép, fürdőszoba, személy vagy tehergépkocsi, külföldi nyaralás a családdal, saját szoba, mosogatógép. A magyar családok többsége nem rendelkezik mosogatógéppel és nem utazik külföldre nyaralni. Az objektív mutatókból kialakított három fokozatú családi jómódúság skála szerint a magyar családok 52%-a az alsó kategóriába esett, 35% a közép- és 13% a felső kategóriába volt sorolható. A diákok közül a lányok 60%-ban, a fiúk pedig 50%-ban a családjuk helyzetét az átlagos kategóriába sorolta. A tanulók az életkorral egyre nagyobb arányban gondolják úgy, hogy családjuk az átlagos vagy a nem jómódú gazdasági kategóriába tartozik. Ha a családi jómódúságot és a település nagyságot összevetjük, akkor kiderül, hogy a kistelepüléseken találjuk a legnagyobb arányban az alsó kategóriába eső családokat.

### ***XII./3. Családszerkezet, családi kapcsolatok***

A család összetétele és a családi kapcsolatok minősége hatással van a serdülőkorú fiatalok fejlődésére, életesélyeire, egészségére és életmódjára. Megkülönböztetünk: hagyományos családot, egyszülős családot és újrastrukturált családot. A családtípus hatásai hosszútávon felnőttkorban is kimutathatók. A családdal kapcsolatos problémák pszichés problémákat, depresszív tüneteket, viselkedésbeli, társas, iskolai problémákat, alacsonyabb önértékelést, fokozott rizikómagatartást, szerhasználatot eredményezhetnek. Az egyszülős vagy újrastrukturált családok helyzete a legnehezebb. A gyermek személyes jellemzői is meghatározóak: temperamentum, szociális kompetencia, önértékelés, önkontroll, intelligencia stb. Fontos megállapítás, hogy a testvérek száma, nagyszülők jelenléte elősegíti a tolerancia, az alkalmazkodás képességének kialakítását. A kapcsolatok minősége egészséget támogató eszköz! Rendkívül fontos az érzelmi kötődés/elérhetőség, a kommunikáció és a fizikai jelenlét, valamint a szülői kontroll egészségvédő hatása.

Az adatgyűjtéskor a diákok 67%-a, élt teljes családban, 20% egyszülős és 10% újra strukturált családban. A kistelepülésen élők nagyobb arányban éltek teljes családban mint a budapestiek vagy megyeszékhelyen élők. A diákok 43-46%-nak van egy testvére, vagyis még mindig a legnépszerűbb a kétgyermekes családmodell. A fiatalok 24%-ának van kettő testvére, 14-20%-uk testvér nélkül nő fel. A családi kommunikáció és családi támogatás legmagasabb pontszámait a teljes családokban születtek.





## **XII./4. Összefoglalás:**

A magyar családok helyzete a nemzetközi családi jómódúsági skála szerint elkésztő, több mint a családok fele az alsó kategóriába esik. A fiatalok reálisan, az életkorral előrehaladva egyre kevésbé tartják családjukat jómódúnak. A családok szerkezete és a családból jövő támogatás jelentős befolyásoló tényező, a diákok kb. 70% teljes családban nő fel, 10%-uk újra strukturált családban.

### **XII./4.1. Ellenőrző kérdések:**

1. A magyar társadalomban kb. hány % tartozik az elitréteghez?
  - a) 5%
  - b) 3%
  - c) 2%
2. Általában a magyar diákok melyik szülőjének van magasabb iskolai végzettsége?
  - a) anyának
  - b) apának
3. Mely eszközök birtoklása tartozik a szubjektív jómódúság mutató meghatározásába?
  - a) számítógép, gépkocsi, telefon
  - b) mosogatógép, számítógép, gépkocsi
  - c) számítógép, lakás, telefon
4. A 3 fokozatú családi jómódúság skála szerint a magyar családok hány százaléka tartozik az alsó SES kategóriába?
  - a) 50%
  - b) 40%
  - c) 35%
5. Hogyan változik az életkor előre haladásával a diákok szubjektív jómódúság megítélése?
  - a) növekszik
  - b) nem változik
  - c) csökken

### **XII./4.2. Ajánlott irodalom:**

[www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak\\_tarsadalom\\_retegzodese](http://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak_tarsadalom_retegzodese)

[www.egeszseg.hu/szakmai\\_oldal/assets/cikkek/16-05/egeszseg-es-egeszsegmagatartas-iskolaskorban-2014.pdf](http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/assets/cikkek/16-05/egeszseg-es-egeszsegmagatartas-iskolaskorban-2014.pdf)