

## A FIATALOK TESTI ÉS MENTÁLIS EGÉSZSÉGÉNEK TÁRSADALMI TÉNYEZŐI

Hazánkban a népesség egészségi állapotát, egészségügyi ellátottságát befolyásoló társadalmi tényezők rendszeres vizsgálata viszonylag későn kezdődött el. A hetvenes években bontakoztak ki azok az interdiszciplináris kutatások, amelyek az orvostudományok és a társadalomtudományok tudásanyagának együttes alkalmazásával megkiséreltek átfogó képet adni a lakosság halandósági, megbetegedési viszonyait alakító, biológiai jellemzőit befolyásoló társadalmi faktorok köréről. A társadalomtudományi érdeklődés középpontjába kerültek az egészségügyi ellátás funkciói és funkciózavarai, az ellátottság alakulásának problematikus jelenségei.<sup>1</sup>

A kutatásoknak ez a megkésettége jórészt "természetes" is. Hiszen a társadalompolitikai, egészségpolitikai prioritásokat a felszabadulástól kezdve hosszabb időszakon át megszábták a multból örökölt súlyos népegészségügyi problémák, az egészségügyi ellátás hozzáférhetőségében fennálló egyenlőtlenségek. Ezek leküzdése nem annyira kutatást, inkább cselekvést igényelt. Amiközben ezeken a területeken jelentős eredmények születtek, a jobban, a tovább és más módon élni szükségleteit kibontakoztató és realizáló társadalmi folyamatok mellékhatásaként más egészségi ártalmak kerültek a régiek helyébe. Gyakran elfeledkezünk arról, hogy a tulajdonviszonyok, a lakáshelyzet, a közlekedés, a munkastruktúra, a családi és emberi viszonyok területén végbement gyökeres átalakulás, az életmód alapjainak és összetevőinek teljes átrendeződése rendkívüli terhelést is jelentett az emberek számára. Ennek hatásai elkerülhetetlenül jelentkeznek az egészségi állapotban: az ártalmak új sorát alakították ki. Előtérbe kerültek a szív- és érrendszeri, a daganatos betegségek, a balesetek, a légzőszervi ártalmak, a mozgásszervi betegségek, a pszichoszomatikus kórképek és pszichés zavarok, a szinte népbetegségnek számító alkoholizmus, az öngyilkosság és még sorolhatnánk tovább. Mind megannyi olyan kórkép, amelyek kialakulása, lezajlása és kimenetele a legszorosabb összefüggésben van a megváltozott és változó élet- és munkakörülményekkel, az életmóddal.

Az új helyzetben világossá vált, hogy az egészségvédelem hatékonyságának növelése, mind a gyógyítás, mind a megelőzés területén, egyfelől aligha valósítható meg a halandósági és megbetegedési viszonyok differenciált, a közreható társadalmi tényezők megismerése nélkül. Másfelől az is nyilvánvaló lett, hogy az ellátás hozzáférhetőségében, színvonalában megmutatkozó egyenlőtlenségek oldása, az ellátási rendszer korszerűsítését célzó erőfeszítések megalapozása, a valóságos helyzetet feltáró társadalomtudományi, szociológiai kutatásokat igényel. Lényegében ez a kettős igény vonta maga után a társadalomtudományok hasznosítását a társalomegészségügyi problémák vizsgálatában.

Társadalomtudományi fogalmak és módszerek kerültek alkalmazásra a halandósági viszonyok elemzésében, a megbetegedési viszonyok epidemiológiai vizsgálataiban. Megkezdődött az életmód és az egészség összefüggéseinek, valamint az egészségügyi szervezet szociológiai kutatása.<sup>2</sup>

#### A fiatalok egészségi állapotát, biológiai fejlődését befolyásoló társadalmi tényezők vizsgálatának motívumai és területei

A nyolcvanas évekelejen az addig tematikusan elkülönülő vizsgálatokat a társadalmi igényeknek inkább megfelelő komplex megközelítés váltotta fel. Jól példázzák ezt az ifjúság problémáira koncentrááló kutatások. A tudományos érdeklődés előterébe kerültek az önálló élet- és pályakezdés konfliktusai, a fiatalok társadalmi helyzete és életmódja, a munkaszervezetekben elfoglalt helyük és szerepük. A vizsgálatok kiterjedtek a politikai szocializációra, az ifjúságpolitika és -mozgalom aktuális kérdéseire is. A kutatási prioritások kijelölésében - jelentőségüknek megfelelően - megkülönböztetett figyelmet kaptak a fiatalok egészségének, biológiai fejlődésének jellemzői, az ezeket befolyásoló társadalmi tényezők.<sup>3</sup>

A téma kiemelt kezelését döntően az indokolta, hogy nem rendelkezünk átfogó és kellően differenciált ismeretekkel a fiatalok testi és mentális egészségi állapotáról. Annak ellenére, hogy alapvető társadalmi érdekek fűződnek a felnövekvő generációk testi és pszichés fejlődésének optimális alakulásához, az ezt biztosító feltételek javításához. Aligha szorul bizonyításra, hogy a jó egészség, a testi és pszichés felkészültség, a társadalmi életre való felkészülés folyamatának, a munkamegosztás rendszerébe történő bekapcsolódás lehetőségének és módjának, a foglalkozáshoz, a nemhez és a családi állapothoz kötődő társadalmi szerepek ellátásának nélkülözhetetlen előfeltételét jelenti. Nem is szólva arról a tényről, hogy az egészségi állapot az életmód, az élet minőségének egyik fő meghatározója a fiatal kort követő életszakaszokban. Ugyanakkor az egészségi állapot nemcsak úgy jön számításba, mint az ember társadalmi tevékenységének, életmódjának valamiféle külső feltétele, determinánsa, hanem úgy is, mint e tevékenységek és a követett életmód eredménye is. Ebből adódott a kérdés, mely környezeti, életmódbeli, magatartásbeli tényezők segítik elő az egészség társadalmilag és egyénileg is kívánatos alakulását és melyek hatnak ez ellen? Hogy az utóbbiakkal is számolni kell, azt több kedvezőtlen jelenség indokolta.

Az utóbbi évtized tapasztalatai ugyanis azt mutatták, hogy a fiatalok egészségi állapota, biológiai fejlődése korántsem tekinthető problémamentesnek, sőt sokasodtak a kedvezőtlen jelenségek. Ezek megnyilvánultak a halandósági és a megbetegedési viszonyok területén, jelentkeztek a testi fejlődés, a fizikai erőnlét problémáiban. Mind több jel mutatott arra, hogy a fiatalok életvezetése, életmódja egyre kevésbé felel meg az egészséges élet-

mód követelményeinek. Világossá vált az is, hogy a fiatalok egészségkulturális szintjének növeléséért, az egészségnevelésért, az egészséges életmódra való felkészítésért és egészségvédelemért felelős intézmények nem teljesítik hatékonyan ezt a funkciót. Tanui lehetünk a társadalmi beilleszkedési zavarok terjedésének. Jelentős az alkoholisták, az öngyilkosságot megkísérlők, az öngyilkosok száma és aránya a fiatal generációkban. Bizonyos körökben tért hódított a drogélvezet, a "szipózás".

Ezek a problémák lényegében kijelölték "Az ifjúságpolitika tudományos megalapozását szolgáló kutatások" MTA tárcaszinten kiemelt főirány 1.sz. "A fiatalok testi-fizikai és mentális egészségének társadalmi tényezői" c. tematikus irányban 1981-ben induló vizsgálatok fő területeit. A vizsgálatok négy fő témakörben és hozzájuk kapcsolódva több részterületen kezdődtek meg: 1. A munka és életmód egészséget befolyásoló összetevői, a fiatalok egészségmagatartása és egészségkulturája, egészségügyi ellátottsága. Központi kutatóhely: POTE Marxizmus-Leninizmus Intézet Szociológiai Csoport és JPTE Szociológia Tanszék. (Altémák: a) A fiatalok egészségi állapotának és egészségvédelmének történeti változásai és mai jellemzői. b.) Az egészségileg veszélyeztetett fiatalok egészségkulturája, egészségügyi ellátási viszonyai, munkájukkal, életmódjukkal összefüggésben. c) A köznevelési és az egészségügyi rendszer szerepe az egészséges életmód kialakításában.) 2. A társadalmi tényezők hatásai az ifjúság mentális egészségére. Központi kutatóhely: MN. 3.sz. Katonai Kórház Ideg-elme Osztály. (Altémák: a) A lelki zavarok gyakorisága a fiatalok között, gyógyításuk hatékonyságát befolyásoló társadalmi, kulturális és intézményi tényezők. b) A mentális kiegyensúlyozottság biztosításának szociális feltételei és mechanizmusai.) 3. Az ifjúság testkulturája és sportja. Központi kutatóhely: TF Marxizmus-Leninizmus Tanszék. (Altémák: a) a testnevelés helye két generáció értékrendjében. b) Az ifjúság iskolai és iskolán kívüli testnevelésének és sportolásának helyzete. c) A tanuló és a dolgozó fiatalok fizikai teljesítőképességének vizsgálata.) 4. A magyar ifjúság biológiai fejlődése a társadalmi struktúra és az életmód függvényében. Központi kutatóhely: ELTE Embertani Tanszék.

A tematikus irányban végzendő munkálatok tervezésekor, egyik fő feladatnak azt tekintettük, hogy összegezzük a hetvenes években végzett országos jellegű kutatások eredményeit. Ez konkrétan három területet érintett: a) a halandósági viszonyok történeti alakulását nemzetközi összehasonlításban tárgyaló vizsgálatokat; b) az országos szintű epidemiológiai kutatásokat; c) az életmód és egészség összefüggéseit feltáró szociológiai vizsgálatokat. Bár ezek a kutatások sem problematikájukban, sem célcsoportjaikat tekintve nem minősíthetők ifjúságcentrikusnak, mégis ifjúsági metszetük eredményei elégségesek arra, hogy a fiatalok egészségügyi helyzetének fontosabb aspektusaira irányítsák a figyelmet.<sup>4</sup>

A továbbiakban először ezeknek a vizsgálatoknak fő megállapításait, majd pedig a saját kezdeményezési kutatások fontosabb eredményeit foglaljuk össze.<sup>5</sup>

#### A fiatalok halandósági és megbetegedési viszonyai

A népesség egészségi állapotának egyik hagyományosan alkalmazott, közvetett mutatója a halandóság. Bár számos kutató megkérdőjelezi a mutató használhatóságát azon az alapon, hogy az utóbbi időszakban az iparilag fejlett országokban a halandósági viszonyok alig változnak - azt senki sem vonja kétségbe, hogy a népesség egészségi állapotának történeti, összehasonlító elemzésére továbbra is szinte az egyetlen lehetőséget jelentik.<sup>6</sup>

A fiatalok egészségi állapota alakulásának történeti összehasonlító elemzése ily módon gyakorlatilag egybeesik halandósági viszonyaik feltárásával.

Ha a magyar népesség halandósági viszonyainak alakulását az utóbbi négy évtizedben önmagában tekintjük, az összkép kedvező. A 60-as évektől azonban a jelentősen pozitív tendencia megtorpant, sőt a helyzet rosszabb lett. Ezt jól mutatja, ha a halandósági adatokat összevetjük más európai országok adataival. A 30-as évek végén 15 európai országot tekintve nagyon eltérő halálzási arányszámok voltak jellemzőek az egyes országokban. A háborút követően minden országban egyértelmű a javulás, azonban jelentősen differenciált. Az ötvenes években Ausztria, Franciaország, Jugoszlávia, Portugália, Lengyelország és Románia halandósági arányai meghaladták hazánkét, 1970-ben Ausztriáé, az NDK-é, 1980-ban pedig csak az NDK-é. Az ötvenes évek európai viszonylatban közepesnek mondható szintje nem javult tovább, hanem romlott.

A továbbiakban csak a 0-29 évesek korcsoportjai halandóságának változásait figyelve, az alábbiakat állapíthatjuk meg: a csecsemőhalandóságban az elmúlt négy évtizedben a javulás egyértelmű, bár még nem kielégítő. Helyzetünk a nemzetközi összehasonlításban eléggé kedvezőtlen. A gyermekhalandóságon belül az 1-4 évesek halandósága az, ami leginkább kifejezi a társadalmi-gazdasági feltételek változásait. Az elmúlt évtizedekben e korcsoport halálzási aránya csökkent a legjobban, mind abszolút számban, mind arányszámban. A változás üteme meghaladta az iparilag fejlett országokban regisztráltat. Az 5-14 évesek halálzási aránya szintén kedvező képet mutat, de nemzetközi összehasonlításban már kevésbé. A legutóbbi másfél évtizedben nem folytatódott a felzárkózás a legjobbakhoz, nem sikerült az elért pozíciót sem megtartani. 1980-ban a 15-19 éves életkorban meghaltak száma az 1938-as évinek 16 %-a, a 20-25 éveseknél 29 %-a, a 25-29 éveseknél 30 %-a. Ez alapvetően kedvező jelenség. Ebben és a megelőző korcsoportokban is fennmaradnak azonban a halandósági arányok területi és lakóhelyi különbségei, amelyek az eltérő életmóddal, szociális összetétellel hozhatók kapcsolatba.<sup>7</sup>

Komoly figyelmeztető jel, hogy a fiatal felnőttek, különösen a férfiak, halandósági arányainak korábban irreverzibilisnek hitt pozitív változása megtorpant, sőt az utóbbi

évtizedben romlás jelei mutatkoztak. A halandósági arányok stagnálása, rosszabbodása abban a korcsoportban, ahol - a kétségtelenül jelentősen jobb életfeltételekből, egészségügyi ellátásból következően is - "természetserű" lenne a további csökkenés, arra figyelmeztet, hogy a jobb életkörülmények elérése irányába ható társadalmi-gazdasági folyamatoknak az egyéni törekvéseknek "ára" van, idő előtt elvesztett életekkel kell fizetni értük. Az idősebb korosztályok halandóságában még markánsabban jelentkező romlási tendencia okai vizsgálatában sem lehet elvonatkoztatni attól, hogy az élet elvesztéséhez vezető betegségek vagy más okok már a megelőző életkori szakaszokban ható, egészségre ártalmas környezeti, életmódbeli és magatartási tényezők következményei.

A fiatalok egészségi állapotát a halandósági mutatóknál közvetlenebbül jellemzik a megbetegedési viszonyaikról rendelkezésre álló adatok. A körzeti orvosi szűrővizsgálat és az országos epidemiológiai kutatás eredményeiből három megállapítást kell kiemelnünk. Először: a fiatalok körében a vártnál lényegesen magasabb az idült betegek aránya (közel 30 %). Másodsor: az összes betegnek talált személy 72 %-ának megbetegedése megelőzően nem volt ismert, nem álltak orvosi kezelés alatt. Harmadsor: a nők körében gyakoribb az újonnan diagnosztizált betegek aránya, a férfiaknál viszont az alacsonyabb előfordulással a súlyosabb, orvosi ellátást is igénylő kórképek magasabb gyakorisága társul.<sup>8</sup> A szűrővizsgálat és más kutatások eredményei is figyelmeztetnek arra, az életet veszélyeztető betegségek kialakulása már ebben az életkori szakaszban megkezdődik és szedni kezdi áldozataikat, mint az a halálóki statisztikából is kitűnik. A kóros elváltozások más csoportja, a pszichés és pszichoszomatikus kórképek magas gyakorisága viszont arra utal, hogy ezek a betegségek, ha nem is fatális kimenetelűek, de mindenképpen rányomják a bélyegüket az érintett fiatalok életének minőségére.

A fiatalok megbetegedési viszonyairól szerzett ismereteinket több szempontból jelentősen kibővítették az életmód és az egészség összefüggéseinek feltárására irányuló szociológiai vizsgálat eredményei. Ezekből kitűnik, hogy az egészségi állapotban jelentős különbségek vannak az iskolai végzettség szerint mind a 30 év alattiaknál, mind a 30-39 évesek között, de még markánsabbak a két korcsoport összehasonlításában. Így pl. a magasabb iskolai végzettségű szellemi foglalkozású rétegekben a betegek arányának emelkedése a két korcsoport között 33 %, addig a fizikaiak csoportjában 55 %. Ugyanez a tendencia figyelhető meg a lakóhely típusa és az anyagi életszínvonal összefoglaló mutatója, illetve a munkaigénybevétel foka szerint is. A kutatás fontos megállapítása, hogy a társadalmi helyzet befolyásolja a megbetegedések típusának előfordulási gyakoriságát is.<sup>9</sup>

A fiatalok egészségi állapotának a fentebb bemutatott jellemzői mellett, a tematikus irányban folyó munkálatok kiterjedtek az élethelyzet változásainak az egészségi állapotra gyakorolt hatásai feltárására a fiatalok egy sajátos csoportjában. Ezek a kutatások két

kérdéssel indultak: 1. A 60-as években, a társadalmi-gazdasági fejlődés fellendülésének időszakában, mi volt a jellemző e fejlődésből kirekedt rétegek, marginális csoportok életkörülményeire, életmódjára és velük összefüggésben értelmi fejlettségi szintjükre, pszichés egészségi állapotukra? 2. Vajon 15 év elteltével ezek a periférikus rétegek mennyire voltak képesek a kiemelkedésre - ha igen, akkor ebben milyen társadalmi tényezők játszottak szerepet, és a fejlődés sodrába vagy legalábbis annak szélébe kerülésnek, az elmozdulásnak milyen egészségi következményei voltak? Az 1966-ban végzett első vizsgálat fő megállapítása: az értelmi fejlődésben való megrekedésért az ingerszegény környezet, a motivációs tényezők hiánya a felelős. A szellemi fejlődés elmaradása mellett a kutatók testi megbetegedést nem találtak. Az 1982-ben vizsgáltaknál kiugróan magas volt a pszichoszomatikus kórképek aránya (40 %,) illetve a neurotikus, szubdepressziós kórképeké (20,5 %), az alkoholizmusé 13,4 %. Összességében a vizsgáltak 60,7 %-át találták betegnek, 16,5 %-uknál két vagy több betegség állt fenn. A kutatás lényeges megállapítása, hogy a korábbi társadalmi helyzetükből elmozdulók között a betegek aránya 72 %, a többé-kevésbé eredeti státuszukban maradóknál viszont 40,7 %.<sup>10</sup>

Jelen tanulmánynak nem célja, hogy e megdöbbentő helyzetkép előidéző mechanizmusairól akár csak vázlatosan is szóljon. Annyit azonban mindenképpen meg kell jegyeznünk, hogy azok a mechanizmusok, amelyek feltehetően felelősek ezért, minden bizonnyal nemcsak a marginális csoportokban működnek. Okunk van azt hinni, hogy a felgyorsult társadalmi mobilitás, az emberi kapcsolatokban, az értékrendben bekövetkezett változások, más társadalmi csoportokat is hasonló helyzetbe hoztak, a náluk talált megbetegedési arányok hasonló képet mutatnak. Hogy mást ne említsünk ezzel kapcsolatban, elégséges figyelmeztető adatot prezentált az a kutatás, amelyet a középiskolai tanulók körében végeztek. Ezek arra utalnak, hogy iskoláink mentálhigiénés helyzete megkülönböztetett törődést érdemel. A vizsgálatba bevont tanulók között feltűnően magas a pszichoszomatikus tünetek gyakorisága, amelyek a túlterhelt pszichikum tiltakozását fejezik ki. Az ugyancsak magas gyakorisággal jelentkező pszichés tünetek pedig a neurotikus személyiségfejlődés minden formáját tükrözik. Végül komoly dolog, hogy a tanulók 10 %-át úgy kellene nyilvántartani (ha lenne ilyen nyilvántartás), mint veszélyeztetett réteget, akinél nagy a valószínűsége annak, hogy az alkoholistákhoz, a szipózókhoz csapódnak.<sup>11</sup>

#### A fiatalok orvoshoz fordulását és egészségkulturáját befolyásoló társadalmi és intézményes tényezők

A fiatalok egészségi állapotáról kapott képhez szervesen kapcsolódik két további probléma. Az egyik az, hogy vajon vannak-e különbségek a munkaviszonyban álló fiatalok eltérő helyzetű csoportjainak orvoshoz fordulásában, táppénzre vételük gyakoriságában és tartamában? A másikat abban jelölhetjük meg, hogy az egészségügyi és a közoktatási

rendszer mit tesz az egészséges életmódra való felkészítésért, mennyiben teljesítik deklarált funkcióikat ezen a területen, kívánatos együttműködésük hogyan valósul meg?

Az első kérdésre annak a kiterjedt elő kutatásnak eredményei alapján válaszolhatunk, amelyet 23 pécsi üzemben, a bolyi Mezőgazdasági Kombinátban és a megye 6 termelőszövetkezetében, valamint a Mecseki Szénbányákban dolgozó fiatalok munkaügyi és egészségügyi dokumentumainak feldolgozásával kaptunk.<sup>12</sup> A pécsi üzemekben dolgozó fiatalok dokumentumaiból megállapítható, hogy jóllehet a 30 éven aluliak körében a betegség, sérülés miatt az orvoshoz fordulások száma és a táppénzes esetek gyakorisága kisebb, mint az idősebb korosztályokban, abszolút értelemben mégis igen magasak ezek az arányok. Az orvoshoz fordulásban és a táppénzes megbetegedések gyakoriságában jelentős különbségek vannak a férfiak és a nők között. A nők minden tekintetben gyakrabban veszik igénybe az egészségügyi ellátást, mint a férfiak. A foglalkozás jellege (fizikai vagy szellemi munka) önmagában nem jelent szignifikáns tényezőt a táppénzes megbetegedések gyakoriságának alakulásában. Azonnal differenciálódik azonban a kép, ha az iskolai végzettséget és a beosztást, illetve a munkaviszony hosszát is figyelembe vesszük. Nagyon jelentősek az eltérések mind a táppénzes megbetegedések előfordulási gyakoriságában, mind a táppénzes tartam átlagos hosszában: azaz a táppénz igénybevétele és tartama erősen rétegspecifikus. Az orvosi ellátás fő "fogyasztói" lényegében ugyanazok a rétegek, amelyek a táppénzt is gyakrabban veszik igénybe, mégpedig általában a nők, az alacsony iskolai végzettségűek és az alacsony beosztásúak, tehát a munkamegosztás kedvezőtlen posztjain dolgozók. Ez azt is jelenti, hogy a gyakrabban táppénzen lévők egyébként is többször fordulnak orvoshoz. Vagyis nem kizárólag akkor, amikor táppénzre "akarnak" menni. Feltehetően ezek a fiatalok képezik a valójában gyakrabban, illetve súlyosabban megbetegedő réteget. Az orvoshoz fordulás adatainak értékelése során természetesen nem lehet figyelmen kívül hagyni azt, hogy e rétegek az "objektív" élethelyzetükből adódó feszültségeiket betegségre utaló jelként fogják fel, s valószínűleg ez motiválja őket az orvos gyakoribb felkeresésére. E feszültségek levezetésének az egészségügy a mai magyar társadalomban az egyik jelentős csatornáját jelenti.

A mezőgazdaságban dolgozó fiatalok betegség, sérülés miatti orvoshoz fordulási arányai és táppénzes gyakorisága hasonló képet mutat, mint a pécsi fiataloké, bár valamivel elmarad attól. A táppénzen töltött idő hosszában azonban már jelentős mértékű differenciálódás. A mezőgazdaságban foglalkoztatott fiatalok töltötték a legkevesebb időt táppénzen. A mélyebb elemzés azonban arra utal, hogy bár ezek a fiatalok ritkábban és rövidebb időre mennek táppénzre, de állapotuk, betegségük súlyossága következtében nagyobb arányban kényszerülnek betegállományuk alatt az egész napot, vagy a nap nagy részét ágyhoz kötötten, ágyban fekvő betegként tölteni. Másként fogalmazva: valószínűleg

ők csak akkor mennek már táppénzre, amikor olyan állapotban vannak, amely mind a munkahelyi, mind az otthoni munkavégzést lehetetlenné teszi. Feltűnő, hogy a mezőgazdaságban foglalkoztatott nők kevésbé veszik igénybe az orvosi ellátást, mint a pécsi üzemekben dolgozó társaik, sőt a férfiakhoz képest sem gyakoribb igénybevevők. Feltételezhető, hogy a beteg szerep "vállalásában" sokkal inkább férfi társaikhoz, mint az iparban dolgozó nőkhöz hasonlítanak. A bányászfiatalok munkájából, munkakörülményeiből adódik, hogy lényegesen gyakrabban fordulnak orvoshoz, gyakrabban kerülnek táppénzre és jelentősen hosszabb ideig is veszik azt igénybe, mint a másik két csoportba tartozó fizikai foglalkozású férfiak.

A fiatalok egészségi állapotának, orvoshoz fordulásának társadalmi különbségei hangsúlyozottan vetik fel a megelőzés problémáját. Ezen belül is azt, hogy az egészségügyi és a közoktatási rendszer, mint szocializációs csatornák, mennyire képesek az egészségmagatartást befolyásolni, az egészséges életmódra felkészíteni. A témakörre irányuló kutatások fő célpontja a mai helyzet komplex módszerekkel történő feltárása volt. Nevezetesen az, hogy az egészségnevelés terén mi történik a bölcsődékben, az óvodákban és az általános iskolákban.<sup>13</sup> A fontosabb eredményeket az alábbiakban foglalhatjuk össze: A bölcsődéskoru gyermekeknél szerves együttműködés van a család (az anya), a védőnő és az orvos között. Az orvosi szerepkör fő vonása a tanácsadó, a javaslattevő orvos és kevésbé a gyógyító. Az együttműködés kulcsfigurája a védőnő. Az anyák kooperatív készsége a tanácsok követésében ebben az életkori szakaszban a legjobb. Más a helyzet az óvodában és méginkább az iskolában. Az óvodában az orvosi szerep már beszűkül. Alkalmi látogató, elsősorban az egészséget ellenőrző szerepet tölt be. Az anyáknak az orvossal kapcsolatos elvárásaiban előtérbe kerül a gyógyító orvos képe. Az egészségnevelés itt az óvónőre hárul. Az, hogy az óvónő egészségnevelő tevékenysége mennyire hatékony, döntően attól függ, hogy az általa közvetített egészség-ismeretek, értékek, viselkedésminták mennyire egyeznek meg a család által közvetítettel. Ha a család mást tekint értéknek az egészség vonatkozásában, mint az óvoda, az óvónő kis hatáskörrel képes teljesíteni az egészségnevelő tevékenységet. Tehetetlensége a mentálhigiéne területén különösen szembetűnő.

Az általános iskola egyik deklarált célja a testileg, szellemileg egészséges, edzett nemzedékek nevelése, röviden az egészséges életre nevelés. A kérdés az, hogy ez a cél hogyan realizálódik az oktatási-nevelési tervben? Az egészséges életnek főleg az az oldala hangsúlyozódik, amely a fizikai erőnléttel van kapcsolatban. A mentálhigiénes feladatokra még csak utalás sem történik. Az iskola tantárgyakban gondolkodik. Ez az egészségre nevelés területén úgy jelentkezik, hogy három tantárgy lesz a felelős: a testnevelés, a biológia és az osztályfőnöki óra. Igen tanulságosak a dokumentumelemzésből levont követke-



tetések: 1. Az iskolaorvosról a dokumentumban funkcióját tekintve nagy közreműködőként, partnerként említve nem esik szó. Az egészségnevelés, mint fogalom, az egész dokumentumban nem tűnik fel. 2. A tantárgyak egymás közötti koordinálatlansága szembetűnő: az osztályfőnöki órák tematikája egyik téma vonatkozásában önmagát építi a testnevelés vagy a biológia anyagára. 3. "Az iskola nyitottsága" c. általános elveket tartalmazó részben konkrétan csak a szülők, a család bevonásáról esik szó. Az iskolaorvos személyén keresztül az egészségügy felé nyitásról nem olvashatunk.

De hogyan látja el az egészségügy az iskolai feladatokat? Az egészségügy - legalábbis a dokumentumok síkján - az óvodában megfogalmazott és kialakított vonalat következetesen végigviszi az iskolára vonatkoztatva is. Az egészségügyi és a köznevelési dokumentum egy nagyon lényeges kérdésben azonosságot mutat: a lelki egészség, a mentálhigiéne kérdésköre mindkettőben háttérbe szorul. Egyébként ezt alátámasztják a felső tagozatos általános iskolások körében végzett empirikus adatfelvétel eredményei is.<sup>14</sup>

Ezek az adatok arra hívják fel a figyelmet, hogy az iskolai oktató-nevelő munka a testi-fizikai egészség megőrzésével kapcsolatos ismeretrendszer inkább alakítja, addig a preventív szemléletet, de még inkább a mentálhigiéne felkészültséget tükröző egészségmagatartásra ilyen kimutatható hatása nincs. Ezt azért is hangsúlyozni kell, mert egyre több szó esik a stressz-betegségekről, a tolerancia, a konfliktusokkal szembeni ellenállóképesség hiányáról. Itt tehát komoly teendők hárulnak az iskolára.

#### A fiatalok biológiai fejlődése. A testkulturális értékek és az iskolai testnevelés szerepe

A tematikus irányban folyó kutatások másik központi témája a fiatalok biológiai fejlődési folyamata, illetve azt befolyásoló tényezők köre volt, különös tekintettel az iskolai testnevelés és a sport helyzetére. A biológiai fejlődés megismerésére országos reprezentatív keresztmetszeti növekedés vizsgálat indult. A kutatás kiterjedt a 3-18 éves koru, mindkét nemű gyermekek és fiatalok mintegy 1,5 %-ára. A társadalomtudományi és antropometriai /humánbiológiai módszerekkel végzett kutatás még nem zárult le, de a vizsgálati minta egyharmadának előzetes feldolgozása néhány figyelemre méltó következtetés levonására máris lehetőséget ad.<sup>15</sup>

A gyermekek természetbeli növekedése, testsúlybeli gyarapodása - amint erre a szekuláris trend (a növekedési változások évszázados irányzata) is utal - ma is tart. Ezzel azonban - sajnálatosan - nem jár együtt a törzs szélességi méreteinek és a végtagok izomzatának erősödése. Mindez együttesen eredményezi a rossz testtartás oly gyakori előfordulását, és felhívja a figyelmet a szomatikus nevelés és a testnevelés hiányosságaira.

A gyermek családi háttere, szocio-demográfiai státusza sokkal inkább meghatározza a növekedésüket, biológiai fejlődésüket (érésüket), mint a családi-genetikai adottságok. Bár a szülői életkor, a testvérsorban elfoglalt hely, a testvérek száma (ebben az emelkedő hatás-sorrendben) befolyásolja a gyermekek testi fejlődési folyamatát, a szülők iskolai végzettsége és foglalkozása szerinti bontás szignifikáns különbségeket mutat a biológiai fejlődésben is.

A városi gyermekek egyértelműen magasabbak és gyorsabban növekednek, mint a falusiak. A település nagyságrend szerinti bontás ennél finomabb további különbségeket hoz felszínre a gyermekek biológiai fejlődésében. A városi ifjúság szexuális érése is korábban következik be, mint a falusiaké. A lányok esetében ez mintegy két hónapot, a fiúk esetében kereken fél évet jelent.

A középfokú oktatási intézményekben tanuló ifjúság iskolatípusok szerint bontva nagyon elgondolkodtató képet mutat: a gimnazisták szignifikánsan magasabbak, mint a szakközépiskolások, és ezek szignifikánsan magasabbak, mint a szakmunkástanulók (ne is említsük a gimnazisták és a szakmunkástanulók közötti igen nagy különbségeket). E jelenségek ismételten felhívják a figyelmet az eltérő társadalmi-gazdasági helyzetű rétegek, valamint a város és a falu népességének életmódbeli különbözőségeire.

A fiatalok testi fejlődését, fizikai felkészültségét az eddig mondottakon kívül jelentősen befolyásolja az, hogy a testkulturális értékek milyen helyet foglalnak el értékrendjükben, mennyiben és miben realizálódnak, illetve mi a jellemző a realizálódás feltételeinek alakulására. A testkulturális értékeknek a két generáció értékrendjében elfoglalt helyének összehasonlító vizsgálatából kitűnik, hogy a középiskolás tanulóknál és szüleiknél az elismert testkulturális értékek, a szabadidő aktivitások tartalmát és gyakoriságát befolyásoló értékpreferenciák hierarchiájában, csak az anyagi és a szellemi kultúra értékei után következnek. Az anyagi, kulturális és sportértékek a felnőtt generációnál a fenti sorrendben határozottan elkülönülnek egymástól, a tanulóknál heterogénebbek. Az elismert értékek preferenciavizsgálata szerint a sportértékek közül az aktív sporttevékenységgel kapcsolatos értékek dominánsak. A realizált értékek vizsgálata azonban azt mutatta, hogy a "sportfogyasztás" mindkét csoportban fontosabb helyet foglal el, mint a tényleges sportolás, testedzés.<sup>16</sup>

Az értékrend és a követett magatartás közötti feszültségek ráirányítják a figyelmet a testkulturális értékek realizálódásának feltételeire. Nevezetesen arra a kérdésre, hogy mi jellemzi az iskolai testnevelés és sport mai helyzetét? A kérdés felvetését döntően az indokolja, hogy jószerével ez az egyetlen terület, ahol a társadalom intézményes befolyást tud gyakorolni a felnövekvő nemzedékek fizikai fejlődésére, egészségi állapotára és élet-

módjára. Az iskolai testnevelés deklarált funkciói jól ismertek. Realizálódásuk azonban több mint problematikus. (Holott az iskola-egészségügyi vizsgálatok a hátrincerfordulás, a mellkasdeformitás, a gyomorbetegségek és az elhízás növekedéséről számolnak be; a sorköteles 18 éves fiuknak mintegy negyede-harmada nem felel meg az egészségügyi követelményeknek, jóllehet ezek többsége legfeljebb pár éve hagyta el az iskolapadot; az egyetemekre felveteknek mintegy 50 %-a gyenge testi felépítésűnek bizonyult; a KSH időmérleg kutatásai szerint egy átlag napon a felnőtt lakosságnak kb. 15 %-a sétált vagy kirándult, míg kifejezetten sporttevékenységet nem egészen két százalékuk folytatott.)

A széles körben végzett vizsgálatok alapján megalapozottan állítható, hogy az iskolában folyó oktató-nevelő munkának a testnevelés és a sport nem szerves része. Egyrészt nincs beépítve olyan tantárgyként, amelynek tárgyi (pl. tornatermek, szerek) és személyi (szakos tanárok) feltételei, heti óraszámja és tananyaga képes lenne biztosítani a tanulók egészséges növekedését és életvitelét, valamint a szellemi-idegi-fizikai terhelés optimális szintjét, a tanulók felfrissülését és regenerálódását. Másrészt úgy nincs beépítve a testnevelés és a sport az iskolai oktató-nevelő munkába, hogy ennek feltételei, óraszámja és tananyaga a felnövekvő nemzedékek számára olyan fizikai terhelést adjon, amely összhangban van a növekedés és az érés biológiai folyamataival, továbbá a légzési-keringési funkciók optimális fejlődési szükségleteivel. Harmadszor, az iskolai testnevelés jelenlegi tantárgyi elhelyezkedése, oktatásának körülményei és gyakorlata, továbbá a hozzá kapcsolódó iskolai és társadalmi értékek nem alkalmasak olyan életmódminta nyújtására, amely alapul szolgálhatna egy kívánatos - tehát a rendszeres sportolást is magában foglaló - felnőttkori életmód kialakításához. Végül az adatok arról is tanuskodnak, hogy a testnevelés és a sport nemcsak az iskolai oktató-nevelő munkának, de a diákéletmódnak sem szerves része.<sup>17</sup>

### Következtetések

A fiatalok egészségi állapotáról, biológiai fejlődéséről szerzett eddigi ismeretek alapot adnak néhány következtetés levonására:

1. A társadalmi tényezők szerepe egyértelműen kimutatható a fiatalok egészségi állapotának, biológiai fejlődésének alakulásában. E tényezők hatásai differenciáltan érvényesülnek a fiatalok különböző csoportjaiban. További kutatásokat igényel azonban azoknak a mechanizmusoknak a pontosabb megismerése, amelyek a társadalmi-gazdasági helyzetben, a kulturáltságban, stb. meglévő különbségeknek az életmódban, az életkörülményekben, a magatartásban való megnyilvánulásait közvetítik az egészségi állapot felé.

2. Tudomásul kell vennünk azt a tényt, hogy a szociális tényezők kóroktani szerepének megismerésében a halandósági viszonyok társadalmi változók szerinti elemzése,

de méginkább a megbetegedések gyakoriságának a szociális epidemiológia módszereivel való feltárása, csak az első lépéseket jelentik. Bár az eddig feltárt összefüggések is alapot adnak a szó szoros értelmében vett szociális preventív tevékenységre, igazán hatékony beavatkozás csak akkor képzelhető el, ha sikerül felderíteni és befolyásolni az egészséget napjainkban leginkább veszélyeztető környezeti és életmódbeli tényezőket.

3. Fel kell hívunk a figyelmet arra, hogy a fiatalkorúakat (és az idősebbeket is) leginkább sújtó megbetegedések megelőzése és visszaszorítása nem egyedül az egészségügy feladata. Az egészséges életmódra való nevelésben, az ehhez szükséges feltételek biztosításában jelentős teendői vannak a családnak, az iskolának, a munkahelynek, a társadalmi szervezeteknek, lakóhelyi közösségeknek és mindezeket befolyásoló társadalompolitikai tevékenységnek.

#### JEGYZETEK

"A fiatalok egészségi állapota és biológiai fejlődése" témakörben 1985. januárjában országos tanácskozás volt Pécsen. A tanulmány a szerző ott elhangzott vitaindítójára, illetve a tematikus irány keretében készült, a tanácskozáson megvitatott dolgozatokra épül. Az irodalmi hivatkozásokban x-gal jelölt dolgozatok várhatóan 1985. második felében jelennek meg a szerző által szerkesztett kötetben a Társadalomtudományi Intézet kiadásában.

- 1 A kibontakozó kutatások eredményeivel foglalkozott a Magyar Szociológiai Társaság "Egészség és társadalom" tárgykörben 1979-ben Pécsen tartott Vándorgyűlése. (Lásd: A Vándorgyűlés Gyűjteményes kötete. Bp. 1979.)
- 2 Tahin Tamás: Egészség és társadalom. Társadalmi Szemle, 1980. 3. sz. 67-76. old.
- 3 A tematikus irányok kutatási koncepcióit részletesen ismerteti "Az ifjúságpolitika tudományos megalapozását szolgáló kutatások" c. Bulletin 1. 2. 3. száma. MSZMP KB Társadalomtudományi Intézet, 1983.
- 4 Az ifjúság egészségi állapotával, biológiai fejlődésével kapcsolatosan a 70-es években végzett kutatások eredményeiről lásd Tahin Tamás: A fiatalok egészségi állapotának jellemzői - a társadalmi tényezők szerepe a fizikai és mentális egészség alakulásában. In: A magyar ifjúság a nyolcvanas években. Kossuth, Bp. 1984. 119-147. old.
- 5 Meg kell jegyeznünk, hogy a saját kezdeményezésű kutatások esetében - már csak időbeli ütemezésük miatt is - csak rész- vagy előzetes eredményekre támaszkodhatunk. A széles spektrumban folyó vizsgálatok adatainak döntő része még a feldolgozás stádiumában van.

- 6 Elinson, J.: Towards Sociomedical Health Indicators. In: Sokolowska, M., Holówka, J., Ostrowska, A.: Health, Medicine, Society. PWN - Polish Scientific Publishers. Warszawa, 1979. 267-279. old.
- 7 Hoóz István: A fiatalok hálándósági viszonyainak alakulása hazai és nemzetközi viszonylatban a II. világháboru utáni idősakban.<sup>x</sup>
- 8 Pauka Tibor: Az ifjuság egészségi állapota.<sup>x</sup>
- 9 Szalai Julia - Antal László: A fiatalok egészségi állapotának néhány szociológiai problémája.<sup>x</sup>
- 10 Pörcki József - Kóczán György - Kállai János - Vadas Gyula: A többoldaluan hátrányos helyzet egészségkárosító hatásai az ifjkorban.<sup>x</sup>
- 11 Sziklai László Péter: Középiskolások magatartását és tanulási teljesítményét befolyásoló pszichikai terhelési tényezők néhány sajátossága.<sup>x</sup>
- 12 Füzési Zsuzsanna - Tahin Tamás - Jeges Sára: A fiatalok egészségi állapota és orvoshoz fordulása az üzemi és a körzeti orvosi dokumentumok alapján<sup>x</sup>
- 13 Vastagné Meleg Csilla - Schadt Györgyné: A köznevelési és az egészségügyi rendszer szerepe az egészségkultura alakításában.<sup>x</sup>
- 14 Schadt Györgyné: A 6-14 éves korosztály egészségi állapotának jellemzői; az egészségügyi és a köznevelési rendszer szerepe egészségkultúrájuk és egészségmagatartásuk alakulásában. Doktori értekezés, Pécs, 1983.
- 15 Eiben Ottó - Pantó Eszter: Adatok a magyar ifjuság biológiai fejlődéséhez a társadalmi tényezők függvényében.<sup>x</sup>
- 16 Földesiné Szabó Gyöngyi: Sporttértekek elvben és gyakorlatban.<sup>x</sup>
- 17 Laki László - Makszi Imre: Versengés egy egészségesebb diákéletmódot (Az iskolai testnevelés és sport társadalmi funkciói és funkciózavarai).<sup>x</sup>