

**A MAGYARORSZÁGI FIATALOK MOZGÁSSZEGÉNY ÉLETMÓDJA A
GERINCBETEGSÉGEK ÁRNYÉKÁBAN**

JELIGE: SPN314

Lezárás dátuma: 2024. 11. 19.

Tartalomjegyzék

Tartalomjegyzék.....	1
Bevezetés.....	2
A magyarországi egészségügy általános helyzetképe 2011-től napjainkig.....	5
Fizikai aktivitás és egészség Európában és Magyarországon.....	9
Magyarok egészségi állapota EU-összehasonlításban.....	16
Szakirodalmi áttekintés az egészségszociológia tárgykörében.....	16
Egészség.....	17
Társadalom és az egészség viszonyrendszere.....	20
Egészségpolitika.....	23
Az egészség és az egészség-egyenlőtlenség Magyarország régióiban.....	26
Mozgásszegény életmóddal összefüggő betegségek.....	28
Ülő életmód és a korai halálozás kapcsolata.....	29
Ülő életmód és az anyagcserezavarok kapcsolata.....	29
Az ülő életmód és a daganatos megbetegedések kialakulása kockázatának kapcsolata.....	30
Az ülő életmód és egyéb megbetegedések kapcsolata.....	30
Az ülő életmód és a derékfájdalmak kapcsolata.....	31
Magyarországi adatok.....	31
Derékfájdalom és gerincbetegségek.....	32
Gerincbetegségek Magyarországon.....	32
Összefoglaló.....	35
Irodalomjegyzék.....	37
Adatforrások.....	39
Ábrák jegyzéke.....	42
Táblázatok jegyzéke.....	42

Bevezetés

A XXI. század elején indult az internetkapcsolatok, számítógépek, mobil eszközök elterjedése Magyarországon, aminek társadalmi és egészségzociológiai következményeit most érzékelhetjük leginkább. A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) adatai szerint 2005-ben a 16–74 éves népesség egyharmada használt internetet, 2011-re kétharmada, ma pedig több mint 90%-a. (KSH, 2024e) Ugyanezen időszak elején csupán a háztartások 10%-ában volt szélessávú internetkapcsolat, 2012-re háromból kettőben, mára viszont már több mint 90%-ában, míg a mobilinternet 88,6%-ában. Éppen ebből adódóan gyökeresen megváltoztak a magatartásformák, kommunikációs módok, a munkavégzés menete és a médiafogyasztási szokások is, mivel a felhasználók 83,3%-a naponta többször vagy folyamatosan internetezik. E felhasználási szokás a fiatalabb korosztályra jellemző leginkább. (KSH, 2021)¹

Mindezzel párhuzamosan a lakosság egészségi állapota folyamatosan romlik. A KSH 'Egészségügyi helyzetképe' szerint nőtt mindazon nem fertőző betegségek száma, melyek főképp az életmódhoz köthetőek. Ezekből az adatokból kiemelendő, hogy a gerincbántalmak második helyen állnak a háziorvosok által nyilvántartott betegségek listájában. 2011 és 2019 között számuk a duplájára emelkedett, összesen 2,3 millió főt tartottak nyilván ezzel a betegséggel. (Vitrai, 2022) Ezen belül a Spondylopathiák, a csont- és izomrendszer, valamint a kötőszövet betegségei között a csigolyabántalmak (M45-M49) 2007-ben még a leggyakoribb betegségek listáján ötödikként szerepeltek, 2009-re az esetek számának megduplázódásával a 2. helyre kerültek Magyarországon. Az esetszám növekedése a 19–24 és a 25–34 éves korosztályokban a legmeredekebb; 2007 óta hatszor több fiatal férfi fordul ezzel a betegséggel orvoshoz. A betegség legfőbb kiváltó oka a mozgásszegény életmód, derül ki a háziorvosi szolgálathoz bejelentkezett 19 éves és annál idősebb páciensek mindegyikénél. (KSH, n.d.)²

Dolgozatom témája a mozgásszegény életmód és a gerincbetegség keresztmetszetének társadalmi megközelítése, amihez számos kapcsolódó tartalmat is feldolgoztam, hogy még tisztábban láthatóvá váljék a probléma. A téma feldolgozását a magyarországi egészségügy

¹ A felmérés csak olyan háztartásokra terjedt ki, melyeknek legalább egy tagja 16–74 év közötti. Bruttó mintanagyság 10000 háztartás és háztartásonként egy 16–74 év közötti személy. A 2006 és 2011 közötti időszakra a 2011. évi népszámlálást is figyelembe vevő korrigált népességszámot tartalmazó új sarokszámrendszer készült a KSH-ban, melynek segítségével a lakossági felvételek mintáit erre az időszakra is újra kellett súlyozni. Ennek megfelelően a táblázat adatait 2006-tól az új népszámlálási súlyokkal számolták és hozták nyilvánosságra. (KSH, 2021)

² A háziorvosokhoz bejelentkezettek (a Betegségek Nemzetközi Osztályozása X. revíziója szerint) nyilvántartásba vett főbb betegségei. Adott betegségnél egy ember csak egyszer szerepelhet, viszont egy embernek több betegségét is nyilvántartásba vehetik. (KSH, n.d.)

helyzetének bemutatásával kezdtem, azon belül az elmúlt 10 év intézményi átszervezései, a kórházak és szakdolgozók állománya fejlesztésének kérdésével. Utóbbi esetben már most érezhetőek a pozitív változások, mivel jelentősen nőtt a 35 év alatti orvosok száma, de emellett továbbra is komoly gond a háziorvosok számának csökkenése. Kiemelt probléma a várólisták hosszának megnövekedése; térdprotézis műtétre az átlagos várakozási idő 1,5 év, de van, ahol 3 évet kell várni a diagnózistól a beavatkozásig. A lakosság fizikai aktivitása az EU átlaghoz hasonlóan alakul, de nálunk jellemzőbb az otthoni és a munkahelyi testmozgás, míg az EU-ban a parkokban, vagy intézményekben sportolnak. Az iskoláskorú gyermekek, főképp a 15 éves korosztály aktivitása mélypontra került az elmúlt időszakban. Egyre több gyermek a szabadideje nagyobb részét vagy szinte egészét ülve tölti.

A magyarok általános egészségi állapota EU összehasonlításban a legrosszabb. A születéskori várható életkor 4,5 évvel kevesebb az uniós átlaghoz képest, mindez részben a lakosság kockázatvállaló életmódjára, részben a megelőző szűrővizsgálatok elmulasztására és az egészségügyi rendszer állapotára, hozzáférhetőségére vezethető vissza. A szakirodalomból áttekintem az egészség fogalmának időbeli alakulását, az egészségmagatartás- és az egészségi állapotbeli társadalmi szintű különbségeket, valamint az „egészségegyenlőtlenség” fogalmát. A dolgozat figyelmet szentel továbbá az egészségpolitika és a betegjogok fejlődésére, valamint a Magyarországon hatályban lévő egészségügyi törvény fejlesztésének lehetőségeire.

A mozgásszegény életmóddal összefüggő megbetegedések között kiemelten fontos az üléssel töltött idő és az összhalálozás szignifikáns korrelációja. A napi 6 óránál többet tévét nézők halálozási kockázata kétszer nagyobb, mint azoké, akik 2 órát vagy kevesebbet töltenek a képernyő előtt. Az ülő életmód figyelemreméltó kockázati tényezője a derékfájdalom kialakulásának. Végül a gerincbetegségek miatt háziorvoshoz fordulókkal foglalkozom, a 25–34 évesek között ugyanis 8-szor több a gerincbeteg a 2001-es adatokhoz képest, valamint mindezen jelenségek lehetséges társadalmi következményeivel.

Munkám fő kérdései erre a gondolatsorra épülnek. Ennek értelmében a dolgozatomban az alábbi kérdésekre keresem a választ:

1. Vajon mennyire változott a gyerekek életvitele, életmódja és fizikai aktivitása az elmúlt évtizedben?
2. Milyen következményei lehetnek a gerincproblémák fiatalkori megjelenésének a generáció mindennapi életére, mozgásukra?

A kutatási kérdések és a téma vállalása során az alábbi hipotézist fogalmaztam meg:

- *Feltételezem, hogy az évezred elején bekövetkezett internetpenetráció, ezzel együtt az IKT eszközök és az elérhető digitális médiatartalmak expanziója miatt megváltozott életvitel kapcsolatban áll a gerincbetegségekkel, és mindez társadalmi szinten determinál betegségkövetkezményeket, melyek meghatározóak lesznek a jövőben egyéni és közösségi szinten.*

Jelen munka két pillérre épül. Egyfelől áttekintettem a szakirodalmat, kiemelt alapként Pikó Bettina *Egészségyszociológia* című könyvét valamint Vitrai József *Az egészség és az egészség-egyenlőtlenség egyéni és közösségi szintű befolyásoló tényezői* című doktori értekezését. Másfelől szekunder kutatásként – az elérhető hazai és nemzetközi adatbázisok felhasználásával – adatokat elemeztem, értékeltem, a téma elméleti feldolgozásának fontosságát kívánva igazolni.

A téma feldolgozása során két fontos fogalom használatára is sor került:

Spondylopathiák (M45-M49) az Egészségügyi Világszervezet betegségek osztályozására létrejött kódrendszer alapján BNO-10-13 (WHO, 1995) A csont-izomrendszer és kötőszövet betegségei. M45 Spondylitis ankylopoetica, M46 Egyéb gyulladásos gerincbetegségek, M47 Spondylosis, M48 Egyéb gerincbetegségek és M49 Spondylopathiák máshova osztályozott betegségeiben.

Mozgásszegény életmód alatt az Egészségügyi Világszervezet által megfogalmazott ajánlások nem teljesítését értem. A WHO 5-től 17 éves korig napi 60 perc középestől erőteljesig terjedő intenzitású fizikai aktivitást és heti 3 alkalommal erőteljes intenzitású aerob tevékenységeket, izomerősítő gyakorlatokat javasol. Felnőtteknek heti 150–300 perc középestől az erőteljesig terjedő intenzitású fizikai aktivitás és 75–150 perc erőteljes intenzitású aerob tevékenységek, izomerősítő gyakorlatok ajánlottak. (WHO, 2020) **Aktív életmód** alatt az előzőek teljesülését értem.

A magyarországi egészségügy általános helyzetképe 2011-től napjainkig

Az egészségügyi ellátásnak ma egy széttagolt környezetben kell gyorsan alkalmazkodnia a változásokhoz, hogy folyamatos, összehangolt, betegközpontú szolgáltatást nyújtson – az Egészségügyi Világszervezet (WHO) állásfoglalása szerint. A folyamatos technológiai fejlődés eredményeit – új eszközeit, módszereit – széles körben elérhetővé kell tenni, és kielégíteni a minőségi és biztonságos ellátással kapcsolatos magasabb lakossági elvárásokat. Terhet ró az egészségügyi ellátórendszerre a többszörös társbetegségekkel küzdő öregedő népesség, az újonnan és újra megjelenő, valamint a krónikus betegségek. Az éghajlatváltozás hatással van a betegségtípusokra és a kórokozók terjedésére. Szükség van az európai régióban az egészségügyi szolgáltatás újragondolására, a források hatékonyabb felhasználására – igazodva a helyi igényekhez –, s nagyobb hangsúlyt kell fektetni a megelőzésre. (WHO, n.d.)

Az egészségügyi ellátórendszer megszervezése Magyarországon állami feladat, mely 2011-ben jelentős mérföldkőhöz érkezett, amikor elkezdődött az egy évvel korábban megfogalmazott Újraélesztett Egészségügy – Gyógyuló Magyarország egészségpolitikai programkoncepció (Simmelweis Terv) megvalósítása. Négy intézményt, az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézetet (ESKI), az Országos Gyógyszerészeti Intézetet (OGYI), az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézetet (ETI) és az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központot (OSZMK) integráltak az Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnikai Intézetbe (EMKI), melyet Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézetre (GYEMSZI) neveztek át 2011. május 1-én. Ezzel egy nagyfokú központosítást hajtott végre a kormány a források és eszközfelhasználás optimalizálása érdekében. Az átalakítás 2015-ben vett újabb lendületet, amikor a GYEMSZI helyébe az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) lépett. Csúcspontját 2017. január 1-én érte el az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ, az Egészségügyi Készletgazdálkodási Intézet és az Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ, áprilisban pedig további négy intézmény (az Országos Tisztifőorvosi Hivatal, a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, az Országos Közegészségügyi Központ és az Országos Epidemiológiai Központ) megszüntetésével érte el, ezek feladatköreinek nagy részét az ÁEEK vette át, vagy közvetlenül az EMMI. Ezzel párhuzamosan az Országos Egészségbiztosítási Pénztár elnevezése Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőre (NEAK) változott.

Az intézményi változások mellett az elmúlt időszakban kiemelt figyelmet kapott a kórházak fejlesztése és az orvosok, egészségügyi szakdolgozók bérének rendezése. 2010 és 2018 között a kormány 500 milliárd forintot költött ezekre a célokra, és 2018-ban még plusz 700 milliárd forintos kórházfejlesztési programot hirdetett. Ezeknek az intézkedéseknek a hatása egyelőre még nem látható a statisztikákban. A kórházi ágyak száma a 2011-es 71.160-ról 2023-ra 63.470-re csökkent. A tízezer főre jutó kórházi ágyak száma 2023-ra csak néhány vármegyében emelkedett: Zalában (74 ágy, 4% emelkedés), Hevesben (77,6 ágy, 11% emelkedés), Nógrádban (81,3 ágy, 13% emelkedés) és a dél-alföldi régióban, valamint Bács-Kiskunban (61,2 ágy, 7% emelkedés) Békésben (73,7 ágy, 8% emelkedés) Csongrád-Csanádban (75,4 ágy, 3% emelkedés). Minimális területi egyenlőtlenségek láthatók a számokban. Budapesten 97,9 ágy áll rendelkezésre tízezer lakosra, viszont Pest vármegyében mindössze 23,3, így regionális szinten 64,9-re jön ki ez a szám. Szabolcsban érhető el a legkevesebb ágy lakosságarányosan, mindössze 58,7. (KSH, 2024d)³

2016-ban a szakszervezetekkel kötött megállapodás értelmében az egészségügyi szakdolgozók négy lépcsős béremelése kezdődött meg (2016-ban 26,5%, 2017-ben 12%, 2018-ban és 2019-ben 8-8%), de nőtt az orvosok és rezidensek bére is. A bérfelzárkózásra az orvoshiány kezelése miatt is szükség volt, hogy csökkentsék az orvosok külföldre vándorlását, valamint hogy vonzóbbá tegyék az orvosi, egészségügyi pályát. E célok mentén indult el 2011-ben a Rezidens Támogatási Program és a szakdolgozók továbbképzését ösztönző Michalicza-ösztöndíj. Ennek hatása már most látható. 2011-ben még csak 34,7 ezer orvos dolgozott az országban (35 orvos tízezer főre), 2023-ra ez a szám elérte a 42 ezret (43,9 orvos tízezer főre). (KSH, 2024a) 2011-hez képest jelentősen nőtt a 35 év alatti orvosok száma 2023-ra, 88%-kal a 29 év alattiak (5.261 fő) és 67%-kal a 30–34 év közöttiek (5.128 fő). Bár javulnak a mutatók, az orvosállomány korfája továbbra sem optimális: 2022-ben még csak minden tizedik orvos volt 70 év feletti, 2023-ra viszont már minden nyolcadik (5.098 fő), de növekedés tapasztalható a 65–69 éves korosztályban is. (KSH, 2024b)⁴ Ugyancsak probléma a háziorvosok és házi gyermekorvosok számának folyamatos csökkenése. 2011 óta évről-évre átlagosan 45-tel kevesebb háziorvos van az országban, 2023-ban ez a csökkenés 122 fő volt (4.305 fő összesen). Az egy háziorvosra jutó bejelentkezett lakosok száma ugyanebben az

³ 1992-ig a honvédelmi, a belügyi és igazságügyi tárcához, 1993-tól a belügyi és igazságügyi tárcához, 2012-től a belügyi tárcához, 2013-tól a BVOP alá tartozó kórházak adatai nélkül. A 2012 júliusában lezajlott jelentős strukturális átalakítások miatt az adatok csak korlátozottan hasonlíthatók össze az ezt megelőző évekével. Székhely szerinti adatok.

⁴ Lakcím szerint, fogorvosokkal együtt. 2005–2006-ban az ideiglenesen töröltek adatai nélkül. 2007-ben becsült korcsoportos adatok.

időszakban 1.756-ról 2.002-re nőtt. Házi gyermekorvosok esetében is hasonló kép rajzolódik ki. 2014 kivételével minden évben csökkent a számuk, évente átlagosan 19 fővel, 2023-ban 1.299 gyermekorvos praktizált. Egy gyermekorvosra 1091 bejelentkezett lakos jut, 146-tal több mint 2011-ben. (KSH, 2024c)

A kórházfejlesztések és az orvosok, egészségügyi szakdolgozók állományának fejlesztése mellett is jelentős a terhelés a magyar egészségügyi rendszeren. Az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (OECD) 2022-es európai egészségügyi jelentése szerint, melyben a 2019-es és 2020-as adatokat hasonlítják össze, a várólisták hazánkban a csípő és térdműtétek esetében az EU átlagnak megfelelőek. A várakozási idő szürkehályog műtétek esetén a legalacsonyabb – 40–60 napot kellett várni a diagnózistól a kezelésig –, de a 3 hónapnál tovább várakozók aránya jelentősen megnőtt – a 2019-es 6,7%-ról 42,2%-ra –, viszont ez még mindig a harmadik legjobb a régióban. (OECD, 2022) A rendszer túlterheltsége abban is látszik, hogy a COVID-19 világjárvány következtében feltorlódott műtéti előjegyzési listákat csak nehezen, plusz anyagi ráfordítással tudják csökkenteni. 2024-ben 47 ezer ember várakozik műtetre, javulás a szürkehályog műtétek esetében látható, ahol országosan 111 nap az átlag várakozási idő, és csak két kórházban kell egy évnél többet várakozni a beavatkozásra. A térdprotézis műtétekre jelenleg másfél év (532 nap) az átlag várakozási idő országosan, Dél- és Nyugat-Dunántúlon három év, csípőprotézis műtetre átlagosan egy évet kell várni (330 nap), de itt is nagy a szórás, 3 hónapnál kevesebb idő alatt sehol nem lehet sorra kerülni, és egyes vármegyékben két és fél év a várakozási idő. (NEAK, n.d.)

A várólisták alakulásán túl a kórházi fertőzések száma eredményezhet még további rálátást az egészségügyi helyzetre. A kórházi fertőzések problémája nem egyedi, a világon mindenhol küzdenek azokkal a kórokozókkal, melyek rezisztensek az antibiotikumokkal és fertőtlenítő szerekkel szemben. A témában az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC) készít időszakonként az európai országokra kiterjedő vizsgálatot, a jelen fejezetben vizsgált időszakban háromszor – 2013-ban, 2017-ben és 2022-ben – mérték fel a kórházakat az egyes országokban. Az EU-ban 2013-ban és 2017-ben a betegek 6,6 és 6,5 százaléka fertőződött meg ellátása során, 2022-re ez a szám – részben a COVID-19 járványnak is köszönhetően – 8,5%-ra ugrott. A magyarországi számokat nézve kijelenthető, hogy összességében a helyzet jobb, mint az uniós átlag: 2013-ban a betegek 5,6%-a, 2017-ben 4,6%, 2022-ben 5,6%. Ugyanakkor a 2022-es adatokból az is kiolvasható, hogy Magyarországon kihívást jelentett a kórházakban a SARS-CoV-2 jelenléte, mivel a fertőzéses

esetek 19,2%-ában ezt a vírust kapták el a betegek ott tartózkodásuk alatt. A számokat torzítják, hogy az egyes országokat milyen súlyosan érintette a COVID-19 pandémia a mintavétel idején, és az alkalmazott szűrési eljárások, védekezési, adminisztrációs előírások különbözőségei. Ugyancsak kihívás a hazai kórházaknak az álhártyás vastagbélgyulladás kórokozója, a *Clostridioides difficile* baktérium terjedése, melyet az esetek 17,5%-ában azonosítottak, ezzel a harmadik legrosszabbul teljesítő ország vagyunk Európában, jelentősen leszakadva a közvetlenül előttünk járó országokban mért 10% körüli értékektől. (ECDC, 2013, 2023, 2024)

Az egészségügyi rendszer terheltsége, a várólisták hossza is hozzájárult ahhoz, hogy hazánkban a magán egészségügyi kiadások emelkednek. A WHO „Spending on health in Europe: entering a new era” 2021-es tanulmánya szerint 2000 és 2018 között Magyarországon a magán egészségügyi kiadások növekedtek és a GDP arányos állami ráfordítás csökkent. Rámutatnak arra is, hogy összefüggés van az országok gazdasági teljesítménye és a gyógyszerkiadások között. Magyarország ebben a tekintetben az 5. legrosszabbul teljesítő ország volt 2018-ban, az egészségügyi kiadások 60%-át gyógyszerek alkották. Hasonlóan alakulnak a magán egészségügyi kiadásaink is, az összes kiadás több mint 70%-a gyógyszer, ezzel a harmadik legrosszabbul teljesítő ország vagyunk Európában. (WHO, 2021) A magán egészségügyi kiadások növekedése az egyenlőtlenségek növekedésének veszélyét hordozza magával. Jelenleg hazánkban a születéskori várható életkorban – ha csak a területi különbségeket nézzük – Budapest és Borsod-Abaúj-Zemplén vármegye lakosai között az eltérés 3,6 év a férfiak és 2,6 év a nők esetében. (KSH, 2024g)

A területi különbségeken túl eltérés van nemek, iskolázottság, foglalkozás és a jövedelem szerint is. Magasabb végzettségű édesanyák gyermekei jobban odafigyelnek az egészségükre, kevesebben dohányoznak, nagyobb figyelmet fordítanak a helyes táplálkozásra, szájhygiénére. A foglalkozás leginkább a munkakörülmények tekintetében, mint fizikai tényező hat ki az egészségi állapotra, de összességében kijelenthető, hogy a végzettség, foglalkozás, jövedelem és ezekből fakadóan a lakóhely, a státusz együttesen, de más-más mértékben befolyásolják az egészségi állapotot. (Pikó, 1998) Ezek a paraméterek eltérően alakultak 2011 óta. Az iskolázottsági arányszámok javultak, 2011-ben a lakosság 18,5%-a volt legfeljebb alapfokú végzettségű és 21%-a rendelkezett felsőfokú végzettséggel. 2023-ra az alapfokú végzettségűek száma 12,6%-ra csökkent, a felsőfokú végzettséggel rendelkezők száma pedig 29,8%-ra nőtt. Mindkét nem esetében javultak az arányok, és mindenképp pozitívabb jövőképet fest, hogy a nők 34,7%-a felsőfokú végzettségű – ami tíz százalékponttal

magasabb, mint a férfiak között (24,9%) –, viszont az alacsony végzettségűek is nagyobb arányban vannak jelen; így a nőknél (13,1%) a férfiaknál (12,2%). (KSH, 2024j) A kereseteket vizsgálva elmondható, hogy továbbra is nagy a területi különbség: míg Budapesten 770 ezer forint a bruttó átlagkereset – mely egyes kerületekben több mint 1 millió forint –, addig Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyében 463 ezer forint. (KSH, 2024f)⁵ Az ilyen mértékű eltérés önmagában is magyarázza az egészségkülönbségeket, hiszen sokkal kevesebb pénz jut a magánegészségügyi kiadásokra. Mindebből következik az is, hogy ezeken a – gazdasági szempontból kevésbé vonzó – területeken kevesebb az elérhető szolgáltatás, emiatt hozzáférhetőségi problémák is felmerülnek.

Fizikai aktivitás és egészség Európában és Magyarországon

Tanulmányok sokasága bizonyítja a fizikai aktivitás fontosságát, és azonosította mint elsődleges prevenció eszközt. Ennek hiányában nő a szív- és érrendszeri betegségek, a kettes típusú diabétesz és egyes rákos elváltozások kockázata, ami kapcsolatba hozható a halálozási rátával. Gyermekek és serdülők esetében a fizikai aktivitás elősegíti a csontok egészségét, ösztönzi az egészséges növekedést és izomfejlődést, valamint javítja a motoros és kognitív fejlődést.

A fizikai aktivitás – mint egészségi kilátásainkat meghatározó tényező – rendszeres mérése kiemelkedően fontos. Sokféle mérés technikai megközelítés létezik a fizikai aktivitás népesség szintű vizsgálatára, melyek két nagy csoportba – szubjektív és objektív – sorolhatóak. Szubjektív módszerek az egyes kérdőíves eszközök, melyekből több validált megoldás létezik. Az IPAQ kérdőívek – amelyekből egy hosszú és egy rövidített verzió is használatos – az egyes aktivitásokhoz egy MET értéket társítanak, mely az adott tevékenységhez szükséges energiamennyiségen alapuló arányszám. A 2011-es Compendium of Physical Activities szerint a MET a munka-anyagcsere arányát jelenti a standard nyugalmi anyagcsere-ráta (RMR – Resting Metabolic Rate) 1 kcal/(kg/h) értékéhez viszonyítva. Egy MET a nyugalmi állapotban lévő személy RMR-je vagy energiaköltsége. (Ainsworth BE, Haskell WL, Herrmann SD, Meckes N, Bassett DR, Jr, Tudor-Locke C [2011], Compendium of physical activities: a second update of codes and MET values. Med Sci Sports Exerc. 2011;43:1575–81.) Az alvásnak 0,9 MET, egy sétának egyenletes talajon 3 MET, egy gyors tempójú futásnak szintén egyenletes talajon 12 MET értéke van. A mozgásszegény életmódot

⁵ Vonatkozási kör: a munkáltatók teljes köre (valamennyi alkalmazásban állóval rendelkező vállalkozás, nonprofit szervezetek, költségvetési intézmények teljes köre). Az adatok forrása: Intézményi munkaügyi statisztikai adatgyűjtési rendszer (2019-től adminisztratív forrásokból történő adatátvitel).

vizsgálva az 1,0–1,5 MET közötti értékű fizikai aktivitással töltött időt mérik, ami az üléssel egyenértékű. Továbbfejlesztett változata a Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ).

A WHO a GPAQ tesztet alkalmazza, ami 16 elemből áll és a munkahelyen, közlekedéssel, szabadidős tevékenységgel végzett mozgásokat, valamint az ülés időtartamát méri perc/hét összesítésben. Az Eurobarométer is – hasonlóan az előzőhöz – egyszerre méri a fizikai aktivitást és az ülést.

Magyarországon az Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF) kérdőívét alkalmazzák, mely az Európai Unió Statisztikai Hivatala (EuroStat) kérdéseit tartalmazza és országspecifikus kérdéseket, összesen kilenc témakörben. Az Országos Epidemiológiai Központ 2000-ben és 2003-ban készített egészségfelméréseinek (OLEF) utódjaként az Európai lakossági egészségfelmérést 2009-ben, 2014-ben és 2019-ben végezték el.

A különböző országokban alkalmazott szubjektív mérési módszerek összefogására tett kísérlet az EUPASMOS projekt, ami egy 2018 és 2019 között lezajlott két éves felmérés, melyet az Európai Bizottság (az Erasmus+ Sport együttműködési partnerségek támogatásán keresztül) és a résztvevő európai uniós tagállamok közösen finanszíroztak. Célja egy olyan testmozgást monitorozó rendszer és integrált módszertani folyamatok kialakítása, melyek összehasonlíthatóak, érvényesek és megbízhatóak. Célja még, hogy empirikus adatokkal támogathassa az Európai Bizottság, a WHO és más szakmai szervezetek sport és testmozgás szakpolitikáit. Lényegi részét egy akcelerométer képezi, ami monitorozza viselője napi aktivitásait, kategóriákba is sorolva azokat. Az eme objektív mérőeszközzel összegyűjtött adatokkal validálják a fent említett szubjektív mérési módszereket (ELEF, IPAQ, GPAQ, Eurobarométer) és alakítják ki az egyes országok lekérdezett reprezentatív adatainak, ülő magatartásmintáinak, valamint a mozgáskorlátozottság és a sportban való részvétel gyakorisági arányának összehasonlítását. A projektben tizenkét tagállamból összesen 3965 személy adatait dolgozták fel.

Az európai lakosság fizikai aktivitásáról a legfrissebb átfogó felmérés az Eurobarométer 525, amit 2022-ben végeztek 27 tagországban, 26.580 különböző szociális és demográfiai jellemzőkkel rendelkező személy megkérdezésével. Az eredményeket a 2017-ben mértekhez hasonlítva publikálták. (Európai Bizottság, 2022a)

Az első és talán a leginkább kiemelésre érdemes következtetés az, hogy a lakosság fele egyáltalán nem edz vagy sportol. Uniós szinten egy százalékponttal javult a helyzet, 45% az

inaktívak aránya, Magyarországon ezzel szemben 59%-ot mértek, és az irány sem kedvező, mert ez 6 százalékpont növekedés a 2017-es adatokhoz képest. Az uniós átlagban a rendszeresen vagy némi rendszerességgel sportolók aránya egy-egy százalékponttal csökkent, és akik úgy nyilatkoztak, hogy ritkán aktívak, azok száma 3 százalékponttal nőtt. Magyarországon a helyzet romlásának dinamikáját jól mutatja, hogy a rendszeresen sportolók aránya 5, a némi rendszerességgel mozgók aránya 2 százalékponttal csökkent, míg a ritkán aktívak aránya csak 1 százalékponttal nőtt. (Európai Bizottság, 2022b)

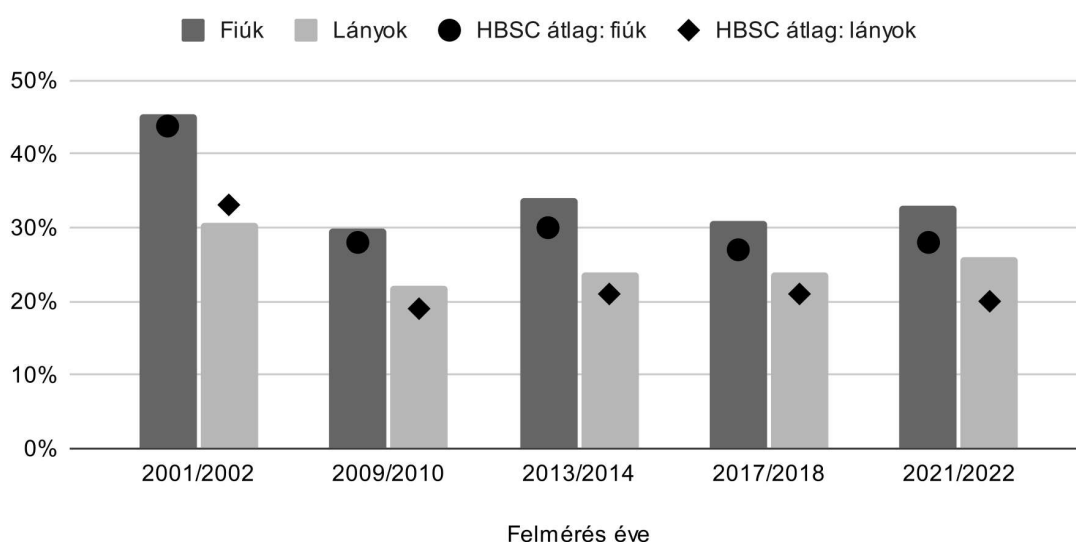
Egyéb nem sportcélú fizikai aktivitást vizsgálva a magyarországi adatok megegyeznek az EU 27-ek átlagával. Magyarországon a lakosság fele aktív a hétköznapiak során, jár kerékpárral egyik helyről a másikra, táncol vagy kertészkedik, 16% rendszeresen, 34% némi rendszerességgel (EU átlag 14% és 36%), 16% pedig ritkán és 34% soha (EU átlag 19% és 31%). (Európai Bizottság, 2022b)

Az aktív tevékenységgel eltöltött idő is hasonlóan alakul az EU tagállamok átlagához. Erőteljes fizikai tevékenységet két órát meghaladó ideig tízből egy ember végez (EU 7%, Magyarország 10%), 60–120 percig négyből egy ember (EU 24%, Magyarország 22%), egy órát vagy kevesebbet a lakosság fele (EU 48%, Magyarország 51%), minden ötödik ember egyáltalán nem (EU 21%, Magyarország 17%). A mérsékelt fizikai tevékenységgel eltöltött idő is hasonlóan alakul, ám Magyarországon kedvezőbbek a számok, csupán 6% nem végez egyáltalán ilyen jellegű testmozgást (EU 10%) és többen egy órát vagy kevesebbet (EU és Magyarország 59%). Figyelemre méltó eltérés még, hogy a magyarok inkább otthon mozognak (63%), vagy útközben (31%), ritkábban parkban (26%), míg az unióban átlagosan inkább választják a parkokat (47%) a mozgás helyszínéül és kevésbé az otthonukat (37%), vagy útközben oldják meg (24%). És az EU más országaiban sokkal jellemzőbb, hogy a lakosok valamilyen dedikált intézményben végzik sporttevékenységüket, Egészség- vagy fitneszklubban (EU 13%, Magyarország 8%), Sportklubban (EU 12%, Magyarország 2%), Sportközpontban (EU 8%, Magyarország 4%). Ugyanakkor Magyarországon majdnem kétszer annyian mozognak a munkahelyükön (EU 11%, Magyarország 21%). (Európai Bizottság, 2022b)

A serdülőkorú fiatalok életmódjára a WHO által szervezett Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című jelentés (angolul Health Behaviour in School-aged Children international report, továbbiakban HBSC riport) enged rálátást. Az egyes riportok más-más fókusszal készülnek, de egyik kötelező elemük a WHO minimális ajánlott mérsékelt vagy

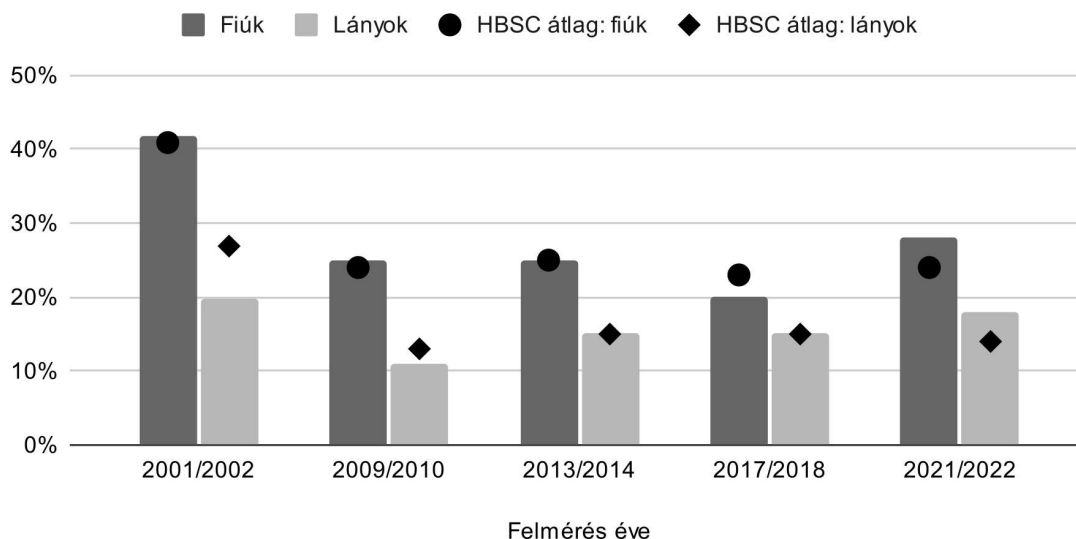
erős fizikai aktivitás (angolul: moderate-to-vigorous physical activity, továbbiakban: MVPA), ami a korosztályban napi 60 perc ilyen jellegű tevékenységet jelent. Az adatokból az olvasható ki, világszinten probléma, hogy az iskolás korú gyermekek sokkal kevesebbet mozognak mint az ezredfordulón. Magyarország a felmért országok átlagának megfelel, a fiúk 11 és 15 éves korosztályban felülteljesítenek. Az időben tartósan alacsony szinten belül életkor szerint csökkenés látható. A 11 évesek nagyobb százalékban elégtik ki napi mozgásigényüket, mint a 13 évesek, és az arányok 15 éves korban a legrosszabbak. A lányok jellemzően kevesebbet mozognak a fiúknál, mely különbség a 15 éves korosztályban a legnagyobb, ott kevesebb mint fele annyian mozognak. A 2012-ben bevezetett kötelező mindennapi testnevelés óra hatása nehezen vehető észre a riportban, a 2022-ben a HBSC átlaghoz képest erőteljesebb javulás feltételezhetően ehhez is köthető. Kérdés továbbá, hogy azokban az években és korosztályokban, ahol a fiúk 20%-a, a lányoknak csupán 10%-a mozog eleget, mennyire felülreprezentáltak a versenysportoló fiatalok. Természetesen a versenysport is mozgás, jelen dolgozatra vonatkozóan mégis torzításnak tekinthető ez a jelenség, tekintettel arra, hogy a versenysportok egy másfajta attitűdöt igényelnek, más a motiváció, nem feltétlenül azzal a céllal végzik, hogy egészségesen éljenek, sportágtól függően hordoznak magukban betegség-kockázatokat – érülésveszélyt. Ezeken túlmenően, más szakpolitikai programok alá esik a sportolók számának alakulása. (Currie, Candace et al., 2004, 2012; WHO, 2016, 2020; Rakić, Jelena et al., 2024)

11 éves korcsoport minimális ajánlott mérsékelt vagy erős fizikai aktivitás (MVPA) megfelelése



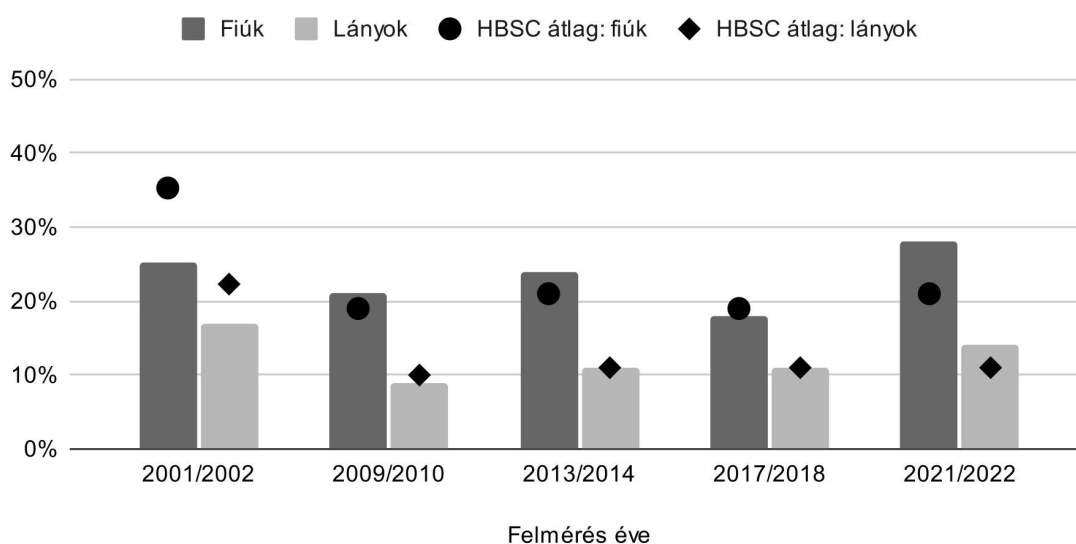
1. ábra: 11 éves korcsoport minimális ajánlott mérsékelt vagy erős fizikai aktivitás (MVPA) megfelelése (%), (Currie, Candace et al., 2004, 2012; WHO, 2016, 2020; Rakić, Jelena et al., 2024)

13 éves korcsoport minimális ajánlott mérsékelt vagy erős fizikai aktivitás (MVPA) megfelelése



2. ábra: 13 éves korcsoport minimális ajánlott mérsékelt vagy erős fizikai aktivitás (MVPA) megfelelése (%), (Currie, Candace et al., 2004, 2012; WHO, 2016, 2020; Rakić, Jelena et al., 2024)

15 éves korcsoport minimális ajánlott mérsékelt vagy erős fizikai aktivitás (MVPA) megfelelése



3. ábra: 15 éves korcsoport minimális ajánlott mérsékelt vagy erős fizikai aktivitás (MVPA) megfelelése (%), (Currie, Candace et al., 2004, 2012; WHO, 2016, 2020; Rakić, Jelena et al., 2024)

Az inaktivitás azon szintje, mint a hosszan tartó ülés, a gyermekek körében annyira újkeletű probléma, hogy az egyes HBSC riportokban különböző módon kérdeztek rá. Az első nagy módosítás a 2001/2002-es felméréskor történt. Az új mérésekben a televíziónézés és a számítógép-használat ideje külön szerepel. Az új kérdések a következők:

„Körülbelül hány órát nézel naponta tévét (beleértve a videókat és DVD-ket is) a szabadidőben?” „Körülbelül hány órát használsz a számítógépet (játékokra, emailezésre, chatelésre vagy internet böngészésre) a szabadidőben?” (WHO, HBSC report 2001/2002)

A válaszokat a következőképpen csoportosították: magas szint a négy órát meghaladó televíziónézési idő vagy a három órát meghaladó számítógépezés. A későbbiekben a határérték két órára csökkent mindkét tevékenység esetében. A legújabb, 2022-es felmérés tovább bontotta a kérdést:

- *A szabadidődben: a következők közül melyik állítás jellemzi legjobban az ülte végzett tevékenységeidet (pl. könyvolvasás, hangszerezen játszás, TV vagy videónézés, videójátékokkal játszás vagy időtöltés közösségi oldalakon)? Próbáld meg egy szokásos hétre gondolni, ne csak az elmúlt hétre! (Szinte semennyi szabadidőmet nem töltöttem ülte / Kevés időt töltöttem ülte / Közepes mennyiségű időt / Sok időt / Szinte az összes időt)*
- *A szabadidődben naponta hány órát töltesz azzal, hogy ...?*
 - *Számítógépen, játékkonzolon, tableten, okostelefonon vagy okostévéen játszol.*
 - *Számítógépen és egyéb elektronikus eszközökön közösségi oldalakat használsz, pl. Instagram, Facebook, Twitter, Snapchat stb.*
 - *Tévé, DVD-t vagy videót nézel, beleértve az internetes oldalak videóit is, mint pl. Youtube stb.*
 - *Interneten információt keresel, böngészsz az internetet. (Semennyit / Kb. fél órát / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 vagy több órát / Nincs internetem).*

A fenti kérdések szó szerinti idézetek az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar (ELTE / PPK) HBSC 2020-as nemzeti jelentéséből. (Németh Ágnes et al., 2024, p. 111)

Mindebből következik, hogy még nem alakult ki egy olyan egységes mérés, mellyel trendeket lehetne meghatározni, de a rendelkezésre álló adatokból is kiolvasható, hogy egyre többet ülnek a gyermekek. A 2001/2002-es felmérés szerint az iskolás korúak körülbelül 20%-a töltött négy órát meghaladó időt a televízió előtt hétköznapi és kicsivel több mint a fele a hétvégén. Ugyanebben a felmérésben a számítógép használat még igen alacsony volt és nagy

nemi különbség jellemezte. A fiúk jellemzően 20%-a töltött három órát meghaladó időt a számítógép előtt, a lányok alig 5%-a. A legfrissebb 2022-es riport már messze túllépett a 4 órás határon és azt méri, hogy a gyermekek hány százaléka ül sok időt, vagy tölti szinte az összes szabadidejét ülve. Ebben a mérésben minimálisak a nemek és az életkorok szerinti különbségek. A megkérdezettek harmada nyilatkozta az inaktivitásnak ezt a szintjét. (Németh Ágnes et al., 2024)

Ahogy az adatok is mutatják, az inaktivitás iskoláskorú gyermekek körében évről-évre nőtt, a televízió, számítógép és más IKT eszközök használatával együtt járó hosszan tartó ülés hozzáadódott az iskolában és az otthoni házfeladat-készítés közben ülve töltött időhöz, ami a mozgásra fordítható időből vett el. Emellett a gyermekek energiabevitele jellemzően nem csökkent. Mindez összességében az elhízással és a mozgáshiánnyal összefüggésbe hozható betegségek kialakulásának kockázatát növelte. A legújabb kutatások arra is felhívják a figyelmet, hogy a hosszan tartó ülés önmagában olyan betegségkockázatokat hordoz magában, melyek függetlenek a mozgásra fordított időtől. A riport összefoglalásában így összegzik a helyzetet:

„A saját egészségüket kitűnőnek minősítő tanulók aránya 2002 és 2022 között több mint 10%-kal csökkent, és még soha nem volt olyan alacsony, mint 2022-ben.” (Németh Ágnes et al., 2024, p. 17)

Mindezen tények alapján a bevezetőben írt hipotézisem első fele, mely szerint a fiatalok körében ugrásszerűen megemelkedett gerincproblémák az internetpenetráció, ezzel együtt az IKT eszközök és az elérhető digitális médiatartalmak expanziójának következménye, feltételesen igazolást nyert, de hogy kiderüljön, mindez milyen magyarázó erővel bír, mélyebb kutatásra van szükség, ami meghaladja jelen dolgozat terjedelmi korlátait.

Magyarok egészségi állapota EU-összehasonlításban

Az EU országaihoz hasonlóan Magyarországon is előregedő társadalomról beszélhetünk. A 65 éves kor feletti magyarországi lakosság aránya 2023-ban 20%, azonban e korosztály multimorbiditás-aránya az egyik legrosszabb uniós viszonylatban. A férfiak 47%-a (EU átlag 32%) és a nők 67%-a (EU átlag 40%) szenved többszörös krónikus betegségben. A napi tevékenységvégzési képességükben korlátozottak aránya is hasonlóan alakul a korosztályban. A férfiak 36%-a (EU átlag 22%) és a nők 46%-a (EU átlag 30%) nyilatkozott valamely akadályozottságról. 2020-ban a 65 éves nők és férfiak várható élettartama (18 év, illetve 14 év) 3 évvel elmarad az uniós átlagtól. (OECD, 2024)

A születéskori várható élettartam 76,2 év, mely négy és fél évvel elmarad az EU átlagtól és hét évvel az első helyezett Spanyolországtól, ezzel az unió 5. legrosszabbul teljesítő országa vagyunk e tekintetben. Hazánkban is a férfiak élnek jellemzően rövidebb ideig (6,8 évvel), ami életmódbeli különbségekre vezethető vissza, főképp a dohányzás és a túlzott alkoholfogyasztás miatt. Magyarországon a szív és érrendszeri betegségek, ezen belül az ischaemiás szívbetegség és a stroke a halálesetek több mint 40%-áért felelősek. Kiemelkedő még a rákos megbetegedések okozta halálesetek aránya (20%), főképp a tüdő-, vastagbél- és emlőrák a gyakori. Ennek oka részben a lakosság kockázatvállaló életmódjára, részben a megelőző szűrővizsgálatok elmulasztására vezethető vissza, de az egészségügyi ellátórendszer hiányosságainak is felróható – Magyarországon is jellemző a szakemberhiány, valamint a sugárkezelő központok száma és a gyógyításra fordított költség 30%-kal kevesebb az EU-átlagnál. (OECD, 2024)

Szakirodalmi áttekintés az egészségszociológia tárgykörében

Már a XIX. század közepén foglalkoztak orvosok a betegségek társadalmi vonatkozásaival, hogy egyes betegségeknek milyen társadalmi okai lehetnek, vagy milyen hatással vannak a társadalomra. Az egészségszociológia kifejezés Andrew C. Twaddle-tól ered, akinek – elődeitől eltérően – nem az egyének gyógyítása állt vizsgálódása középpontjában, hanem az, hogy a társadalom szintjén beavatkozva hogyan tudjuk az egyes megbetegedések kialakulását megelőzni. Az egészségszociológia tehát a megelőzés eszköze. (Pikó, 2012) Twaddle három dimenzióra bontotta a betegség fogalmát: „Disease, Illness, Sickness”. (Sajnos munkáit magyar nyelven nem találtam, igyekszem a legtalálhatóbb fordítást alkalmazni a definíciók alapján.) Az első dimenzió maga a „kór” (Disease), mely egészségügyi probléma olyan működési zavarból áll, amely a fizikai képességek tényleges vagy potenciális csökkenését

és/vagy a várható élettartam csökkenését eredményezi. A „rosszullét” (Illness) egy szubjektíven értelmezett, nemkívánatos egészségi állapot, eredője érzelmi állapotok (pl. fájdalom, gyengeség), melyek a test működésének észlelései. Sokszor szimptómaként hivatkozunk rá, amit az alany közvetlenül képes megfigyelni és a kívülálló csak közvetetten, a beteg beszámolóján keresztül észlel. A „betegség” (Sickness) a társadalmi megítélés, ahogyan a rossz egészségi állapotot vagy egészségi problémákat mások azonosítják az egyén szociális viselkedése alapján. Ha valakit betegnek nyilvánítanak, azt jelenti, hogy bizonyos jogokkal és kötelezettségekkel rendelkezik, amelyeket mások nem osztanak. (Twaddle, Nordenfelt, 1994) E megközelítés hatékonyan mutatja be a betegségfogalom tudományos vizsgálatának multidiszciplinaritását és jelöli ki a határokat is.

A szociológia fókuszában mindig az egyenlőtlenségek állnak, nincs ez másképp az egészségszociológiánál sem, ahol a megbetegedések és halálozások adataiban fellelhető egyenlőtlenségek az empirikus vizsgálatok indikátorai. Miként befolyásolja az egyén demográfiai paramétere, társadalmi-gazdasági státusza az egészségi állapotát, miért és hogyan marad fenn? A vizsgálódáson túl, az egészségegyenlőtlenségek csökkentésében aktív szerepe az egészségpolitikai döntések inputjaként van ennek a tudományágnak. (Pikó, 2012) Munkaalapú társadalomban az egészséghez gazdasági érdek kötődik, hiánya és a hiányából fakadó képességek korlátozottsága a termelés csökkenését eredményezi.

Egészség

Az egészség egy merőben viszonylagos, fogalom, ami oly sok tényezőtől függ, melyeket csak multidiszciplinárisan lehet megragadni. Nem különíthető el a társadalmi értékektől, demográfiai tényezőktől, környezeti hatásoktól, az orvostudomány fejlettségétől az egészségügyi ellátórendszer minőségétől, hozzáférhetőségétől.

Társadalomtudományi szempontból a fogalom meghatározása egészen Karl Marxig nyúlik vissza, aki szerint a gazdaság állapota határozza meg a társadalmi életviszonyokat, azon belül az egészségi állapotot. Herbert Spencer a szervezet alkalmazkodóképessége alapján határozta meg az egészséget, míg Talcott Parsons egy optimális állapotként határozza meg, amikor az egyén szociális szerepét és feladatait teljes mértékben el tudja látni. (Moravcsik-Kornyicki, R. Fedor, 2021)

Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) 1948-as megalakulásakor megfogalmazott definíciója szerint „Az egészség a teljes testi, lelki, szellemi

és szociális jóllét állapota, és nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiánya.” A szervezet a mai napig ezt a definíciót használja, mely a megfogalmazásának pillanatában előrelépés volt. Kiterjesztve a fogalmat, a biológiai tényezőkön túl az embert holisztikusan nézte (test, lélek, psziché, szociális egység), megalapozta az egészségfogalommal kapcsolatba kerülő tudományágak együttműködését (orvostudomány, pszichológia, teológia, mentálhigiéné), megjelentek a szociális faktorok, a „szociálisan integrált” egyén képe. Ugyanakkor szegregálta a fogyatékkal élőket, a sérülteket és a nyomorékokat. (Prof. Dr. Székely et al., 2007)

Ez a meghatározás olyan fogalmak kölcsönhatását feltételezi („testi, lelki, szellemi és szociális jóllét”), melyek mára képlékennyé váltak és egy illuzórikus egészségtudatba vezethetik a modern társadalom szereplőit. Ma már az egészség/betegség dichotómia felbomlani látszik, egyre inkább statisztikai alapon, bizonyos határértékeken belül beszélünk egészségről, ezek a határok módosulnak az életkor, a kultúra és a társadalmi normák, lehetőségek alapján.

Nem tisztázott, hogy a „teljes testi jóllét” vonatkozik-e például a szemüvegesekre, és ha igen, akkor kijelenthető-e, hogy mindazon emberek egészségesek, akiknek a testi egészségében történt változások ellensúlyozhatóak, tünetmentessé tehetőek, nem éreznek miattuk korlátozottságot, hátrányt a mindennapi életben. A lelki és szellemi jóllét fogalmában összemosódnak pszichológiai folyamatok és hitéleti fogalmak, kérdések. A szociális kapcsolatok a közösségi média világában kettős természetűvé váltak, egyre inkább a digitális kapcsolódási formák kerülnek előtérbe, amelyekben az egyénről megalkotott profil egy illúzió, ami kommunikál egy másik illúzióval. De ezen a gondolatmeneten továbbhaladva, olyan fogalmak is szubjektívvé válnak, mint az egészséges táplálkozás egy olyan világban, ahol szennyezett talajban, vegyszerek használatával történik az élelmiszer-termesztés.

E képlékeny ideológiai talajon fejlődött ki a posztmodern kor individualista megközelítése, mely szerint, ha egészségről van szó, említést kell tenni az egyénről is, mert a demográfiai paraméterek determinizmusa csupán százalékos esélyként értelmezhető, és az egyéni lehetőségek, felelősség nagyobb hangsúlyt kapott az elmúlt évtizedekben. Ezzel párhuzamosan az egyén magára lett hagyva, hiszen az egészségmegőrzés gyakorlatilag kívül esik az egészségügyi ellátórendszeren. Ezáltal kaptak teret a hétköznapiakban alkalmazható módszerek, a különböző mozgásformáktól a táplálékkiegészítőkön át az önsegélyező könyvekig. Ezek – bár sokszor az egészség feletti egyéni kontroll túlzott illúzióját teremtik

meg – mindegyikére komplett iparágak alakultak ki, és ezzel együtt egy új társadalomtudományi fogalom született: az „egészségizmus”, ami az egészséget árucikké teszi, bizonyos termékek alul-, vagy túlfogyasztását ösztönzi, de köze van az edzésfüggőségek kialakulásához is. (Urbán, 2017, p. 16)

Az egyéni felelősségen túl a testszociológia egyik alapgondolata, hogy maga a testünk nem egy mindentől elszigetelt dolog, hanem kölcsönhatásban van társadalmi tényezőkkel, hatással vannak rá társadalmi tapasztalataink, a normák és értékek, amik alapján döntéseinket hozzuk. (Giddens 2008) Bourdieu *habitus* meghatározása is ezt támasztja alá, miszerint az elsajátított szokások, szokásrendszerek meghatározzák későbbi döntéseinket, öntudatlanul irányítják életünket, ezért modern betegségeknél – melyek kialakulása nagyrészt az életmódra vezethető vissza – nem beszélhetünk önálló döntésekről, sokkal inkább a társadalom determinisztikus hatásáról. (Pikó 2002) Ebből adódóan egészségmagatartásunk is ugyanígy determinisztikus, tehát amikor a Matarazzo (1980) szerinti kettős magatartásformát vesszük alapul az okok feltárásához, a megoldáskereséshez, figyelembe kell venni, hogy mindezen magatartások korai szocializációs folyamatokhoz, az első és másodlagos szocializációs színterek mintáihoz nyúlnak vissza.

Matarazzo (1980) szerint az egyén kétféle egészségmagatartást végezhet. Immunogént – célja az egészség megtartása – és patogént, ami egy egészségrizikó-magatartás. Előbbire jó példa a helyes táplálkozás, rendszeres testmozgás, utóbbira példának a szakirodalom legfőképpen a káros szenvedélyeket, például dohányzást említi, de a mozgásszegény életmód is éppannyira káros. Említésre érdemes ezeken felül a hosszan tartó ülés is mint egészségügyi kockázat. Egy 2022-es kutatás szerint – 100.000 embert mértek fel 21 országban – a 6–8 órás napi ülés 12–13%-kal növeli a szív és érrendszeri betegségek és a korai halálozás kockázatát, valamint a mozgásszegény életmód és a hosszan tartó ülés kombinációja adja az összes halálozás 8,8%-át. Összehasonlításképpen: a dohányzás az összes halálozás 10,6%-ért felelős. (Li S, Lear SA, Rangarajan S, 2022) Ebből adódóan iskola és irodai munka mellett olyan szabadidős tevékenység választása, mely további üléssel jár (pl.: televíziózás, számítógépes játékok, olvasás) kockázati egészségmagatartásnak tekinthető.

Matarazzo dichotóm elmélete mellett más meghatározások is léteznek az egészségmagatartás definiálására, de mindegyik lényegi eleme a felelősség meghatározása az egyén, szociális közeg és társadalom között. Harris és Guten definíciója szerint „az egészségmagatartás azoknak az egyéni viselkedéseknek és attitűdöknek az összessége, amelyek célja, hogy az

egyén fenntartsa, elősegítse vagy helyreállítsa az egészségi állapotát, függetlenül attól, hogy a követett magatartás hatékony-e, ténylegesen kedvezően befolyásolja-e az egészségi állapotot”. (Boncz, I; Lampek, K; Pusztafalvi, H, 2022, p. 37) Ez a megfogalmazás az egyént tekintve megengedőbb, feltételezi, hogy célja az egészség megtartása, helyreállítása, de egyben a megszerzett, megszerezhető tudásnak való kitettséget fogalmaz meg, mely a felelősséget a tudományra és a társadalomra, azon belül az oktatásra és az egészségpolitikára hárítja át. Kasl és Cobb sokkal inkább az egyén autonómiáját helyezi előtérbe, ezzel is hangsúlyozva annak felelősségét egészségének alakulásában: „az egészségmagatartás három típusát különíti el: a preventív magatartást, a betegségmagatartást és a betegszerep-magatartást. A preventív egészségmagatartás magában foglal minden olyan tevékenységet, amelynek a célja, hogy az önmagát egészségesnek tartó egyén megelőzze a betegségeket, egészségproblémákat (ilyen cselekvések például a rendszeres fizikai aktivitás, a dohányzás elkerülése, az egészséges táplálkozás). A betegségmagatartás ezzel szemben az önmagukat betegnek érző egyének olyan tevékenységeit jelenti, amelyek célja a betegség pontos meghatározása, a gyógy mód keresése. A betegszerep-magatartás szintén a betegekhez kötődik, de célja a betegségből való felépülés – ide tartozik például a különböző kezeléseken való részvétel, az orvossal, egészségügyi szakdolgozókkal való együttműködési hajlandóság.” (Boncz, I; Lampek, K; Pusztafalvi, H, 2022, p. 38)

Társadalom és az egészség viszonyrendszere

A társadalmi egyenlőtlenségek egyidősek a modernkori civilizációval, a magánvagyon megjelenésével, de különböző jellemzők alapján is kialakulhatnak, például életkor, nem, felekezeti hovatartozás. A jelenség megosztó, egyesek szerint az egyenlőtlenség ösztönző tényező azok számára, akik valamilyen tekintetben lejjebb kezdik az életüket, ugyanakkor tehetségesek. Mások úgy vélik, hogy egy bizonyos fokú egyenlőtlenség már nem elfogadható, és feladatunk, hogy a szegényebb rétegek életkörülményeit javítsuk. Talán a megosztottságot enyhíti, ha beteszünk a képletbe olyan más tényezőket, mint az egyének egészségi állapota, és elfogadjuk, hogy ennek alakulásában jelentős a szerepe társadalmi, gazdasági tényezőknek, és fordítva: az egyének egészségi állapota visszahat a társadalomra, gazdasági termelésre. Legfontosabb azt vizsgálni, hogy milyen nem biológiai okok húzódnak meg a háttérben, melyekre van hatásunk és amelyek miatt – dacára a fejlődésnek – területileg, vagyoni különbségek alapján, vagy iskolai végzettség okán az elvesztett évek száma különböző.

Az egészségi állapotbeli társadalmi szintű különbségekre jobb kifejezés híján ma a „health inequity” fordításaként az „egészség-egyenlőtlenség” kifejezést használjuk. Ennek kutatására és a feltárt problémák orvoslására igény először Nagy-Britanniában mutatkozott, ahol a Whitehall kutatás –brit köztisztviselők 1967-től kezdődő követéses vizsgálata – tárta fel, hogy a hivatali ranglétrán betöltött pozíció fordított arányban van a halálozás- és betegségarányszámokkal. (Vitrai, 2011) Az 1980-as Black Report mutatott rá először az egészség és a társadalmi viszonyok kapcsolatára, pontosabban arra, hogy a brit Anyakönyvi Hivatal foglalkozás és végzettség alapú társadalmi rétegződési modellje szerint (I. legmagasabb, V. a legalacsonyabb státusz) a halálozási, megbetegedési arányszámok fokozatosan, gradiensszerűen növekednek. (Pikó, 2002)

E feltárt egyenlőtlenségek minden fejlett társadalomra érvényesek. Hazai példákat említve, Orosz Éva kutatásával 1990-ben hívta fel a figyelmet a régóta tapasztalható egészség-egyenlőtlenségekre, a csecsemőhalálozás és az egészségügyi ellátó rendszer területi változásaira, valamint a középkorú férfi lakosságban 1970 és 1984 között megnövekedett egyenlőtlenségekre. Józán Péter 1999-ben a budapesti kerületekben tapasztalható halandósági különbségeket tárta fel. Kopp Mária és társai 2006-os megállapítása, hogy a depresszió elterjedtebb azokon a településeken, ahol a halálozási mutatók rosszabbak. (Vitrai, 2011)

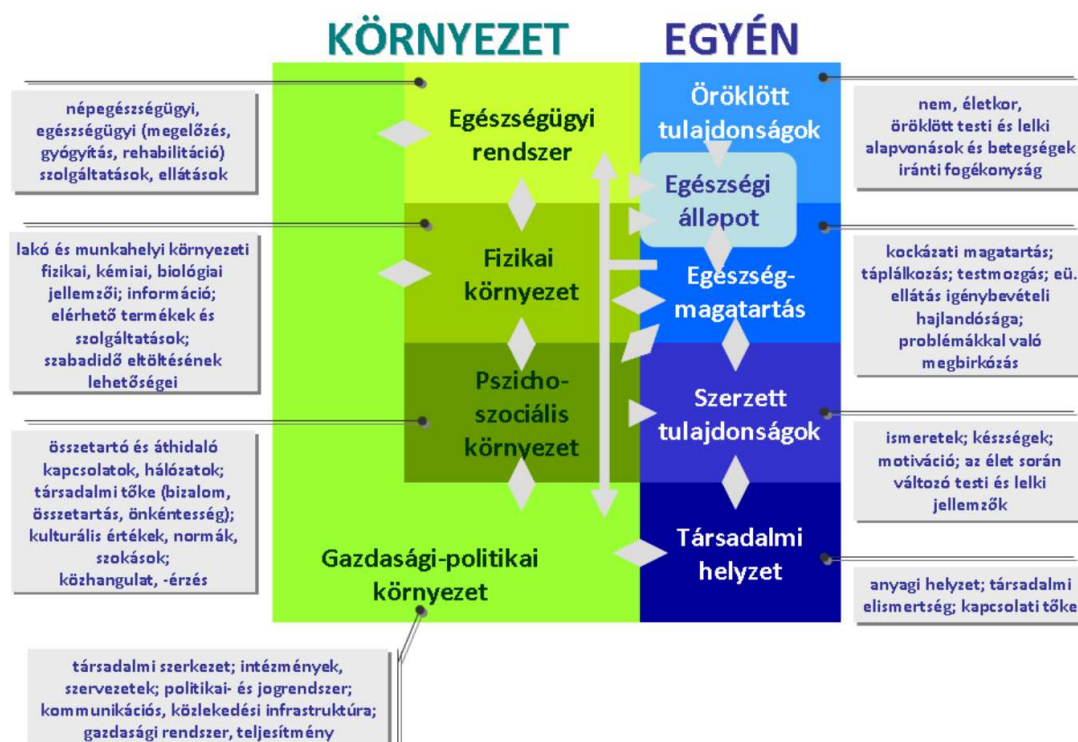
A társadalmi hatásokon túl a környezetünk is hatással van egészségi állapotunkra. E nem egyénhez köthető tényezők közül elsőként a fizikai környezetet, azon belül az éghajlatváltozást érdemes kiemelni, mert – bár folyamatosan kutatják, hogy a Földön élő társadalmak miként járulnak hozzá és milyen lehetőségek vannak ennek lassítására – hatásai globális szinten erősödnek. Egyre inkább számítani kell olyan egészségbefolyásoló tényezőkre, mint a hőhullámok és az UV sugárzás. Giacomo Falchetta, az olaszországi Euro-Mediterrán Éghajlatváltozási Központ tudósa legújabb tanulmányában rámutat arra, hogy a társadalom öregedése, valamint a hőhullámok erősségének és területi kiterjedésének növekedése következtében a leginkább veszélyeztetett idős korosztály – amelynek a létszáma az idő előrehaladtával egyre nő – lesz kitéve mind nagyobb kockázatoknak. Leginkább veszélyeztetett térségként Ázsiát és Afrikát nevezte meg, mivel ott a legmagasabb az akut hőség és a legalacsonyabb az ellenálló képesség, de Magyarországon sem biztatóak a kilátásaink, mivel a tanulmány szerint pont a szív- és érrendszeri betegségek egészségkockázatát növeli leginkább a kánikula, mely krónikus betegségek terén országunk uniós szinten is kifejezetten rosszul áll jelenleg. (Falchetta 2024) Ugyancsak fizikai

környezetbe tartozik a testmozgást támogató környezet és az egészséges ételkészítés elérhetősége, melyek a kettes típusú diabétesz kockázatát csökkentik. (Vitrai, 2011)

Magától értetődő külső tényező az egészségügyi ellátó rendszer és annak minősége, hozzáférhetősége. Magyarországon erősen centralizált formában működik. Alapja a társadalombiztosítási rendszer, ami majdnem a teljes lakosság számára nyújt fedezetet és biztosítja a hozzáférést, csupán 5% – a külföldön dolgozó állampolgárok és a biztosítással nem rendelkezők – biztosítottsága nem tisztázott. Az ellátás nyújtása az önkormányzatok és a központi kormányzat között oszlik meg, a magánszolgáltatók jelenléte nem számottevő. Bár az egészségügyi kiadások folyamatosan nőnek, még mindig a sereghajtók között vagyunk az EU-ban; a GDP 7,4%-át költjük egészségügyre, szemben az EU átlag 11,0%-kal. A kiadások legnagyobb részét a fekvő- (31%) és járóbeteg (29%) ellátás teszi ki, gyógyszerre és orvostechnikai eszközökre az összes kiadás 25%-át fordítjuk. Probléma még a szakemberhiány, aminek oka az orvosok külföldre vándorlása magasabb bérezésért és a magánszektor bővülése. (OECD, 2024)

Mindent átfogó külső tényező a politikai környezet, aminek stabilitását az egészségügyi rendszer közvetíti. A politika határoz meg olyan együttélési mintákat, amelyeknek közvetlen hatása van a pszicho-szociális környezetre és arra, hogy mennyire összetartó vagy széthúzó egy társadalom, mekkora a bizalom az egyének, csoportok között, valamint a közintézmények irányában. Ezen túlmenően a demokrácia fejlettsége megmutatkozik a gazdaságban, hiszen meghatározza a jövedelmeket, a jövedelemkülönbségeket, ami szintén magyarázat az egészségi állapotra és a társadalmi helyzetre. (Vitrai, 2011)

A társadalmi helyzet – ezen belül a családi állapot, hivatali pozíció, iskolázottság – az egészséget befolyásoló egyéni tényező, amely erősen korrelál az egészségi állapottal. Ezek a paraméterek determinálnak bizonyos viselkedési mintákat – egészségmagatartást –, gondolkodásmódot és azt, hogy az egyén mennyire érzi magát kiszolgáltatottnak a betegségekkel, egészségi állapotával szemben. Kutatások bizonyítják hogy az alacsonyabb státusz nagyobb kockázattal jár, többen dohányoznak, fogyasztanak alkoholt és kevesebben veszik igénybe a preventív szűrővizsgálatokat. (Vitrai, 2011)



4. ábra: Az egészséget befolyásoló egyéni és környezeti tényezőkre épülő részletes egészségmodell (Vitrai, 2011)

A környezeti és egyéni tényezők kölcsönhatásának komplex rendszere (szürke nyíl jelöli az egyes hatásokat) a 4. ábrán látható. Fontos megjegyezni, hogy az egyes tényezők hatása országonként és azokon belül életkoronként eltérő. Ugyanakkor a hatások halmozódhatnak, következményeik később is jelentkezhetnek, összeadódhatnak. (Vitrai, 2011)

Egészségpolitika

A második világháború borzalmai után fogalmazódott meg az igény egy nyilatkozatra, ami az ENSZ álláspontját foglalja össze minden embert megillető alapjogokról. 1948. december 10-én fogadták el Az emberi jogok egyetemes nyilatkozatát, amelyben meghatározzák az egészséges élethez való jogokat: „Minden személynek joga van saját maga és családja egészségének és jólétének biztosítására alkalmas életszínvonalhoz, ezen belül élelemhez, ruházathoz, lakáshoz, orvosi ellátáshoz, valamint a szükséges szociális szolgáltatásokhoz, továbbá joga van a szociális biztonsághoz, ha munkanélküliség, betegség, rokkantság, özvegység, öregség, vagy tőle független más körülmények miatt elveszíti a megélhetését.” (Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata, 25. cikk, 1. pont)

A nyilatkozat elfogadását követően a világ több térségében olyan saját emberi jogi védelmi rendszert alakítottak, amely párhuzamosan működik az ENSZ rendszerével. Európában az emberi jogokat az Európa Tanács gondozza, jogi normák és mechanizmusok szabályozása révén, mellette az Európai Uniónak és az Európai Biztonsági és Együttműködési Szervezetnek (EBESZ) is fontos feladata van ebben. Az EU-n belül az emberi jogoknak egy új lépcsőfoka a 2009. december 1-én elfogadott Lisszaboni szerződés, amely teljes jogerőre emelte az Európai Unió Alapjogi Chartáját. A charta már úgynevezett második generációs jogokat is tartalmaz, melyek a szociális, gazdasági és kulturális jogok, mindezek alapja az egyenlőség és a gazdasági javakhoz, szolgáltatásokhoz és lehetőségekhez való garantált hozzáférés. A dokumentum 35. cikke az Egészségvédelem: „A nemzeti jogszabályokban és gyakorlatban megállapított feltételek mellett mindenkinek joga van megelőző egészségügyi ellátás igénybevételéhez, továbbá orvosi kezeléshez. Valamennyi uniós politika és tevékenység meghatározása és végrehajtása során biztosítani kell az emberi egészségvédelem magas szintjét.” (Az Európai Unió Alapjogi Chartája, 2012/C 326/39, 35. cikk)

Bár az ENSZ Az emberi jogok egyetemes nyilatkozatát és annak pontjait azóta sem kérdőjelezték meg, de szükség volt a kiegészítésére válaszul az elmúlt 70 év történéseire, a globalizációra, valamint reagálni kellett az alapjogok megvalósíthatóságának esetleges akadályaira is. Ezek a harmadik generációs jogok, melyeknek alapja a szolidaritás, és nemzetközi egyezményekben, államok alkotmányában jelennek meg. Ilyen harmadik generációs jog a betegjog is.

Magyarországon az Alaptörvény XX. cikke rendelkezik az egészséges élethez való jogról: „(1) Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez. (2) Az (1) bekezdés szerinti jog érvényesülését Magyarország genetikailag módosított élőlényektől mentes mezőgazdasággal, az egészséges élelmiszerekhez és az ivóvízhez való hozzáférés biztosításával, a munkavédelem és az egészségügyi ellátás megszervezésével, a sportolás és a rendszeres testedzés támogatásával, valamint a környezet védelmének biztosításával segíti elő.” De ezen kívül más pontok is említik, mint a XVIII. cikkben a munkavállalóknak az egészséget tiszteletben tartó munkakörnyezethez való joga, vagy a XXI. cikkben az egészséges környezethez való jog.

Az előzőekben kifejtettek szerint háromféle alapjogi koncepció létezik az egészségügyi ellátás szabályozására. Fejlettségi sorrendben: az egészséghez való jogon alapuló, a betegjogon alapuló, az alapjogokon alapuló (human rights based approach to health – HRBA). A

továbbiakban Gervai Nóra Az egészségügyi ellátás szabályozásának alapjogi vonatkozásai című, az Esély folyóiratban 2017-ben megjelent cikkét ismertetem, melyben átfogó képet ad az egészségügyi rendszer alapjogi vonatkozásairól és feltárja, hogy milyen lehetőségek vannak a Magyarországon hatályban lévő egészségügyi törvény fejlesztésére.

Az egészséghez való jog részleteit a Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Bizottsága által közzétett 14. Általános Kommentára tartalmazza. Eszerint az egészséghez való jog négy pilléren áll: elérhetőség, hozzáférhetőség, elfogadhatóság és minőség. Mindezek teljesüléséhez szükséges a megfelelő számú köz- és magánegészségügyi intézmény, termék és szolgáltatás (elérhetőség), melyeknek fizikailag hozzáférhetőeknek kell lenniük és megfizethetőnek a megfelelő tájékoztatás mellett, mindezt diszkriminációmentesen (hozzáférhetőség). Tiszteletben kell tartaniuk a kulturális, nemi és életkorbeli különbségeket, az orvosi etikát (elfogadhatóság) és tudományosan, orvosilag elfogadhatóknak kell lenniük (minőség). Mindezekhez az állam kötelezettsége, hogy tartsa tiszteletben ezt az alapjogot (be nem avatkozás), védelmezze az egészséghez való jogot és tegyen jogi lépéseket megvalósulásához. (Gervai, 2017)

A betegjogi megközelítés alapját a nürnbergi orvosperek és az Amerikai Egyesült Államok egészségügyi kártérítési pereit adták. Lényege a szerződéses orvos–beteg viszony, a megfelelő tájékoztatás az orvosi beavatkozásokról és az ezt követő hozzájárulás, továbbá az egészségügyi adatok védelme. Az 1997. évi CLIV. egészségügyi törvény betegjog alapú és megfogalmazása idején modernnek számított, de főképp olyan elemeket tartalmaz, melyek az állam részéről nem igényelnek beavatkozást. Ezzel szemben az Európai Betegjogi Charta mint nemzetközi dokumentum sokkal több olyan elemet tartalmaz, amelyek az állam aktív szerepének igényét fogalmazzák meg az egészségügyi ellátórendszer kialakításával kapcsolatosan. Ezek az elemek a 1. táblázatban vastag betűvel kiemelték. (Gervai, 2017)

Európai Betegjogi Charta	Eütv.
A megelőzési vizsgálatokhoz való jog	Az egészségügyi ellátáshoz való jog
A hozzáféréshez való jog	Az emberi méltósághoz való jog
Az információhoz való jog	A kapcsolattartás joga
A beleegyezés joga	A gyógyintézet elhagyásának joga
A szabad választás joga	A tájékoztatáshoz való jog
A titoktartás és a bizalmas adatkezelés biztosításának joga	Az önrendelkezéshez való jog

A beteg rendelkezésére álló idő figyelembe vételének kötelezettsége	Az ellátás visszautasításának joga
A színvonalas szolgáltatás követelménye	Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga
A biztonság követelménye	Az orvosi titoktartáshoz való jog
Az innováció követelménye	
A felesleges fájdalmak elkerülésének joga	
A személyre szabott kezelés joga	
A panasznyújtás joga	
Az eseti kompenzáció joga	

1. táblázat: Betegjogok az Európai Betegjogi Chartában (2002), illetve az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben (Gervai, 2017)

A HRBA koncepció alapja „UN Statement of Common Understanding on Human Rights-Based Approaches to Development Cooperation and Programming” (2003): az egészségügyi rendszer fejlesztési kereteit határozza meg az alapjogok figyelembevételével, célja túlmutat az egyének alapjogainak érvényesítésén. A szakpolitikák, programok tervezésének, megvalósításának és értékelésének szintjén fogalmazza meg az alapjogi elvárásokat, az alapjogok védelme és a jó népegészségügyi eredmények közötti egyensúly megtalálásával. Olyan elemekre tér ki, mint az emberi méltóság, sérülékeny csoportok védelme, az egyre növekvő egészségügyi adatbázisok diszkriminatív jellegű felhasználásának megakadályozása, érintettek bevonása az egészségügyi szakpolitikák alakulásába. A HRBA kiegészítésként alkalmazható az egészséghez való jogon alapuló és a betegjogokon alapuló egészségügyi rendszerekhez. Mindez egy magasabb szintű alapjogi érvényesülést eredményez, amely egy teljesen új szintet jelentene. (Gervai, 2017)

A szerző a magyar egészségügyi törvény fejlesztéséhez az Európai Betegjogi Chartához viszonyított hiányosságok pótlását és a HRBA alkalmazását tartja kívánatosnak.

Az egészség és az egészség-egyenlőtlenség Magyarország régióiban

Az egészség-egyenlőtlenség társadalmi okokra visszavezethető megnyilvánulásai minden fejlett társadalomban jelen vannak. Lehet alapja az iskolázottsági szint, a hivatali ranglétrán elfoglalt pozíció, a vagyoni háttér vagy akár a lakóhely. A földrajzi alapú egészség-különbségek az egészségügyi kiadások egyenlőtlenségeinek, nem megfelelő differenciálásának következményei. Elvesztett éveket, vagy az egészségben eltöltött évek számában kimutatható különbségeket eredményeznek. Uniós szinten jelenleg

Spanyolországban a legmagasabb a születéskor várható életkor (83,2 év), Magyarországon ez mindössze 76,2 év, mely 7,1 elvesztett évet jelent. (OECD, 2024) A „GDP tükrében elemezve megállapítható, hogy a szegényebb országokban a születéskor várható átlagos élettartam szoros kapcsolatba hozható a GDP egy főre jutó hányadával.” (Pikó, 2002) De hasonló eltéréseket mérhetünk Budapest és Békés vármegye között, sőt, Budapesten belül kerületenként is eltérő a várható életkor. Mindezen elvesztett éveket és a területi különbségeket megfelelő egészségszakpolitikai döntésekkel lehet és célszerű csökkenteni. A 2. táblázat mutatja, hogy lakosságárányosan hány ember vesztette életét 2023-ban. Békés vármegyében 3,7-tel többen, mint az ország teljes területén és 5,8-cal (több mint 50%) többen, mint Pest vármegyében.

Területi egység			
neve	szintje	Halálozások aránya 1000 lakosra	Eltérés az országos adattól
Budapest	főváros, régió	12,2	-1,2
Pest	vármegye, régió	11,3	-2,1
Közép-Magyarország	nagyregió	11,8	-1,6
Fejér	vármegye	13,1	-0,3
Komárom-Esztergom	vármegye	13,7	0,3
Veszprém	vármegye	13,8	0,4
Közép-Dunántúl	régió	13,5	0,1
Győr-Moson-Sopron	vármegye	11,7	-1,7
Vas	vármegye	13,4	0
Zala	vármegye	14,8	1,4
Nyugat-Dunántúl	régió	12,9	-0,5
Baranya	vármegye	14,5	1,1
Somogy	vármegye	15,2	1,8
Tolna	vármegye	14,6	1,2
Dél-Dunántúl	régió	14,7	1,3
Dunántúl	nagyregió	13,7	0,3
Borsod-Abaúj-Zemplén	vármegye	14,4	1
Heves	vármegye	14,6	1,2
Nógrád	vármegye	15,8	2,4
Észak-Magyarország	régió	14,7	1,3
Hajdú-Bihar	vármegye	12,4	-1
Jász-Nagykun-Szolnok	vármegye	15,2	1,8
Szabolcs-Szatmár-Bereg	vármegye	12,9	-0,5

Észak-Alföld	régió	13,3	-0,1
Bács-Kiskun	vármegye	14,2	0,8
Békés	vármegye	17,2	3,8
Csongrád-Csanád	vármegye	13,9	0,5
Dél-Alföld	régió	14,9	1,5
Alföld és Észak	nagy régió	14,2	0,8
Ország összesen	ország	13,4	0,0

2. táblázat: Halálozási arányszámok 1000 fő lakosra 2023-ban. (KSH, 2024h)⁶

Mozgásszegény életmóddal összefüggő betegségek

„2020 és 2030 között csaknem 500 millió embernél alakul ki szívbetegség, elhízás, cukorbetegség vagy más nem fertőző betegség a fizikai inaktivitás miatt, ami évente 27 milliárd dollárba fog kerülni, ha a kormányok nem tesznek sürgős lépéseket a lakosság fizikai aktivitásának fokozása érdekében.” (WHO, 2022)

2020-ban a dél-koreai Jeju Nemzeti Orvosi Egyetemen végeztek egy a témát összefogó kutatást, Jung Ha Park vezetésével, mely „Sedentary Lifestyle: Overview of Updated Evidence of Potential Health Risks” címen jelent meg. Célja az eddig ismert mozgásszegény életmóddal, hosszú időtartamú üléssel összeköthető egészségkockázatok összegyűjtése, adatok frissítése. Jelen dolgozat témáján és a szakmaiság határain belül maradva, orvostani ismeretek hiányában, ebben a fejezetben a fenti tanulmány megállapításait használok a mozgásszegény életmód betegségkockázatainak ismertetésére.

A tanulmány szerint globálisan a 15 évesnél idősebb korosztály egyharmada él mozgásszegény életmódot, ami kihat az egészségükre. Ennek okai lehetnek a kevés mozgásra alkalmas tér, a foglalkoztatásban jelenlevő mozgásszegény magatartás (például ülőmunka), a televízió és a videójátékok terjedése. A mozgásszegény magatartás széles körű káros hatással van az emberi szervezetre, többek között növeli minden betegség halálozási kockázatát, köztük a szív- és érrendszeri betegségek okozta halálozást, a rák kockázatát, valamint az anyagcserezavarok, például a cukorbetegség, a magas vérnyomás és a diszlipidémia (vér kóros zsírszintje, a zsíryanycsere-zavarok következménye) kockázatát; a mozgásszervi megbetegedések, például az ízületi fájdalom és a csonttritkulás, a depresszió és a kognitív károsodás kockázatát. Ezért a mozgásszegény magatartás csökkentése és a fizikai aktivitás

⁶ A mutatók kiszámításához felhasznált népességszámok a 2022. október 1-jei népszámlálás végleges adataiból továbbszámított adatok.

növelése egyaránt fontos a közegészségügy előmozdítása szempontjából. (Park, J. H. et al., 2020)

Jung Ha Park és munkatársai rámutatnak arra a tényre, hogy a hosszan tartó ülés negatív hatással van a betegségek kimenetelére, adat viszont nem áll rendelkezésre arra, hogy pontosan melyik betegségnél milyen mértékű ez a hatás. Megemlítik ugyanakkor, hogy az ülő életmódok mintázatai között vannak eltérések, és e mintázatok egészségre gyakorolt hatását is érdemes kutatni. Például ha ugyanannyi idejű ülést gyakran megszakítanak könnyű vagy közepes fizikai aktivitással, annak jótékony hatásai vannak a vérnyomásra, de ajánlásokat ezzel kapcsolatban nem tudtak megfogalmazni. (Park, J. H. et al., 2020)

Ülő életmód és a korai halálozás kapcsolata

Az ülő munka és a televíziónézésre szánt idő korrelál az egyes betegségek halálozási kockázatainak növekedésével. Összehasonlítva a napi 10 óránál többet ülők halálozási arányát azokéval, akik naponta kevesebbet ülnek 5 óránál, szignifikánsan korrelált az összhálalozással az üléssel töltött idő. A napi 6 óránál többet tévét nézők halálozási kockázata kétszer nagyobb, mint azoké, akik 2 órát vagy kevesebbet töltenek a képernyő előtt, míg a napi legalább 4 órát tévét nézőké másfélszer nagyobb. (Park, J. H. et al., 2020)

Ülő életmód és az anyagcserezavarok kapcsolata

Diabetes

Az írás több tanulmányra hivatkozva állítja, hogy szoros összefüggés van az üléssel töltött idő és a kettes típusú cukorbetegség kialakulása között. Fontos megállapítása, hogy a fizikai aktivitás szintje nem befolyásolja a hosszan tartó ülőidő hatását a szív- és érrendszeri megbetegedések és a diabetes kockázatára. (Park, J. H. et al., 2020)

Magas vérnyomás

A mozgásszegény életmód különböző mechanizmusokon keresztül befolyásolja a vérnyomást: a szív teljesítményének és a teljes perifériás érrendszeri ellenállásnak a megváltoztatásával hat a vérnyomásra. A mozgásszegény magatartásformák közül a nem interaktív mozgásszegény magatartásformák (tévénézés, alvás) a tanulmány szerint tovább fokozzák a magas vérnyomás kockázatát az interaktív mozgásszegény magatartásformákhoz (vezetés, számítógép-használat) képest. (Park, J. H. et al., 2020)

Diszlipidémia

Az ülőmunka metabolikus diszfunkciót idéz elő, amelyet a vér emelkedett triglicerid szintje, csökkent HDL-koleszterin szintje („jó koleszterin”) és csökkent inzulinérzékenység jellemez. Az ülő magatartás növeli az újonnan diagnosztizált diszlipidémiák arányát nőknél és kialakulásuk kockázatát mindkét nemnél. Ezzel szemben a közepesen intenzív vagy intenzív testmozgás kimutathatóan csökkenti a vér triglicerid szintjét. (Park, J. H. et al., 2020)

Elhízás

Az ülőidő 10%-os növekedése 3,1 cm derékkörfogot növekedést eredményez. Ezzel együtt az elhízott betegek hajlamosak kevesebbet mozogni, ezért az aktivitási szint növelése stratégiaként hasznosítható az elhízás kezelésében. Míg ez a tény széles körben ismert, a mögöttes mechanizmusokról keveset tudunk. (Park, J. H. et al., 2020)

Az ülő életmód és a daganatos megbetegedések kialakulása kockázatának kapcsolata

A hosszan tartó ülés növeli a vastagbél-, az endometrium-, a petefészek- és a prosztatarák kockázatát, és különösen a nőknél növeli a rákos halálozást. A megnövekedett ülőidő pozitívan korrelál a vastagbélrákkal és az endometrium rákkal – a televízió előtt töltött idő mindkét ráktípus kockázatát növeli, a munkahelyi ülés a vastagbélrák kialakulásának esélyét. A hosszan tartó ülés okozta anyagcsere zavarok között a nemi hormonok keringési szintjének változása is tapasztalható, ami összefüggésbe hozható a hormonokkal kapcsolatos rákos megbetegedésekkel, mint például az emlő- és az endometrium rákkal. Emellett az ülőmunka alacsony fokú krónikus szisztémás gyulladást indukál, ami kiválthatja a rák növekedését. Mindezek mellett az üléssel összefüggő elhízás önmagában is számos rák kockázatát növeli. (Park, J. H. et al., 2020)

Az ülő életmód és egyéb megbetegedések kapcsolata

Csontritkulás

Az ülő életmódról ismert, hogy negatív összefüggést mutat a teljes combcsont és valamennyi csípő alatti régió csontsűrűségével, függetlenül a kiegészítő mozgásos tevékenységektől, és inkább felnőtt nőkre jellemző. A csont ásványi sűrűsége az ülőmunka időtartamával, de nem a gyakoriságával korrelál. (Park, J. H. et al., 2020)

Krónikus térdfájdalom

Összefüggés van ezen kívül a krónikus térdfájdalommal, mely különösen a 10 órát meghaladó rendszeres ülés mellett jelentkezik. Ezt rendszeres testmozgással el lehetne kerülni, bár nőknél a 10 órát meghaladó ülés mellett végzett intenzív testmozgás nagy valószínűséggel okoz térdfájdalmat. (Park, J. H. et al., 2020)

Depresszió

Hosszan tartó passzív tevékenységgel együtt végzett ülés növeli a depresszió kockázatát. Passzív tevékenység lehet például a tévézés, zenehallgatás. Az aktív tevékenységek, mint az olvasás, vezetés, ülőmunka nem korrelálnak a depresszió kialakulásának kockázatával, de a számítógép használatával kapcsolatban ellentmondásosak az eredmények. A háttérben az húzódhat, hogy a hosszan tartó ülés csökkenti a társas interakciókat, valamint csökkenti azt az időt, melyet a depresszió kockázatának ellensúlyozására alkalmas aktív tevékenységgel tölthetnénk. (Park, J. H. et al., 2020)

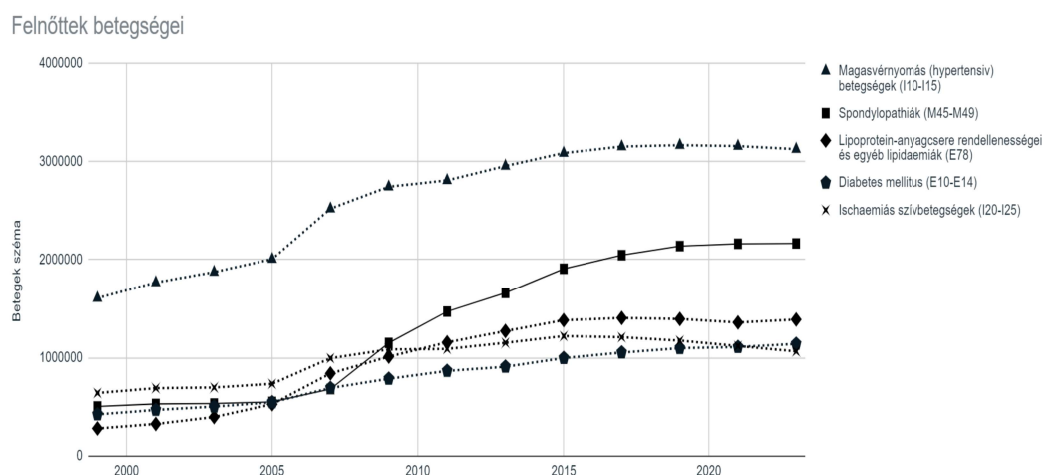
Az ülő életmód és a derékfájdalmak kapcsolata

Sadegh Baradaran Mahdavi és munkatársai egy 2021-es tanulmányban gyűjtötték össze korábbi kutatások adataiból, hogy a hosszan tartó ülés milyen kapcsolatban van a derékfájdalmak kialakulásával gyermekek és felnőttek körében. Felnőtt korban a mozgásszegény életmód jelentős kockázati tényezője a derékfájdalmak kialakulásának (előfordulási arány, odds ratio [OR]=1,24, 1,02-1,5); a hosszabb ideig tartó ülés (OR=1,42, 1,09-1,85) és a vezetési idő (OR=2,03, 1,22-3,36) is jelentős kockázati tényező, mint ahogy a túlsúly (OR=1,35, 1,14-1,59) és a dohányzás (OR=1,28, 1,03-1,60). Az ülőmunka összefüggésbe hozható az irodai dolgozók körében tapasztalható derékfájdalmakkal (OR=1,23). A gyermekek körében az ülő életmód figyelemre méltó kockázati tényezője volt a derékfájdalom kialakulásának (OR=1,41, 1,24-1,60); a hosszan tartó tévézés (OR=1,23, 1,08-1,41) és a számítógép/mobil használata, konzoljáték ideje (OR=1,63, 1,36-1,95) is jelentős kockázati tényező. (Baradaran Mahdavi, S et al., 2021)

Magyarországi adatok

A magyarországi adatok forrásaként a KSH Felnőttek betegségei című tájékoztatási adatbázist dolgoztam fel. A 5. ábrát nézve fontos kiemelni, hogy az első 5 megbetegedés mindegyike összefüggésbe hozható a mozgásszegény életmóddal. Ezen kívül a szív- és érrendszeri

megbetegedések magasan az első helyen állnak, mint ahogyan a vezető halálokok között is. Emellett szembetűnő, hogy a spondylopathiák 2007-ben még 5. volt a sorban, azóta a betegek száma meredeken növekszik és stabilan a második helyen van. A 2021-es és 2023-as adatok feltételezhetően a COVID-19 járvány miatti intézkedések hatására torzultak, és nem lehet kijelenti, hogy a növekvő trend megszűnt. (KSH, n.d.)



5. ábra: A háziorvosokhoz bejelentkezett 19 éves és idősebbek leggyakoribb 5 betegsége (fő). (KSH, n.d.)⁷

Derékfájdalom és gerincbetegségek

A derékfájdalom világszerte vezető munkaképtelenségi ok, az Institute for Health Metrics and Evaluation egy 2020-as kutatása szerint csak az USA 134,5 milliárd dollárt költött a betegségre, többet, mint a diabéteszre vagy az ischaemiás szívbetegségre. 2020-ban 619 millió embernek volt derékfájdalma világszerte, ez a szám előreláthatólag 843 millióra nő 2050-re, főleg a népességnövekedés és a társadalmak öregedése miatt. Az esetek majdnem 90%-ában a derékfájdalmak ismeretlen eredetűek – nincs mögöttük diagnosztizálható patológiás elváltozás. Kialakulásuk legfőbb kockázati tényezője a mozgásszegény életmód, de kiválthatja dohányzás és stressz is. (WHO)

Gerincbetegségek Magyarországon

A 5. ábrán is látható, hogy a nemzetközi trendnek megfelelően a gerincbántalmak Magyarországon is figyelemre méltó emelkedést mutatnak, ami nem róható fel teljes mértékben az öregedő korfának. A 3. táblázatban korcsoport szerinti bontásban látható, hogy

⁷ A háziorvosokhoz bejelentkezettek közül adott betegségnél egy ember csak egyszer szerepelhet, viszont egy embernek több betegségét is nyilvántartásba vehetik.

az adott évben lakosságarányosan hányan fordultak gerincbetegségekkel háziorvoshoz. A népességi adatok forrása a KSH 22.1.1.3. A Népesség korév és nem szerint január 1. adattábla, 2012-től tartalmazza folyamatosan a népszámlálások bázisán számított éves adatokat, azt megelőzően csak 2001-ből találhatók benne adatok. (KSH, 2024i)⁸ A lakosságarányos adatokból kiolvasható, hogy minden korcsoportban nőtt azon személyek száma, akik ezzel a betegséggel háziorvoshoz fordultak, de nem ugyanakkora arányban. Míg a 65 év felettiek között 3-szor több a gerincbeteg 2001-hez képest, a 35–44 éves korcsoportban már majdnem 5-szörös a növekedés. A legnagyobb változás a 25–34 évesek között van, ahol 8-szor több a gerincbeteg, de a 19–24 évesek között látható 6-szoros szám a 2001-es adatokhoz képest is jelzi, hogy az elmúlt 20 év változásai jobban érintik a fiatal felnőtt korosztályt. Érdekes kutatni, hogy mi van mindezek hátterében és hogy milyen következménnyel jár (akár életük későbbi szakaszára, akár munkateljesítményükre, vagy a munkaképtelen napok számára) az, hogy ilyen fiatalon ekkora számban fordulnak elő gerincbántalmak. A jelenleg 45–54 éves korosztályban – melynek tagjai a munkaképes életszakaszuk felénél járnak – úgy gerincbeteg majdnem minden harmadik ember, hogy köztük 2001-ben 100-ból egy embernek volt ilyen jellegű problémája. A jelenleg 25–34 éves korosztályba tartozók közül már most 10-ből egynek van gerincproblémája. A bevezetőben írt hipotézisem második fele, miszerint az elmúlt 20 év folyamatai determinálják a századunk végéig is eltartó betegségkövetkezményeket, feltételeken igazolja a 3. táblázat, amiben látszik, hogy a gerincbetegségek legnagyobb ütemben abban a korosztályban növekednek, amely a gyermekvállalási korban van. A most születő gyermekek olyan környezetben nőnek fel, ahol természetes, hogy a szüleik nem mozognak, valamint, hogy a szűkebb vagy tágabb családban van gerincbeteg és más mozgásszegény életmóddal összefüggésbe hozható betegséggel küzdő. És jelenleg még csak azok vannak ebben a korosztályban, akik a 2001/2002 HBSC riport gyermekei voltak. Az életmódbeli negatív változások és a gyermekeknél is megjelenő egészségromlás az utánuk következőkre még jellemzőbb. (KSH, n.d.)

Korcsoport	2001	[...]	2013	2015	2017	2019	2021	2023	Változás 2001-hez képest
19-24 éves	6,3		33,4	40,3	43,5	42,8	42,8	38,3	609,35%
25-34 éves	11,3		73,1	86,9	94,5	97,3	100,5	97,3	863,16%
35-44 éves	34,9		136,1	158,8	171,0	172,2	176,1	170,7	488,55%

⁸ A népesség száma 1990-ig népszámlálási adat, a 2001. évi adatok a 2001. február 1-jei, a 2012. évi a 2011. október 1-jei népszámlálás bázisán számított adatok. A 2013–2022 közötti népességszámok a 2022. október 1-jei népszámlálás végleges adataiból vissza-, 2023-tól pedig továbbszámított adatok.

45-54 éves	72,4		228,2	255,2	270,5	282,2	281,6	269,9	372,92%
55-64 éves	110,4		313,9	352,6	372,5	377,5	378,5	384,6	348,35%
65-74 éves	134,4		342,6	388,0	414,8	448,4	446,8	454,2	338,01%
75 éves és idősebb	158,9		352,7	406,8	438,3	466,4	466,2	506,9	319,04%

3. táblázat: A háziorvosokhoz spondylopathiával (M45-M49) bejelentkezett 19 éves és idősebbek korcsoportonként [tízezer megfelelő korú lakosra jutó beteg]. (KSH, n.d., 2024i)⁹

Természetesen a helyzet jövőbeni alakulása sok tényezőtől függ, de társadalmunk egészsége szempontjából a gerincproblémák gyakoriságának alakulása fontos fundamentuma lehet a predikcióknak. A táblázatban reprezentált fiatalok jövőbeni megbetegedéseinek esélye célzott szakpolitikai közbeavatkozás esetén is vélhetően nagyobb lesz, mint a jelenleg aktív korúak többségét adó 45–54 és 55–64 éves korosztályok munkavállalóié. Ezzel összefüggésben a jövőben növekedhetnek a nem fertőző betegségek esetszámai, és a továbbiakban is kihívást jelentenek a mozgásszegény életmód mellett az elhízás okozta egészségkockázatok, ami jelenleg is kiemelt népegészségügyi probléma. 2019-es önbevalláson alapuló adatok szerint a lakosság harmada túlsúlyos, majdnem egynegyede elhízott, ez 2009 óta egyre többeket érint, férfiak esetében gyorsabb a növekedés. (OECD, 2024) Mindez kiemelt kockázati tényező a diabetes, valamint a szív- és érrendszeri betegségek esetében. A diabetes jelenleg is 1.000 felnőttből (20–79 éves korosztály) 661 embert érint és fejenként 1.465,9 dollárba kerül. (IDF, 2021) A szív- és érrendszeri betegségek kockázatát minden 10 kg súlytöbblet 20 százalékkal növeli, jelenleg is vezető halálok Magyarországon, az összhálózás 37 százalékaért felelős. (Simmelweis Egyetem, 2024)

A betegségben töltött napok száma, a megfelelő életmóddal és a rendszeres szűrővizsgálatokkal megelőzhető korai halálozás már most nagy terhet ró a gazdaságra. Joó Tamás, Fadgyas-Freyler Petra, Vitrai József és Kollányi Zsófia Az egészségkárosodás társadalmi költségei a munkaképes korú lakosság körében 2019-ben Magyarországon című tanulmányukban hívják fel a figyelmet, hogy az általuk vizsgált évben a 30–64 éves korosztályban egy főre átlagosan 35 munkanap veszett el betegség miatt. Ugyanebben a korosztályban összesen 27 ezer haláleset történt, ami az összhálózás egyötöde, és a férfiak halálozási aránya dupla akkora, mint a nőké. Ezek a halálozások mindkét nem esetében átlagosan 99 évvel a nyugdíjkorhatárt megelőzően következett be. Mindennek közvetlen

⁹ A háziorvosokhoz bejelentkezettek (a Betegségek Nemzetközi Osztályozása X. revíziója szerint) nyilvántartásba vett főbb betegségei. Adott betegségnél egy ember csak egyszer szerepelhet, viszont egy embernek több betegségét is nyilvántartásba vehetik.

költsége, amely az Egészségbiztosítási Alap, a betegek és a biztosítók kiadásából tevődik össze 1446 milliárd Ft, és közvetett költsége, ami a korai halálozás vagy betegség miatt kiesett napok okozta kiadásokat jelenti, 2279 milliárd Ft volt. Mindezen terhek a GDP 7,21%-át tették ki. (Joó és tsai., 2024)

„Jól ismert, hogy a fejlett országokban, így Magyarországon is azok a nem fertőző, krónikus betegségek okozzák a legnagyobb egészségvesztést, amelyek egészséges életmóddal megelőzhetők. Az ország versenyképességének javításához emiatt elengedhetetlen az egészséges életmód előmozdítása és az azt elősegítő fizikai és szociális környezet kialakítása.” (Joó és tsai., 2024)

Összefoglaló

Az ezredfordulón bekövetkezett digitális revolúció megváltoztatta mindannyiunk életét, és hatással volt életmódunkra, korcsoportonként különböző módon. Ugyanakkor a felgyorsult folyamatok, egyszerűsödés, kényelem az aktivitásunk csökkenését eredményezte. Kutatási kérdésekre – „Vajon mennyire változott a gyerekek életvitele, életmódja és fizikai aktivitása az elmúlt évtizedben?” – a válasz, hogy a legjobban ezt a korosztályt érintette a változás, hiszen a fizikai aktivitás olyan mértékben csökkent, hogy a mozgásszegény életmóddal összefüggésbe hozható betegségek egyre fiatalabb korosztályokban egyre elterjedtebbé váltak. Hogy „Milyen következményei lehetnek a gerincproblémák fiatal korban való megjelenésének a generáció mindennapi életére, mozgásuk vonatkozásában?” nehéz jelenleg megmondani. Annyi bizonyos, hogy a trend iránya nem kedvező, és a probléma jelenleg is fennáll. Összehangolt szakpolitikai döntésekre volna szükség a folyamat megállításához, mert önmagában a mindennapos testnevelés óra kötelezővé tétele nem tudja ellensúlyozni az inaktivitást.

A kérdés egyéni és társadalmi szinten egyaránt fontos, mivel a rendszeres testmozgás hozzájárul a stressz csökkentéséhez és a jobb alvásminőséghez, ami elengedhetetlen a mentális és fizikai egészség fenntartásához. Emellett a rendszeres mozgás növeli az önbizalmat és javítja az önértékelést azáltal, hogy az egyén jobban érzi magát a bőrében. A közösségi sporttevékenységek elősegítik a társadalmi integrációt és a különböző korosztályok közötti kapcsolatok kialakulását. Egy egészségesebb társadalomban nagyobb a termelőképesség, kisebbek az egészség-egyenlőtlenségek a kevesebb magánegészségügyi kiadás miatt, és kisebb a teher az egészségügyi ellátórendszeren is. Emellett a

fenntarthatóságban, környezettudatosságban is segít, mivel az aktív közlekedési formák, mint a kerékpározás és a gyaloglás, csökkentik a károsanyagkibocsátást. (Varga & Horváth, 2019)

Irodalomjegyzék

- Ács Pongrác, Stocker Miklós, Kovács Antal, Hoffbauer Márk, Szabó Péter, Paár Dávid (2020). *A magyarországi fizikai inaktivitási terhek alakulásának összehasonlító elemzése, 2009–2017*, Közgazdasági Szemle, LXVII. évf., 2020. július–augusztus, 809–830.
- Az Európai Unió Alapjogi Chartája (2012/C 326/391). Letöltve 2024. augusztus 31., <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/PDF/?uri=CELEX:12012P/TXT>
- Antal Z. László (2020). *Egészségpszichológia holisztikus megközelítésben*, Budapest, L'Harmattan Kiadó, 57–79. ISBN 978 963 414 705 3
- Boncz Imre, Lampek Kinga, Pusztafalvi Henriette szerk. (2022). *Kézikönyv az egészségfejlesztéshez*, Pécs, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar (PTE ETK). ISBN: 978-963-626-047-7
- Baradaran Mahdavi, S et al. (2021). *Association between sedentary behavior and low back pain; A systematic review and meta-analysis. Health promotion perspectives*, 11(4), 393–410. <https://doi.org/10.34172/hpp.2021.50>
- Európai Bizottság (2022a, szeptember 19.). *New Eurobarometer on sport and physical activity shows that 55% of Europeans exercise*, https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_22_5573
- ELTE., PPK. (2024, július 01.). *Reflektorfényben a kamaszok egészsége és jólléte - HBSC kutatási eredmények 2022* <https://hbse.ppk.elte.hu/content/reflektorfenyben-a-kamaszok-egeszsege-es-jollete-hbse-kutatasi-eredmenyek-2022.t.24635?m=7142>
- Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata (n.d.). Letöltve 2024. augusztus 31., <https://www.coe.int/hu/web/compass/the-universal-declaration-of-human-rights-full-version->
- Európai Bizottság, Oktatásügyi, Ifjúságpolitikai, Sportügyi és Kulturális Főigazgatóság (2022). *Sport and physical activity: summary report*, Luxembourg, Európai Unió Kiadóhivatala. <https://doi.org/10.2766/151826>
- Falchetta, G., De Cian, E., Sue Wing, I. (2024). *Global projections of heat exposure of older adults*. Nat Commun 15, 3678. <https://doi.org/10.1038/s41467-024-47197-5>
- Giddens, Anthony (2008). *Szociológia (Második kiadás)*, Budapest, Osiris Kiadó, 204–224. ISBN 9789633899847
- Joó Tamás, Fadgyas-Freyler Petra, Vitrai József és Kollányi Zsófia (2024). *Az egészségkárosodás társadalmi költségei a munkaképes korú lakosság körében 2019-ben Magyarországon*, Orvosi Hetilap 165. évfolyam 3. szám, 110–120.
- Keresztes Noémi, Szilágyi Nóra, Pálincás Anikó, Rázsó Zsófia, Horváth Gábor, Horváth Virág, Kiss Balázs (2014). *Életciklusokon át - Életmódkutatás (pre) serdülő, fiatal felnőtt és felnőtt populációkban*, Sokszerű sporttudomány: sportszakmai tanulmány- és szakképző gyűjtemény, (2), 74–88.
- Li S, Lear SA, Rangarajan S et al. (2022). *Association of Sitting Time With Mortality and Cardiovascular Events in High-Income, Middle-Income, and Low-Income Countries*, JAMA Cardiol.;7(8).796–807. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2022.1581>, PMID: 35704349; PMCID: PMC9201743.

- Moravcsik-Kornyicki, Ágota and R. Fedor (2021). *Az egészség komplex megközelítése, mint az egészség-szociológiai vizsgálatok elméleti kerete*, Acta Medicinae et Sociologica. 12, 32, 24–49. <https://doi.org/10.19055/ams.2021.05/31/2>.
- Möller-Leimkühler AM (2003). *The gender gap in science and premature death or: why are men so vulnerable?*, Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 253(1). 1–8. <https://doi.org/10.1007/s00406-003-0397-6>. PMID: 12664306.
- Németh Ágnes és Költő András (2016). *Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014*, Budapest, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet. ISBN 978 615 80422 0 8
- Németh Ágnes et al. (2024). *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása 2022*. Budapest, L'Harmattan Kiadó. <https://doi.org/10.56037/978-963-646-075-4>
- Novaković S, Milenković S, Srećković M, Backović D, Ignjatović V, Capo N, Stojanović T, Vukomanović V, Sekulić M, Gavrilović J, Vuleta K and Ignjatović V (2023). *Children's Internet use and physical and psychosocial development*, Front, Public Health 11:1163458. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1163458>
- Németh Ágnes (2007). *Fizikai aktivitás és fizikailag passzív szabadidős tevékenységek*, Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja, Budapest, Országos Gyermekegészségügyi Intézet. ISBN 978 963 064191 3, 67–74. o.
- OECD./European Observatory on Health Systems and Policies (2024). *Magyarország: Egészségügyi országprofil 2023*, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/5adc0e05-hu>
- OECD./European Union (2022). *Waiting times for elective surgery*, Health at a Glance, Europe, State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/63a6ed75-en>
- Park, J. H. et al. (2020). *Sedentary Lifestyle: Overview of Updated Evidence of Potential Health Risks*. Korean journal of family medicine, 41(6), 365–373. <https://doi.org/10.4082/kjfm.20.0165>
- Pikó Bettina, Bak Judit (2005). *A gyermekek egészség- és környezettudatosságának alakítás*, Iskolakultúra 2005. évfolyam 5. szám, 54–60. o.
- Pikó Bettina (2002). *Egészségszociológia*, Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó. ISBN 963 9336 89 0, 134–155. o.
- Pikó Bettina (2012). *Egészségszociológia gyökerei és távlatai a modern társadalomban, A szociológia szemüvegén keresztül: tanulmányok Feleky Gábor 60. születésnapjára*, 279–288. ISBN 978-963-963-9573-90-1
- Pikó Bettina (2002). *Egészségtudatosság serdülőkorban*, Budapest, Akadémia Kiadó. ISBN 963 05 7908 1
- Pikó Bettina (1998). *Egyenlőtlenségek az egészségi állapotban*, Századvég, új folyam, 1998, 11. szám
- Pikó Bettina (2007). *Egyenlőtlenségek vizsgálata a serdülők és az idősek egészségi állapotában mint szociológiai kihívás*, Szociológiai Szemle 2007. évfolyam 1–2. szám, 99–108. o.
- Prof. Dr. Székely Lajos, Dr. Frans Vergeer, Prof. Dr. Simon Tamás (2007). *Az „egészség” fogalmának újraértelmezése I. rész*, Egészségfejlesztés, XLVIII. évfolyam, 2007. 5–6. szám

- Semmelweis Egyetem (2024. szeptember 26.). *Top 5 Semmelweis tipp – Mit tehetünk szívünk egészségéért?* <https://semmelweis.hu/hirek/2024/09/26/top-5-semmelweis-tipp-mit-tehetunk-szivunk-egeszsegeert/>
- Tari-Keresztes Noémi (2009). *Fiatalok szabadidős fizikai aktivitásának magatartástudományi vizsgálata, Doktori értekezés*, Szeged, Semmelweis Egyetem
- Tari-Keresztes Noemi, Piko Bettina, Gupta Himanshu, Decelis Andrew, Dely-Palinkas Aniko, Fejes Zsuzsanna (2021). *Prototype perception of physically active peers: result from a study among Hungarian university students*. Pedagogy and Psychology of Sport. 2021;07(01).41–60. e ISSN 2450-6605.
- Twaddle, Andrew C., Nordenfelt, Lennart (1994). *Disease, illness and sickness: three central concepts in the theory of health: a dialogue between Andrew Twaddle and Lennart Nordenfelt*, Department of Health and Society, Linköping University. ISBN 978-917-871-218-2
- Urbán Róbert (2017). *Az egészségpszichológia alapjai*, ELTE Eötvös Kiadó. ISBN 978-963-284-931-7
- Varga Attila, Horváth Cintia (2019). *A fizikai aktivitás globális cselekvési terve 2018–2030: Aktív emberek egy egészségesebb világért*, Új pedagógiai szemle 69. évfolyam 3–4. szám, 140–146. o.
- Vitrai József (2011). *Az egészség és az egészség-egyenlőtlenség egyéni és közösségi szintű befolyásoló tényezői: doktori értekezés*, Pécs, Pécsi Tudományegyetem
Egészségtudományi kar: Egészségtudományi Doktori Iskola
- Vitrai József (2022). Központi Statisztikai Hivatal: *Egészségügyi helyzetkép, 2019*. Egészségfejlesztés, 63(1), 56. <https://doi.org/10.24365/ef.v63i1.7965>
- WHO. (1995). BNO-10: A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása (10. revízió), Budapest, Népjóléti Minisztérium. ISBN 9637025413
- WHO. (2022). Global status report on physical activity 2022. Geneva: World Health Organization. ISBN 9789240059153
- WHO. (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour, Geneva: WHO, Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- WHO. (2021). Spending on health in Europe: entering a new era, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Xie H, Scott JL and Caldwell LL (2018). *Urban Adolescents' Physical Activity Experience, Physical Activity Levels, and Use of Screen-Based Media during Leisure Time: A Structural Model*. Front. Psychol. 8:2317. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02317>

Adatforrások

- Currie, Candace et al. (2004). *Young people's health in context: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
<https://iris.who.int/handle/10665/107560>
- Currie, Candace et al. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report*

- from the 2009/2010 survey. World Health Organization. Regional Office for Europe.
<https://iris.who.int/handle/10665/326406>
- ECDC (2013). *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals, 2011-2012*. Stockholm: ECDC.
<https://doi.org/10.2900/86011>
- ECDC (2023). *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals, 2016-2017*. Stockholm: ECDC.
<https://doi.org/10.2900/474205>
- ECDC (2024). *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals, 2022-2023*. Stockholm: ECDC.
<https://doi.org/10.2900/88011>
- Európai Bizottság (2022b). *Special Eurobarometer 525 – Sport and physical activity*. European Commission, Directorate-General for Education, Youth, Sport and Culture.
<https://doi.org/10.2766/356346>
- International Diabetes Federation (n.d.). *Diabetes in Europe – 2021*. Letöltve 2024. október 29., <https://diabetesatlas.org/regional-factsheets/>
- KSH. (2024a, augusztus 12.). 4.1.1.5. *Az egészségügyi ellátás állás és létszám adatai*. Összefoglaló Táblák (STADAT). https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0005.html
- KSH. (2024b, április 22.). 4.1.1.6. *A dolgozó orvosok száma korcsoport és nem szerint*. Összefoglaló Táblák (STADAT). https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0006.html
- KSH. (2024c, július 15.). 4.1.1.7. *Háziorvosok és házi gyermekorvosok*. Összefoglaló Táblák (STADAT). https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0007.html
- KSH. (2024d, június 28). 4.1.2.5. *Kórházak vármegye és régió szerint*. Összefoglaló Táblák (STADAT). https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0048.html
- KSH. (2024e, október 4.). 12.1.3.4. *Internethasználók aránya [a 16–74 éves népesség százalékában]*. Összefoglaló Táblák (STADAT).
https://www.ksh.hu/stadat_files/ikt/hu/ikt0029.html
- KSH. (2024f, augusztus 26). 20.2.2.9. *A teljes munkaidőben alkalmazásban állók bruttó átlagkeresete a munkáltató székhelyének elhelyezkedése alapján, vármegye és régió szerint, negyedévente kumulált*. Összefoglaló Táblák (STADAT).
https://www.ksh.hu/stadat_files/mun/hu/mun0206.html
- KSH. (2024g, július 15.). 22.1.2.6. *Születéskor várható átlagos élettartam, átlagéletkor nem, vármegye és régió szerint*. Összefoglaló Táblák (STADAT).
https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0039.html
- KSH. (2024h, október 31.). 22.1.2.8. *A népmozgalom főbb arányszámai vármegye és régió szerint*. Összefoglaló Táblák (STADAT).
https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0041.html
- KSH. (2024i, október 25.). 2.1.1.3. *Népesség korév és nem szerint, január 1*. Összefoglaló Táblák (STADAT). https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0003.html
- KSH. (2024j, október 25.). 23.1.1.27. *A 25–64 éves népesség megoszlása iskolai végzettség szerint [%]*. Összefoglaló Táblák (STADAT).
https://www.ksh.hu/stadat_files/okt/hu/okt0027.html

- KSH. (2021, április 6.). 12.8.1.9. *Háztartások info-kommunikációs eszközellátottsága és egyéni használat jellemzői [%]*. Összefoglaló Táblák (STADAT).
https://www.ksh.hu/stadat_files/ikt/hu/ikt0045.html
- KSH. (n.d.). *A házi orvosokhoz bejelentkezett 19 éves és idősebbek főbb betegségei*. Tájékoztatási adatbázis. Letöltve 2024. október 30.,
http://statinfo.ksh.hu/Statinfo/QueryServlet?ha=FE1A09_W
- NEAK. (n.d.). *Előjegyzési listák hosszának lekérdezése*. Letöltve 2024. október 10.,
https://jogviszony.neak.gov.hu/varolista_pub/elogyzesi-listak-hosszanak-lekerdezese/
- Rakić, Jelena et al. (2024). *A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, central Asia and Canada: Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/376772>.
- WHO. (2016): *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study : international report from the 2013/2014 survey*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/326320>
- WHO. (2020): *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/332104>
- WHO. (n.d.). *Health services EURO*. Letöltve 2024. október 30.,
<https://www.who.int/europe/health-topics/health-services>

Ábrák jegyzéke

1. ábra: 11 éves korcsoport minimális ajánlott mérsékelt vagy erős fizikai aktivitás (MVPA) megfelelése (%), (Currie, Candace et al., 2004, 2012; WHO, 2016, 2020; Rakić, Jelena et al., 2024).....	12
2. ábra: 13 éves korcsoport minimális ajánlott mérsékelt vagy erős fizikai aktivitás (MVPA) megfelelése (%), (Currie, Candace et al., 2004, 2012; WHO, 2016, 2020; Rakić, Jelena et al., 2024).....	13
3. ábra: 15 éves korcsoport minimális ajánlott mérsékelt vagy erős fizikai aktivitás (MVPA) megfelelése (%), (Currie, Candace et al., 2004, 2012; WHO, 2016, 2020; Rakić, Jelena et al., 2024).....	13
4. ábra: Az egészséget befolyásoló egyéni és környezeti tényezőkre épülő részletes egészségmodell (Vitrai, 2011).....	23
5. ábra: A háziorvosokhoz bejelentkezett 19 éves és idősebbek leggyakoribb 5 betegsége (fő). (KSH, n.d.).....	32

Táblázatok jegyzéke

1. táblázat: Betegjogok az Európai Betegjogi Chartában (2002), illetve az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben (Gervai 2017).....	25
2. táblázat: Halálozási arányszámok 1000 fő lakosra 2023-ban. (KSH, 2024h).....	27
3. táblázat: A háziorvosokhoz spondylopathiával (M45-M49) bejelentkezett 19 éves és idősebbek korcsoportonként [tízezer megfelelő korú lakosra jutó beteg]. (KSH, n.d., 2024i).33	