

Egészségföldrajz

Egészségföldrajz

Tartalom

1. Egészségföldrajz	1
1. Egészségföldrajz oktatásának célja és tartalma	1
1.1. 1. Az egészségföldrajz oktatásának célja	1
1.2. 2. A kurzus során feldolgozásra kerülő témakörök:	1
2. Mi is az az egészségföldrajz?	3
2.1. 1. Az egészségföldrajz fogalma, helye a földrajztudományban	3
2.2. 2. Irányzatok az egészségföldrajzban	5
2.3. 3. A tudományterület fejlődése hazánkban, legfontosabb hazai képviselői	7
2.4. 4. Egészségföldrajz és környezettudatosság	8
2.5. Összefoglalás	9
2.6. Ellenőrző kérdések	9
2.7. Tesztfeladatok	9
3. 2. Egészségföldrajzi, demográfiai alapfogalmak	10
3.1. Alapfogalmak	11
3.1.1. 1. Az egészség fogalma	11
3.1.2. 2. A betegség fogalma	11
3.1.3. 2. A beteg	11
3.1.4. 3. Epidemiológia	12
3.1.5. 4. Egészségpolitika	12
3.1.6. 5. Alapvető ellátások	12
3.1.7. 6. Méltányosság (esélyegyenlőség, equity)	13
3.1.8. 7. Szubszidiaritás elve	13
3.1.9. 8. Egészségügyi technológia (Health Technology)	13
3.1.10. 9. Egészségügyi tevékenység (health care activity)	13
3.1.11. 10. Gyógyító-megelőző ellátás	13
3.1.12. 11. Diagnosztika	14
3.1.13. 12. Terápia	14
3.1.14. 13. Etiológia:	14
3.1.15. 14. Patológia	14
3.1.16. 15. Krónikus betegség	14
3.1.17. 16. Akut betegség:	14
3.1.18. 17. Degeneratív betegség:	15
3.2. Az egészségföldrajzhoz kapcsolódó demográfiai mutatók	15
3.2.1. 1. Populáció	15
3.2.2. 2. Korfa (population pyramid)	15
3.2.3. 3. Népeség-előreszámítás	16
3.2.4. 4. Élveszületés	16
3.2.5. 5. Halálozás (mortalitás)	16
3.2.6. 6. Magzati halálozás	17
3.2.7. 7. Perinatális halálozás	17
3.2.8. 8. Anyai halálozás	17
3.2.9. 9. Terhesség-megszakítás	18
3.2.10. Származtatott mutatók	18
3.3. Az egészségi állapotot leíró fogalmak	18
3.3.1. 3.1. Halálozásból számolt mutatók	18
3.3.2. A mért vagy becsült életminőségéből számolt és egyéb mutatók	19
3.4. 4. Az egészségvédelemmel, egészségfejlesztéssel kapcsolatos fogalmak	21
3.4.1. 1. Prevenció (megelőzés)	21
3.4.2. 2. Egészségfejlesztés	21
3.4.3. 3. Egészségnevelés (health education)	22
3.4.4. 4. Életminőség javulás	22
3.4.5. 5. Egészségvédelem (health protection)	22
3.4.6. 6. Szűrés	22
3.4.7. 7. Egészségtudatos magatartás	22
3.4.8. 8. Egészségmonitorozási rendszer	22
3.5. Összefoglalás	22

3.6. Ellenőrző kérdések	23
3.7. Tesztfeladatok	23
3.8. Megoldás:	23
4. 3. A fejlődő világ egészségföldrajzi sajátosságai	24
4.1. 1. Demográfiai, társadalmi-gazdasági jellemzők	24
4.2. 2. Egészség- és életkilátások	27
4.3. A környezeti kihívások	32
4.4. Összefoglalás	34
4.5. Ellenőrző kérdések	34
4.6. Tesztfeladatok	34
5. 4. Egészségügyi kihívások a fejlett világban	34
5.1. 1. Demográfiai, társadalmi-gazdasági jellemzők	35
5.2. 2. Egészség- és életkilátások	36
5.3. 3. Egészségügyi kihívások	38
5.4. Összefoglalás	39
5.5. Ellenőrző kérdések	39
5.6. Tesztfeladatok	39
6. 5. Az egészségi állapot változása és jellemzői hazánkban	40
6.1. 1. Demográfiai jellemzők alakulása	40
6.2. 2. Egészség- és életkilátások, halálokok	43
6.3. 3. Az egészségi állapot összefüggései	45
6.4. Összefoglalás	46
6.5. Ellenőrző kérdések	46
6.6. Tesztfeladatok	46
6.7. A halálóki jellemzők alakulása hazánkban 1970-től	47
7. 6. A hazai egészségügyi ellátórendszer	50
7.1. Az egészségügyi ellátórendszer jellemzői és felépítése	50
7.2. Az egészségügyi ellátórendszer regionális különbségei	53
7.3. Összefoglalás	57
7.4. Ellenőrző kérdések	57
7.5. Tesztfeladatok	57
8. 7. Környezet-egészségtan	57
8.1. 1. Környezet-egészségügyi mutatók	58
8.1.1. 1. Szennyezettség határérték	58
8.1.2. 2. Egészségügyi határérték	58
8.1.3. 3. Tájékoztatási és riasztási határérték	58
8.2. A környezet-egészségügy magyarországi vonatkozásai	58
8.3. Összefoglalás	64
8.4. Ellenőrző kérdések	64
8.5. Tesztfeladatok	64
9. 8. A táplálkozás és az egészség földrajzi összefüggései	65
9.1. 1. Táplálkozás és életminőség	65
9.2. 2. Az egészséges táplálkozás kérdései	68
9.3. 3. Táplálkozás és életkilátások a fejlett világban	72
9.4. 4. Táplálkozás és életkilátások a fejlődő világban	74
9.5. Összefoglalás	75
9.6. Ellenőrző kérdések	75
9.7. Tesztfeladatok	76
10. 9. A globalizáció egészségügyi következményei	76
10.1. 1. Átalakuló élet, változó veszélyek	76
10.2. 2. A felgyorsult életvitel egészségügyi következményei	77
10.3. 3. A nagyvárosi élet kihívásai	79
10.4. Összefoglalás	82
10.5. Ellenőrző kérdések	82
10.6. Tesztfeladatok	82
11. 10. Járványok a 21. század elején	82
11.1. 1. Járványtani alapfogalmak és mutatók	82
11.1.1. 1.1. Járvány (epidémia)	83
11.1.2. 1.2. Járványtani mutatók	83
11.2. 2. Fertőző betegségek a 21. század elején	84

11.2.1. 2.1. AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome , szerzett immunhiányos tünet együttes)	84
11.2.2. 2.2. Hepatitis	87
11.2.3. 2.3. Influenza (grippe)	89
11.3. Összefoglalás	89
11.4. Ellenőrző kérdések	90
11.5. Tesztfeladatok	90
12. 11. Az egészségturizmus	90
12.1. 1. Az egészségturizmus fogalma és jellemzői	90
12.2. 2. Az egészségturizmus legfontosabb típusai	92
12.2.1. 1. A gyógyturizmus	92
12.2.2. 2. Wellness-turizmus	95
12.2.3. 3. A spa koncepció	97
12.2.4. 4. Szépség- és fogászati turizmus	98
12.3. 3. A gyógyfürdők szerepe a hazai egészségturizmusban	98
12.3.1. 3.1. Regionális jellemzők	99
12.4. Összefoglalás	100
12.5. Ellenőrző kérdések	100
12.6. Tesztfeladatok	101
13. 12. Összefogással az egészséges életért	101
13.1. 1. Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organisation, WHO)	101
13.2. 2. Nemzetközi és a Magyar Vöröskereszt	103
13.2.1. 2.1. A Nemzetközi Vöröskereszt	103
13.2.2. 2.2. A Magyar Vöröskereszt	106
13.3. 3. Az egészségügyhöz kapcsolódó egyéb szervezetek	108
13.3.1. 3.1. Egyesült Nemzetek Élelmezésügyi és Mezőgazdasági Szervezete (FAO)	108
13.3.2. 3.2. Az Egyesült Nemzetek Gyermekalapja (UNICEF)	108
13.3.3. 3.3. Európai Unió Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Főigazgatóság (DG SANCO)	110
13.3.4. 3.4. Európai Bizottság Humanitárius Segélyek és Polgári Védelem Főigazgatósága (ECHO)	110
13.4. Összefoglalás	110
13.5. Ellenőrző kérdések	111
13.6. Tesztfeladatok	111
14. Próbavizsga	113
15. Záróvizsga	113
16. Irodalomjegyzék:	115

1. fejezet - Egészségföldrajz

A tananyag a TÁMOP-4.1.2.A/1-11/1-2011-0038 számú projekt keretében készült.

Ütőné dr. Visi Judit



Nemzeti Fejlesztési Ügynökség
www.ujszechenyiterv.gov.hu
06 40 638 638



A projekt az Európai Unió
támogatásával valósul meg.

1. Egészségföldrajz oktatásának célja és tartalma

1.1. 1. Az egészségföldrajz oktatásának célja

Az egészségföldrajz kurzus célja, hogy megismertesse a hallgatókkal a tudományterület kialakulásának és kutatási-vizsgálódási területének sajátos vonásait. Bemutassa azokat mutatókat, mérőszámokat és jellemzőket, amelyek segítségével összehasonlítható a népesség egészségi állapota. Bemutatja a fejlődő és a fejlett világ egészségföldrajzi sajátosságait. Külön foglalkozik hazánk népességének egészségi állapotával.

A tudományterület hagyományos témái mellett megismerteti a hallgatókkal globalizálódó világunk aktuális, a népesség egészségi állapotát befolyásoló környezeti folyamatait, illetve azok következményeit. Emellett teret kap az egészségtudatos gondolkodás formálása szempontjából fontos prevenciók bemutatása (gyógy- és wellness turizmus, egészséges táplálkozás). A kurzus témái között szerepel az összefogás fontosságának és lehetőségének bemutatása az életminőség- és az életkilátások javítása érdekében.

A kurzus teljesítése során bővülnek a tanulók olyan ismeretei, amelyek segítségével jobban megértik a Földünk egyes térségei között kialakult életminőség és életkilátásbeli különbségek okait, illetve ezek következményeit. Fejlődik a hallgatók szociális kompetenciája, környezeti szemlélete. A kurzus elvégzése hozzájárul a hallgatók földrajzi gondolkodásának fejlődéséhez, elősegíti az ok-okozati összefüggések felismerését, meglátatja a társadalmi és a kulturális jellemzők, illetve a gazdasági fejlettség hatását az egészségi állapot alakulására. Megérteti a tanulókkal az önmagunkért és környezetünkért felelős, egészségtudatos magatartás fontosságát, illetve azt, hogy, a világ egészségügyi problémáinak mérséklésében elengedhetetlen a nemzetközi összefogás.

1.2. 2. A kurzus során feldolgozásra kerülő témakörök:

Fejezet	Tartalom
1	Mi is az az egészségföldrajz? <ol style="list-style-type: none">1. Az egészségföldrajz fogalma2. Irányzatok az egészségföldrajzban3. A tudományterület fejlődése hazánkban, legfontosabb hazai képviselői4. Egészségföldrajz és környezettudatosság
2.	Az egészségföldrajz alapfogalmai

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alapfogalmak 2. Az egészségföldrajzhoz kapcsolódó demográfiai mutatók 3. Az egészségi állapotot leíró fogalmak 4. Az egészségvédelemmel, egészségfejlesztéssel kapcsolatos fogalmak
3.	<p>A fejlődő világ egészségföldrajzi sajátosságai</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demográfiai, társadalmi-gazdasági jellemzők 2. Egészség- és életkilátások 3. Környezeti kihívások
4.	<p>A fejlett országok egészségföldrajzi jellemzői</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demográfiai, társadalmi-gazdasági jellemzők 2. Egészség- és életkilátások 3. Egészségügyi kihívások
5.	<p>Az egészségi állapot változása és jellemzői hazánkban</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demográfiai jellemzők alakulása 2. Egészség- és életkilátások, halálokok 3. Az egészségi állapot összefüggései
6.	<p>A hazai egészségügyi ellátórendszer</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Az ellátórendszer felépítése 2. Az egészségügyi ellátórendszer regionális különbségei
7.	<p>Környezet-egészségtan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Környezet-egészségügyi mutatók 2. A környezet-egészségügy magyarországi vonatkozásai
8.	<p>A táplálkozás és az egészség földrajzi összefüggései</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Táplálkozás és életminőség 2. Az egészséges táplálkozás kérdései 3. Táplálkozás és életkilátások a fejlett világban 4. Kihívások a fejlődő világban
9	<p>A globalizáció egészségügyi következményei</p>

	1. Átalakuló élet, változó veszélyek 2. A felgyorsult életvitel egészségügyi következményei 3. A nagyvárosi élet kihívásai
10	Járványok a 21. század elején 1. Járványtani alapfogalmak és mutatók 2. Fertőző betegségek a 21. század elején
11	Az egészségturizmus 1. Az egészségturizmus fogalma és jellemzői 2. Az egészségturizmus legfontosabb típusai 3. Gyógyfürdők szerepe a hazai egészségturizmusban
12.	Összefogással az egészséges életért 1. A WHO és törekvései 2. A Nemzetközi és a Magyar Vöröskereszt 3. Az egészségügyhöz kapcsolódó egyéb szervezetek

2. Mi is az az egészségföldrajz?

Célkitűzés:

A tudományterület fejlődésének, főbb irányzatainak és kutatási tevékenységének bemutatása. Az egészségföldrajz interdiszciplináris jellegének igazolása a különböző tudományágak közötti kapcsolatok felvázolásával. Az egészségföldrajz mint napjaink aktuális társadalmi-környezeti kérdéseivel foglalkozó tudományág iránti érdeklődés felkeltése.

Tartalom:

1. Az egészségföldrajz fogalma
2. Irányzatok az egészségföldrajzban
3. A tudományterület fejlődése hazánkban, legfontosabb hazai képviselői
4. Egészségföldrajz és környezettudatosság

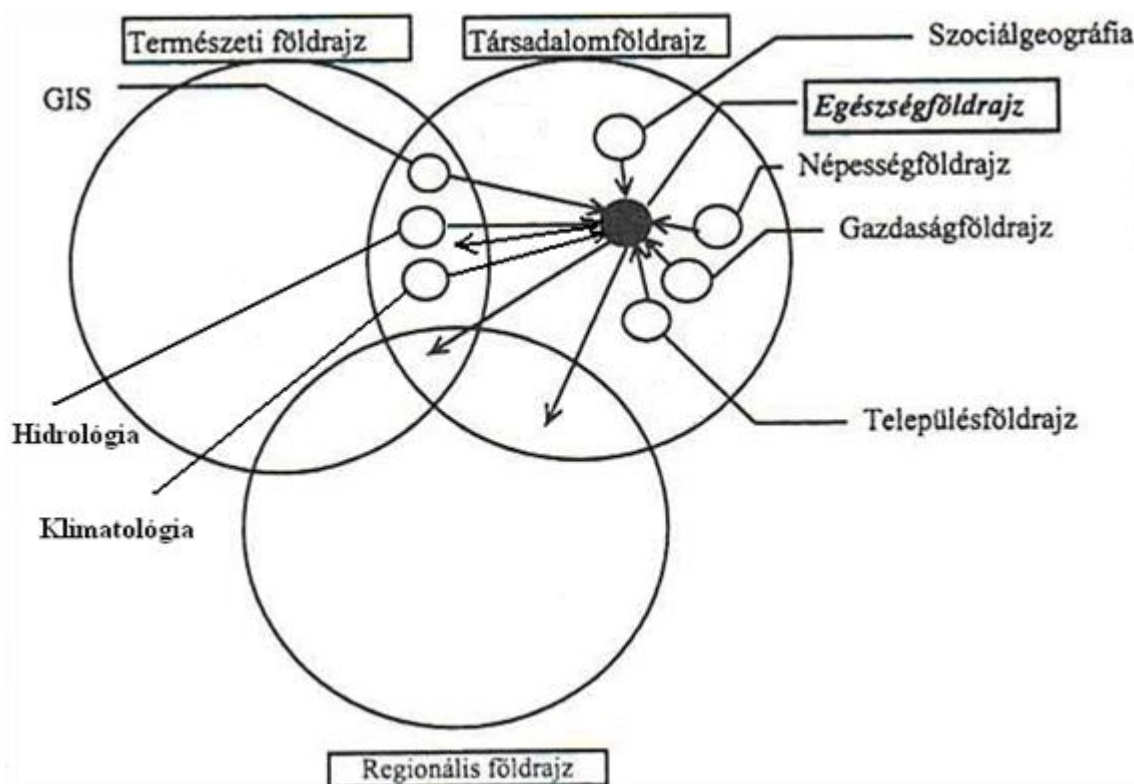
2.1. 1. Az egészségföldrajz fogalma, helye a földrajztudományban

Az földrajztudomány egyik új és izgalmas területe, amely még napjainkban is folyamatosan alakul, fejlődik és egyre újabb kutatási területekkel bővül, gyökerei azonban egészen az ókorig nyúlnak vissza. Az egészségföldrajz fogalmát, kutatási feladatit többen és többféleképpen is megfogalmazták, egyes tudósok inkább a tudományág orvostudománnyal való kapcsolatát, mások inkább a szociológiához való kötődését emelték ki.

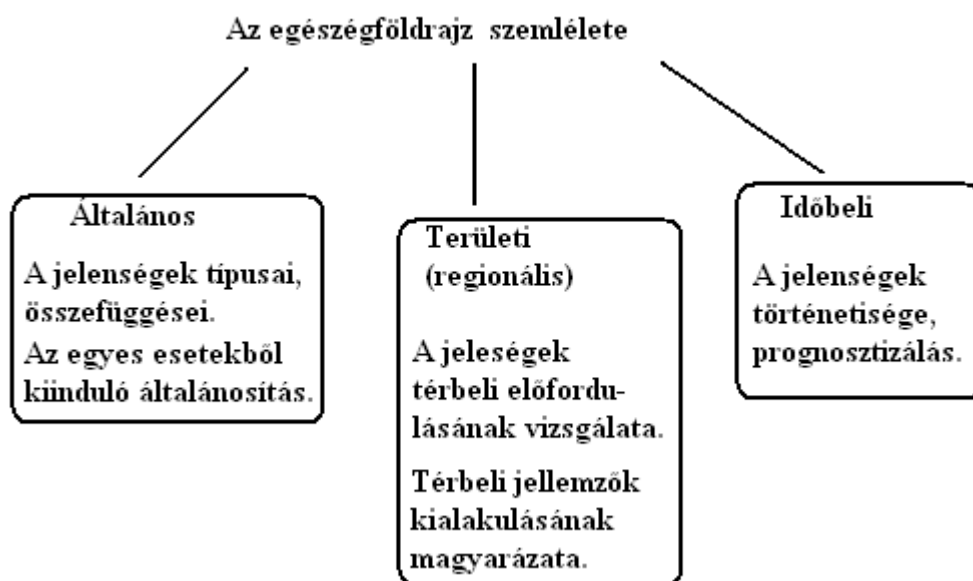
A tudományterület hazánkban is jelen van ma már a földrajztudományban, és mind pontosabban határozza meg a feladatát, kutatási területét. A hazai egészségföldrajz jellemzőit talán Paál Viktor fogalmazta meg a leglényegretörőbben. „Az egészségföldrajz az egészségi állapothoz és az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó térbeli-földrajzi kérdésekkel foglalkozik.” (Paál V., 2010) Ebből a megfogalmazásból is megállapítható, hogy az egészségföldrajz két nagyon fontos területtel foglalkozik: az egészségi állapot (betegségek, járványok stb.)

térbeli jellemzőivel, illetve azok térbeli és időbeli változásaival; a másik vizsgálódási terület az egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak feltárása (pl. térbeli elhelyezkedés, elérhetőség), annak társadalmi-gazdasági szempontú elemzése.

Az egészségföldrajz a társadalomföldrajz tudományterületéhez tartozik, de kutatási területeiből, illetve vizsgálódási szempontjaiból adódóan szoros kapcsolatban van a természetföldrajzzal is. Szemléletére az általános földrajzi és a területi (regionális) megközelítés egyaránt jellemző. A térbeliség mellett a történeti szemlélet, a folyamatok időbeli rendjének vizsgálata is fontos rendszerző elv. (1., 2. ábra)



1. ábra: Az egészségföldrajz helye és legfontosabb kapcsolódásai a földrajztudományban (Paál V. és Tóth J., 2007 nyomán)



egészségföldrajz szemléletének jellemzői

2. ábra: Az

Az egészségföldrajz a földrajztudomány önálló inter- és multidiszciplináris tudományterülete, résztudománya. Az 1. ábra alapján is megállapítható, hogy sok szállal kötődik a földrajztudomány más résztudományaihoz, különösen szoros a kapcsolata a társadalomföldrajzon belül a népesség- és településföldrajzzal, a szociálgeográfiával, de a lakosság egészségi állapota összefügg a gazdaság fejlettségével és a szolgáltatások színvonalával is. Ezért az egészségföldrajzi kutatások a gazdaságföldrajz – különösen az élelmiszergazdaság – illetve, a szolgáltatásföldrajz adataira is támaszkodik. A természetföldrajz tudományterületei közül főleg az emberi élettér szempontjából meghatározó légkör és vízburok folyamatait leíró éghajlat és hidrológia, illetve a talajban áll szoros kapcsolatban az egészségföldrajzzal. Ez a kapcsolat a társadalom egyre nagyobb méreteket öltő környezetátalakító tevékenysége miatt egyre fontosabbá válik, hiszen az egészséges élettér (a tiszta levegő, az megfelelő minőségű ivóvíz stb.) elengedhetetlen feltétele az egészséges társadalom létezésének. Egyre nagyobb mértékben hasznosítja az egészségföldrajz a különböző földrajzi információs rendszerek (GIS) által szolgáltatott adatokat, ez pedig egyre szorosabbá fonja a távérzékeléssel való kapcsolatot is. Mivel a vizsgált jelenségek, folyamatok sok esetben a földrajzi tér egy vagy több meghatározott területéhez kapcsolódnak az egészségföldrajz nem nélkülözheti a regionális földrajzzal történő együttműködést sem.



3. ábra: Az egészségföldrajz legfontosabb társ- és segédtudományai



1. animáció: Az egészségföldrajz legfontosabb társ- és segédtudományai

A földrajz résztudományaival való sokrétű kapcsolat mellett legalább ilyen sokoldalúan kapcsolódik más tudományágakhoz a természet- és a társadalomtudományok területén egyaránt. Ilyenek pl. a természettudományok közül a biológia, az orvostudomány, a műszaki tudományok közül az informatika, a társadalomtudományok köréből a történelem, a közgazdaságtan és a politikatudomány. (3. ábra). A sokrétű kapcsolat annak is köszönhető, hogy kutatási, vizsgálódási területe olyan problémákra irányul, amelyet más tudományok is vizsgálnak természetesen az egészségföldrajztól eltérő összefüggésben és megközelítésben.

A sokrétű kapcsolatnak megfelelően az egészségföldrajz vizsgálódási módszerei is nagyon változatosak. A természettudományos módszerek (megfigyelés, modellezés stb.) mellett a közgazdaságtudomány, a matematika-statisztika kutatási módszereivel is gyakran találkozunk. Jellemző kutatási módszer a szociológiában elerjedt kérdőívészés, interjúzás és attitűdvizsgálat is.

2.2. 2. Irányzatok az egészségföldrajzban

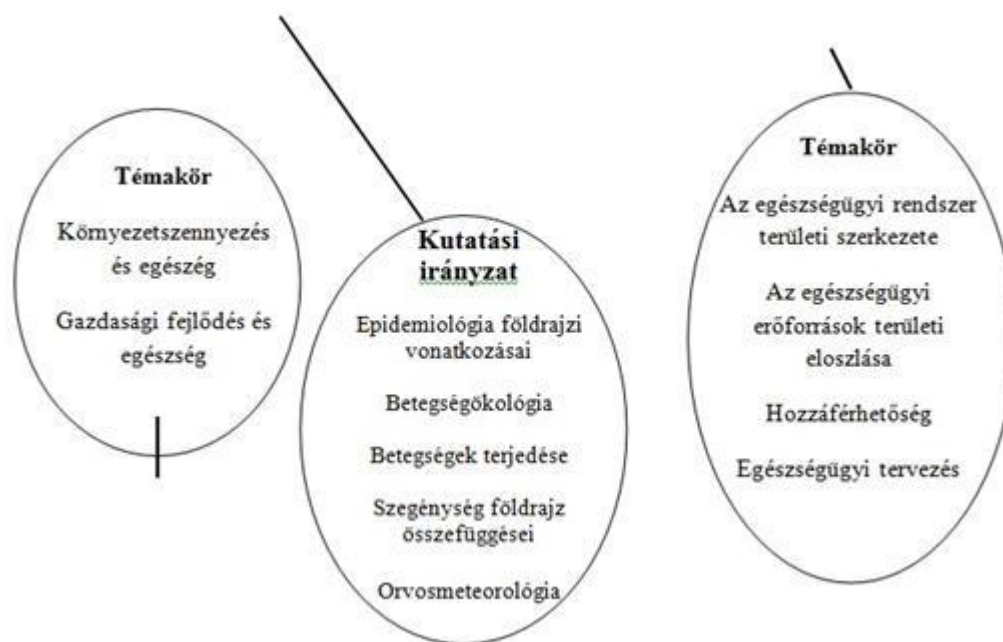
Mielőtt rátérnénk az egészségföldrajz különböző területeinek bemutatására, érdemes néhány szóval szólnunk a tudományterület különböző elnevezéseiről.

Az angolszász országokban három különféle megnevezéssel is találkozhatunk, amelyekhez egyben a tudományterület eltérő meghatározását is jelentik. A legrégebbi ezek közül a „medical geography” kifejezés. Ez magyarra fordítva jelenthet orvosföldrajzot, amely hagyományos értelemben a betegségek térbeli előfordulásával, a népesség egészségi állapotának földrajzi megközelítésével foglalkozik. Más értelemben ugyanakkor egészségügy földrajzának is fordíthatjuk. Ebben az esetben vizsgálódási területe már tágabban értelmezhető, nemcsak a népesség egészségi állapota, hanem maga az egészségügyi ellátórendszer is. A másik elnevezés „geography of health care” (magyarul egészségügy földrajza. Az irányzat követői az egészségügyi ellátás, az ellátórendszer földrajzi szempontú vizsgálatával foglalkoznak, és mint ilyen, a tudományterület újabb, társadalmi – szociológiai – közgazdasági szemléletű irányát képviselik. A „geography of health” (az egészség földrajza) elnevezés, amely az 1990-es évektől vált gyakorivá, lefedi az egész tudományterületet. Abból az igényből indul ki, hogy az egészségföldrajz nem maradhat meg pusztán a betegség, az egészségi állapot földrajzi szempontú vizsgálatánál, hanem azt az ellátórendszerrel összefüggésben is vizsgálnia kell. Kutatási területe ezért kiterjed az egészségügy közgazdasági, politikai és kulturális tényezőire is. Az angol szakirodalomban találkozhatunk még „Social Geography of Medicine and Health” és „Health Care Geography” elnevezésekkel is.

A német nyelvterületen két, egymástól tartalmában, szemléletmódjában is eltérő megközelítést képviselnek a Geomedizin és a Medizinische Geographie elnevezésű tudományterület képviselői. A Geomedizin irányzatot inkább az orvosok képviselik. Ennek kutatási területe a geoszféra folyamatai és a betegségek térbeli kapcsolatának vizsgálata, és mint ilyen, az emberföldrajz természetföldrajzi irányzatához áll közelebb. Kutatási módszere elemzőközpontú. A Medizinische Geographie elnevezés a földrajzosok körében népszerű. Ez az irányzat a másikkal ellentétben inkább leíró jellegű, a betegségek térbeli előfordulásával, terjedésével, annak térképi megjelenítésével foglalkozik. (Paál V., 2007) Nyelvi érdekesség, hogy mindkét irányzatot orvosföldrajzként fordíthatjuk magyarra.

Hazánkban a tudományterület elnevezésére három terminus is létezik, amelyek tartalmukban és szemléletükben is némileg eltérő gondolkodást takarnak. Találkozhatunk orvosföldrajz, egészségügyi földrajz (egészségügy-földrajz) és egészségföldrajz elnevezésekkel. Sajnos a három fogalom használata sokszor keveredik, néhol szinonimaként jelennek meg, máskor éppen az eltérő megközelítés kifejezésére. Hazánkban az orvosföldrajz elnevezés a legelterjedtebb, ez alatt a betegségek és a környezet kapcsolatával, a betegségek térbeli elterjedésével (térképezésével) foglalkozó irányzatot értjük. Tulajdonképpen az angol tradicionális egészségföldrajzi irányzatoknak, a szűkebb értelemben használt medical geography-nak felel meg a legjobban (Paál V. 2007). Ebben a megközelítésben születtek hazánkban az első tudományos művek is. Az egészségügyi földrajz hazánkban is csak az 1980-as években indult virágzásnak, a külföldi példákkal ellentétben azonban jobban őrzi önállóságát és nem integrálódott az orvosföldrajzba, ami megnehezíti az egész problémakörhöz kapcsolódó tudományos kutatások és eredmények szintézisét, illetve egy nemzetközi szinten is elismert komplex egészségföldrajz kifejlődését.

Az egészségföldrajz mint tudományterület belső tagolódását, szerkezetét a 4. ábra mutatja be. Ez alapján megállapítható, hogy a nagyobb múltra visszatekintő orvosföldrajz a hagyományosnak tekinthető témakörök mellett szerteágazóbb kutatási területtel rendelkezik. Az új kutatási irányzatok pl. a környezeti-ökológiai szemlélet megjelenése a tudományág tartalmi és szemléleti megújulását szolgálhatják. Az orvosföldrajz az az ág, amelynek szorosabb a kapcsolata a természettudományokkal és így a természetföldrajzzal is, de mégis inkább az orvostudományhoz, mint a földrajztudományhoz kapcsolódik. A fiatalabb egészségügyi földrajzra témakörei alapján a szociológiai, közgazdasági szemlélet a jellemző. Belső tagolódása éppen a téma és a tudományág újszerűsége miatt még nem olyan mértékű, mint a másik tudományágé, illetve témái is szorosabban összefonódnak. Az egészségföldrajz ezen ága szorosan kötődik a társadalomföldrajzhoz, művelői között is sok geográfust találunk. Az is megállapítható azonban, hogy a két tudományág tartalmában, szemléletmódjában jól kiegészíti egymást, ezért is célszerű a mindkét irányzatot magába foglalni képes egészségföldrajz, mint önálló tudományterület megjelölő elnevezés használata.



4. ábra: Az egészségföldrajz belső tagolódás (Paál V., 2007 nyomán)

2.3. 3. A tudományterület fejlődése hazánkban, legfontosabb hazai képviselői

Az egészségföldrajzhoz kapcsolódó tudományok közül hazánkban az orvosföldrajznak vannak nagyobb hagyományai. Ez a tudományág egészen a 17-19. századi orvosi helyiratokig nyúlik vissza. Valójában ezek az orvosi feljegyzések tekinthetők az első tudományos jelentőségű helyzetfeltárásnak. Az orvosi helyiratokban az orvosok saját tapasztalataikat írták le egy-egy város vagy vármegye egészségi jellemzőiről, amely során kitértek a terület földrajzi sajátosságaira is. Információt jelentettek az adott terület népességének egészségi állapotáról, a legelterjedtebb betegségekről, a környezet állapotáról, pl. beszámoltak mérgezésekről, járványokról, a higiéniai viszonyokról, az ivóvizek minőségéről, a gyógyvizekről, sőt kitértek a betegségek és az éghajlat kapcsolatára is. Az orvosföldrajz első eredményei közé tartozik pl. Werhner Györgynek a hazai fürdőket bemutató műve. Ő tudósított először a pöstyéni gyógyvízről az 1549-ben kiadott Magyarország csodálatos vizei című művében. A témához kapcsolhatók pl. Fáy András demográfiai statisztikai munkái is a 19. század közepén. Az első már valóban orvosföldrajzi tudományos értekezés 1858-ban jelente meg az Orvosi Hetilapban Általános áttekintés az ember betegségeinek földrajzi eloszlásáról címmel. Szerzője Károlyi Sámuel korának ismert orvosa, aki ebben az írásában egy francia nyelvű szakcikket ismertetett magyarul. A 19. század közepétől egyre több földrajzi szemléletű, de orvosok által írt szakcikk jelent meg. Az orvosföldrajz művelői szinte kizárólag orvosok voltak, akik elsősorban a betegségek földrajzi eloszlásának vizsgálatával foglalkoztak.

A földrajztudomány és az orvosföldrajz összekapcsolódására egészen a 20. század hatvanas éveiiig kellett várni. Ebben hatalmas érdeme volt Dr. Réti Endrének, aki számos orvostudomány-történeti tanulmányt és a témával foglalkozó ismeretterjesztő könyvet írt. A Nemzetközi Földrajzi Unió (IGU) Orvosföldrajzi Bizottságának tagjaként alapította meg 1964-ben a Magyar Földrajzi Társaság Orvosföldrajzi Bizottságát, a ma is működő Orvosföldrajzi Szakosztály elődjét. 1966-tól már elismert tudományos folyóiratot is kiadtak Geographia Medica Hungarica címen, amely 1970-től már nemzetközi folyóiratként működött (Geographia Medica címen). A budapesti szakmai csoport megalakulását vidéki szervezetek (Nyíregyháza, Pécs) követték. Az egyre nagyobb számú szakmai publikáció a kutatások fellendülését jelezte, amelynek fő témái a környezethigiéniahoz és a környezet-egészségtanhoz kapcsolódtak. A fő kutatási területnek köszönhetően egyre több földrajzos is részt vett a szakmai munkában. Az orvosföldrajzi irányzat fellendülésének csúcspontja az 1990-es évek elejére esett, a legfontosabb tudományos eseményre is ebben az időszakban került sor – az 1991-ben Szegeden megrendezett nemzetközi orvosföldrajzi konferencia. 1994-től azonban – anyagi nehézségek miatt – megszűnik a több mint két évtizedes múltra visszatekintő nemzetközi szakmai folyóirat. A nehézségek ellenére is jól körülhatárolható kutatási irányzatok rajzolódtak ki a hazai orvosföldrajzban. A legfontosabb kérdéssé a betegségek kialakulására és fennmaradására ható környezeti tényezők vizsgálata vált. A fő kutatási irányok a betegségökológia, a

földrajzi epidemiológia és az orvosmeteorológia témaköréhez kapcsolódtak. A környezeti tényezők hatásának vizsgálatából kiemelkedtek a vízminőségi vizsgálatok, a vizekben található arzén és peszticidek egészségügyi következményeinek kutatása, a gyógyvizek orvosföldrajzi elemzése. Számos érdekes sajátos kutatás is indult, pl. gyógynövények, népi gyógymódok földrajzi szemléletű vizsgálata, táplálkozásföldrajzi vonatkozások, életmód, tájak és betegségek kapcsolatai stb. Az orvosföldrajz azonban mindvégig megőrizte viszonylagos önállóságát és szorosabb kötődését az orvostudományhoz. Nem integrálódott az egészségügyi rendszer földrajzával foglalkozó modern irányzatokba sem.

Hazánkban a modernnek számító egészségügyi földrajzi irányzatok az 1980-as években jelentek meg. A fiatalabb tudományterület elnevezésére két kifejezés is elterjedt: egészségügyföldrajz, illetve egészségügyi földrajz. Előzményei természetesen ennek az irányzatnak is vannak, bár ezek csak a 20. század elejéig nyúlnak vissza. Az első ide sorolható mű 1909-ben jelent meg Barsi Jenő tollából, amely az orvosok száma, eloszlása és a népesség egészségi állapotának összefüggéseit vizsgálta. (Barsi Jenő: A magyar orvosok elosztása és az ország egészsége) Megemlíthető Johan Béla munkássága is, aki az általa alapított Országos Közegészségügyi Intézet első igazgatójaként sokat foglalkozott a közegészségügy szervezeti kérdésével. Az 1970-es évektől egyre inkább bekapcsolódnak a kutatásokba a geográfusok, és megjelennek az első földrajztudományhoz kapcsolódó komolyabb publikációk pl. egészségügyi intézmények vonzáskörzeteinek elemzése (Pénzes István, Tóth József, a nyolcvanas évektől Orosz Éva). Ennek köszönhetően napjainkra az egészségügyföldrajz önálló kutatási irányzattá vált az egészségföldrajzon belül, és megőrizte függetlenségét az orvosföldrajztól, ugyanakkor egyre több szállal kapcsolódott a társadalomföldrajzhoz. Az elmúlt években újabb témákban kezdődtek vizsgálatok, pl. az egészségügyi rendszer országos összehasonlító elemzése, az egészségügyi erőforrások eloszlásának területi különbségei, vonzáskörzet kutatások, a GIS alkalmazási lehetőségei.

2.4. 4. Egészségföldrajz és környezettudatosság

Eddig elsősorban a földrajztudomány szempontjából szóltunk az egészségföldrajzról, úgy, mint egy önálló rész tudomány, amely aktuális társadalmi vonatkozásai miatt a geográfusképzés izgalmas, új szaktárgya.

A geográfusképzés bizonyos területei pl. a terület- és településfejlesztő geográfus, a helyi erőforrások hasznosításában közreműködő régiómenedzser számára az ott élő lakosság egészségi állapotával foglalkozó orvosföldrajzi kutatások, illetve az egészségügyi ellátórendszer kiépítettségével, minőségével foglalkozó egészségügyi földrajzi tanulmányok egyaránt hasznosak lehetnek.

Érdeemes azonban néhány szót szólni az egészségföldrajz más szerepéről is. Éppen tartalma, problémaorientált szemléletmódja miatt a tudományterületnek, illetve az azt megjelenítő szaktárgynak ott van a helye a földrajztanárképzésben is. Az egészségföldrajz kapcsán számtalan olyan ismerettel bővül a leendő földrajztanárok tudása, amelyek jól alkalmazhatók a közoktatásban, a földrajzórákon is.

Az egészségföldrajz több olyan, a közoktatásban hangsúlyos, úgynevezett kiemelt fejlesztési feladat megvalósításában játszik fontos szerepet, amelyek szorosan kapcsolódnak a földrajzoktatáshoz. Ezért a tudományterülettel történő megismerkedés a leendő földrajztanárok számára is rendkívül fontos. 5. ábra.



5. ábra: Az egészségföldrajz szerepe a földrajzoktatáshoz kapcsolódó fejlesztési feladatok megvalósításában

Különösen hasznosak lehetnek az egészségföldrajzban azok a témák, amelyek a környezet állapota (minősége) és az egészség kapcsolatával foglalkoznak (környezetegészségtan). Ezeknek a témáknak fontos szerepe lehet a környezeti nevelés célkitűzéseinek megvalósításában, a környezettudatos fogyasztói magatartás kialakításában. Különösen napjainkban vált fontossá az egészséges táplálkozás és életvitel kérdése, a betegségmegelőzés, a prevenció fontosságának megértése – ezekben mind-mind fontos szerepe lehet az egészségföldrajznak.

2.5. Összefoglalás

Az egészségföldrajz az egészségi állapot térbeli jellemzőivel, illetve azok térbeli és időbeli változásaival; valamint az egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak feltárásával és társadalmi-gazdasági hatásainak elemzésével foglalkozik. Az egészségföldrajz napjainkban két fő kutatási irányzatra oszlik: orvosföldrajz és egészségügyföldrajz (egészségügyi földrajz). A nagyobb hagyományokkal rendelkező orvosföldrajz jobban kötődik az orvostudományhoz, illetve a természetföldrajzhoz. Az egészségügyföldrajz inkább szociológiai és közgazdasági szempontból vizsgálja az egészségügy helyzetét. Kutatásai a társadalomföldrajzhoz kapcsolódnak jobban. Hazánkban az orvosföldrajznak vannak nagyobb hagyományai, de az 1970-es évektől egyre többen foglalkoznak az egészségügy földrajzával is. Mindkét kutatási irányzat eredményei jól hasznosíthatóak az egészséges életmódra nevelés követelményeinek megvalósításában.

2.6. Ellenőrző kérdések

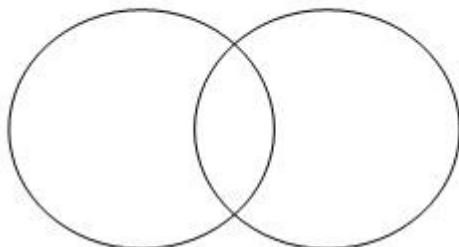
1. Mi a különbség az orvosföldrajz és az egészségügyföldrajz között?
2. Helyezze el az egészségföldrajzot a tudományok rendszerében! Miért foglal el sajátos helyet ez a tudomány?
3. Melyek az egészségföldrajzban megjelenő legfontosabb irányzatok?
4. Melyek a hazai egészségföldrajz legfontosabb irányzatai? Mi jellemzi a tudomány hazai fejlődését?
5. Hol- és hogyan kapcsolódhat be az egészségföldrajz a közoktatásban megfogalmazott fejlesztési feladatok megvalósításába?

2.7. Tesztfeladatok

Csoportosítsa a megállapításokat, írja a megállapítás sorszámát a halmazábrába a megfelelő helyre!

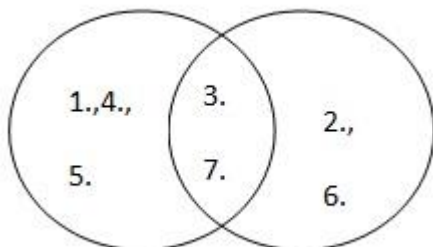
Orvosföldrajz

Egészségügyi földrajz



1. Az ágazat a 17-19. századi orvosi helyiratokig nyúlik vissza.
2. Az első ide sorolható mű hazánkban 1909-ben jelent meg Barsi Jenő tollából.
3. Az egészségföldrajzhoz tartozik.
4. Művelői elsősorban az orvostudományból kerültek ki.
5. Jelentős kutatási területe a betegségek földrajzi eloszlásának vizsgálata.
6. A szociológiai, közgazdasági szemlélet jellemzi.
7. Fontos szerepe lehet az egészségtudatosságra nevelésben.

Megoldás:



3. 2. Egészségföldrajzi, demográfiai alapfogalmak

Célkitűzés:

A fejezet célja, hogy megismertesse a hallgatókat a legfontosabb egészségföldrajzi alapfogalmakkal, bemutassa a témához kapcsolódó demográfiai, környezetföldrajzi definíciókat. Az alapfogalmak, meghatározások megismertetésének célja, hogy a hallgatók rendelkezzenek azokkal az alapismertekkel, amelyek elősegítik a témával kapcsolatos további információk, szakmai anyagok megértését, értelmezését és lehetővé teszik az ismeretek későbbi önálló bővítését is.

Tartalom:

1. Alapfogalmak
2. Az egészségföldrajzhoz kapcsolódó demográfiai mutatók

3. Az egészségi állapotot leíró fogalmak
4. Az egészségvédelemmel, egészségfejlesztéssel kapcsolatos fogalmak

3.1. Alapfogalmak¹

3.1.1. 1. Az egészség fogalma

Az egészség fogalma nehezen meghatározható, tartalma folytonosan módosul. Tartalma, jelentése a társadalom és a tudományok fejlődésével jelentősen átalakult. A hagyományos értelmezés szerint: egészséges az, aki nem beteg. Másképp megfogalmazva: az egészség a betegség hiánya.

Ennél jóval tágabban értelmezi az egészség fogalmát a WHO az 1979-ben megjelent, a 32. Világ Egészségügyi Találkozón elfogadott és az 1978-as alma-atai Egészségügyi Világkonferencia gondolatait folytató referendumban² "Global strategy for health for all by the year 2000". Ebben a dokumentumban az egészség olyan megfogalmazását olvashatjuk, amely a „teljes testi – lelki és szociális jóllét”-ként definiálja a fogalmat. Ez a megközelítés inkább filozófiai jellegű és idealisztikus szemléletű, az egészségügyi gyakorlatban kevésbé alkalmazható.

Gyakorlatiasabb megközelítésű Kincses Gyula megfogalmazása: „Az egészség az egyén biológiai működése, valamint a kora és neme szerint elérhető és/vagy a társadalom által elvárt biológiai működése közötti megfelelés”. Kincses is kitér az egészség fogalmának szubjektív jegyeire, véleménye szerint az egészség megítélése a funkciók működésén (képességeik, korlátozottságok), a fájdalom létén, jellegén, és mindennek az egyén általi mentális feldolgozásán (elfogadásán) alapul.

Ahogy megállapítottuk az, hogy ki az egészséges egyrészt a társadalom megítélésétől, másrészt az egyén szubjektív érzéseitől függ. A társadalmi megítélés esetében elsődleges a munkavégzésre, a társadalmi elvárásoknak megfelelő viselkedésre, szerepvállalásra való alkalmasság. A fogalom tartalma, jellemzője szorosan összefügg a társadalom egészséggel, betegségekkel kapcsolatos tudásával, de a kulturális hagyományokkal is.

Az egészség fogalmával kapcsolatosan beszélhetünk megőrzött egészségről, érzett (vélt) egészségről, a betegség gyógyításával visszaállított egészségről is.



2. animáció: Egészség értelmezések

3.1.2. 2. A betegség fogalma

Az egészség-megfogalmazások ismertében viszonylag könnyen meghatározhatjuk a betegség fogalmát.

A társadalom szempontjából a betegség a társadalmilag elfogadott egészségképtől való olyan eltérés, ami rontja az egyén életminőségét és csökkenti vagy csökkentheti az élettartamot. Másképp megfogalmazva funkciózavart, fájdalmat okoz és akár halálhoz is vezethet. A megszokottól való eltérést, a funkciózavart felismerheti az egyén, de észlelheti a környezete is. Ez utóbbi alatt értjük az egészségügyi környezetet is, azaz a betegség felismerését segítő diagnosztikai eszközöket, illetve magát az ellátórendszert. A betegség fogalmához hozzákapsoljuk azt is, hogy az egyén, illetve az egészségügyi ellátórendszeren keresztül maga a társadalom is tenni akar valamit a betegség ellen. Ez lehet valamilyen a betegség gyógyításra vagy a prevencióra (megelőzésre) irányuló egészségügyi tevékenység.

Ahogy az egészségfogalom úgy a betegség meghatározása is jelentősen változhat a társadalom ismereteinek, kulturális hagyományainak függvényében.

3.1.3. 2. A beteg

¹ A fogalmak meghatározása az Egészségpolitikai fogalomtár (fogalomtar.eski.hu/index.php) és a Központi Statisztikai Hivatal definícióinak felhasználásával történt

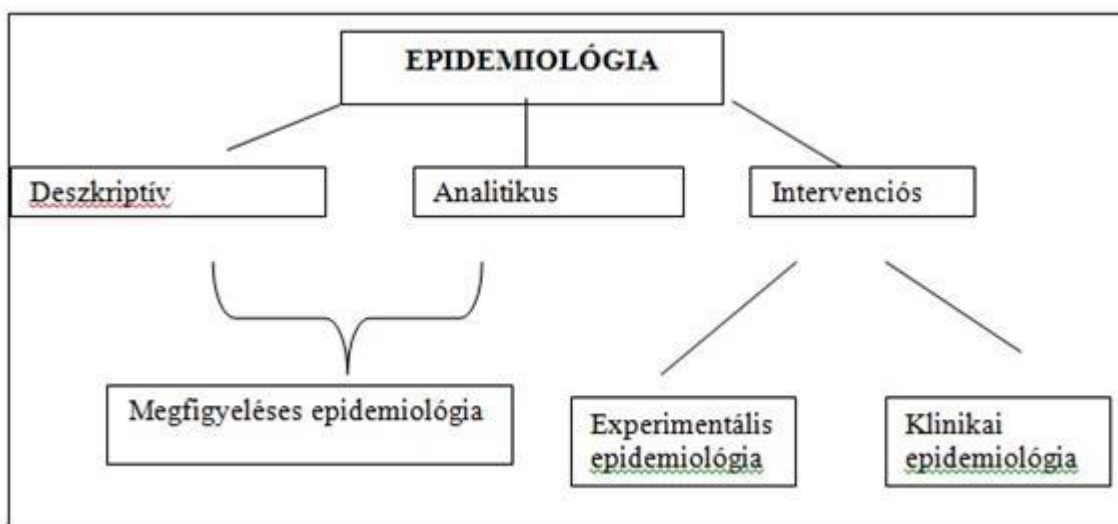
² whqlibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf WHO, 1981 Genf

Olyan személy, akinek egészségi állapotában hiány (deficit), eltérés figyelhető meg. Ennek során megjelennek a betegség tünetei, miközben az egyén átéli az egészségi állapotának megváltozását. Más megfogalmazásban beteg az, akinek betegsége saját maga vagy környezete számára ismert, függetlenül attól, hogy részesül-e ellátásban. A beteg az egészségi állapot visszaállítása érdekében általában ellátásra, kezelésre szorul. Ez lehet szervezett pl. szakorvosi ellátás vagy laikus pl. öngyógyítás.

Ennél sokkal egyszerűbben, az ellátórendszer, illetve az egészségbiztosítás szempontjából fogalmazza meg ezt a törvény, mely szerint "Beteg: Az egészségügyi ellátást igénybe vevő vagy abban részesülő személy." (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről)

3.1.4. 3. Epidemiológia

Az epidemiológia hagyományos értelemben a fertőző megbetegedések terjedésének vizsgálatával foglalkozó tudomány. Vizsgálta a fertőzés módját, terjedését, a fertőzés térbeli is időbeli jellemzőit, illetve annak változásait. Ezért is használják sok esetben a járványtan szinonimájaként. Napjainkra azonban az epidemiológia ennél sokkal összetettebb fogalomná vált. A fertőzőbetegségeken kívül vizsgálja a lakosság körében az egészségi állapot jellemzőit; a betegségek gyakoriságát, eloszlását. Vizsgálja azokat a jelenségeket, melyek az egészségi állapotot, a betegségek kialakulását befolyásolják. Tanulmányozza a betegségek kialakulásában, előfordulási gyakoriságában szerepet játszó kockázati tényezőket. Az epidemiológia modern értelmezését az 1. ábra szemlélteti.



1. ábra Az epidemiológia tagolódása



3. animáció: Epidemiológiai adatforrások

3.1.5. 4. Egészségpolitika

Az egészségpolitika feladata az egészség (megtartás, elérés) feltételeinek biztosítása a lakosság és a közösségek számára. Szervezett tevékenységével, szabályozóival elősegíti az egészség-magatartás, az egészségtudatosság elterjedését. Meghatározza az egészségügyi rendszer működtetésére (a gyógyító-, ellátó- és finanszírozási rendszerre) vonatkozó szabályokat és tevékenységeket. Két fő területe az egészségtámogató- és az egészségügy-politika.

3.1.6. 5. Alapvető ellátások

Alapvető ellátásoknak nevezzük az ellátásra való általános jogosultságtól (pl.: biztosítottság) függetlenül mindenkit megillető egészségügyi ellátásokat. Ilyenek az életmentés, a sürgősségi, illetve a járványokhoz kapcsolódó ellátások. Az alapvető ellátás nem egyenlő az alapellátással. Az alapvető ellátások ugyanis az ellátások egy meghatározott csoportját jelentik, míg az alapellátás az ellátórendszer egy szintje.

3.1.7. 6. Méltányosság (esélyegyenlőség, equity)

Általános értelemben azt jelenti, hogy az egészségügyi rendszer valamely jellemzője társadalmilag igazságos módon oszlik el a társadalomban. A "társadalmilag igazságos" fogalma mögött többnyire valamilyen normatív elosztási cél van. Gazdasági értelemben akkor valósul meg, amikor az egyének jövedelmi helyzete nem befolyásolja az alapvető egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférhetőséget, illetve a társadalom tagjai gazdasági teherviselő képességük arányában járulnak hozzá az egészségügyi rendszer működtetéséhez.

A méltányosságot a társadalombiztosítás az igazságosság, és a költség-hatékonyság mellett alapvető értéknek emeli. Általánosságban véve igaz az a megállapítás, hogy az igazságosság és hatékonyság (az összeadott járulékfórintjaink jobb felhasználása) érdekében a közösségi forrásokat úgy kell felhasználni, hogy az a közösség számára a legnagyobb egészség-nyereséget eredményezze. Ez, mint alapelv igaz, de a méltányosság elve miatt csak korlátozottan érvényesíthető. A költség-hatékonysággal pl. nem indokolható egyes életkor felett az intenzív terápia (statistikailag kevesebb megmentett életév várható ugyanolyan, vagy magasabb ráfordítás mellett, mint a fiatalok esetében), de ilyen alapon kimondható lenne az is, hogy egyes betegségek kezelése nem indokolt, mert aránytalanul drágák, és kevés eredménnyel kecsegtetnek. Ez természetesen nem megengedhető: a méltányosság elve alapján biztosítani kell az egyes éleletszakaszok és az egyes betegségek esélyegyenlőségét is, akár eltérő költség-hatékonyság mellett.

A fenti példák alapján is látszik, hogy annak eldöntése, hogy mi a méltányos és mi nem, rendkívül nehéz és mindenképpen értékítéletet feltételez.

3.1.8. 7. Szubszidiaritás elve

Az uniós egészségpolitika fontos alapelve. Azt jelenti, hogy a problémákat elsősorban a keletkezési helyükön kell megoldani. A magasabb szintű beavatkozás lehetőségét természetesen meg kell tartani, de annak csupán a szükséges minimumra kell korlátozódnia.

Az egészségbiztosítási megközelítés szempontjából ez azt jelenti, hogy szükség van az egyén olyan öngondoskodására, aktivitására az egészség megőrzése érdekében, amely nem minden esetben helyettesíthető a közösség gondoskodásával. A szubszidiaritás elve ebből a szempontból azt is jelenti, hogy partnerré teszi az egyént az egészsége megőrzésében, úgy teszi érdekeltté az öngondoskodásban, hogy eközben nem csökkenti a biztonságát. Ez az elv az egészségnevelés sikeressége szempontjából is fontos.

3.1.9. 8. Egészségügyi technológia (Health Technology)

A gyógyítás technikai-technológiai környezetének összefoglaló elnevezése. Ide tartoznak:

1. az egészségügyi ellátásban használatos gyógyszerek,
2. a különböző biológiai készítmények (pl. vakcinák, vérekészítmények),
3. az eszközöket felhasználó tevékenységek: pl. diagnosztikus, terápiás vagy rehabilitációs eljárás, prevenció,
4. az orvostechikai eszközök és anyagok, pl.: a gyógyítás során használt műszerek, a gyógyászati segédeszközök, implantátumok, kötszerek.

Más, összefoglaló megfogalmazás szerint: az egészségügyi technológia az egészség megőrzésére, helyreállítására, illetve az egészségi állapot diagnosztizálására irányuló tevékenységek, valamint az ezek során felhasznált eszközök, anyagok összessége.

3.1.10. 9. Egészségügyi tevékenység (health care activity)

Törvényi értelemben: egészségügyi tevékenység minden, az egészségügyi szolgáltatás részét képező tevékenység, kivéve azokat, amelyek végzéséhez nem szükséges egészségügyi szakképesítés vagy egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy szakmai felügyelete. Hétköznapi értelemben az egészség védelmét, a betegségek megelőzését, a gyógyítást, a fájdalom és a szenvedés csökkentését, az ápolást, a gondozást vagy az egészségügyi rehabilitációt szolgáló szakmai tevékenység.

3.1.11. 10. Gyógyító-megelőző ellátás

A gyógyító-megelőző eljárások összessége, amelyet egészségügyi szak személyzet végez. Legfontosabb tevékenységek:

1. szűrővizsgálatok
2. életvezetési tanácsadás, „felvilágosítás”
3. diagnosztikai vizsgálatok
4. terápiás terv készítése
5. ”kezelés”, műtét
6. gyógyszerrel történő ellátás,
7. szakápolás,
8. fizioterápia,
9. természetgyógyászati vizsgálat és kezelés

3.1.12. 11. Diagnosztika

A beteg panaszainak hátterében meghúzódó okok feltárása, állapotának leírására, az esetleges betegség fennállásának igazolására vagy kizárására irányuló tevékenységek sora. Az orvosi tevékenység alapja, amelynek önmagában nem célja a beteg állapotának megváltoztatása, a gyógyítás.

A diagnosztizálás történhet a gyógyító munka részeként vagy önálló, diagnosztikára szakosodott tevékenységként pl. képalkotó diagnosztika (pl., röntgen, ultrahang, CT, MRI), labor diagnosztika (pl. vérkép), patológiai vizsgálat (pl. szövettani, citológiai vizsgálat).

3.1.13. 12. Terápia

Egészségügyi szak személyzet által végzett tevékenység, amelynek célja - a diagnosztika eredményeire alapozva - a betegségek gyógyítása, a beteg állapotának stabilizálása, a panaszok, pl. a fájdalom csillapítása. A terápia célja lehet a betegség, illetve a panaszok kiváltó okának megszüntetése (oki terápia) vagy a panaszok, tünetek mérsékelése (tüneti terápia). A terápia módja, eszköze a legtöbb esetben a gyógyszeres és/vagy sebészi (műtéti) beavatkozás, de módszerei közé tartozik pl. számos fizikai hatás (mechanikai, elektromos, termikus hatás, különböző sugárzások, stb.) alkalmazása, étrendi szabályozás, gyógytorna stb.

3.1.14. 13. Etiológia:

Az etiológia (aetiológia, aitiológia) az ok-okozat összefüggését tanulmányozó tudomány. A kifejezés a görög aitia ('ok') és logos ('tudomány') szavakból származik. Az orvostudományban az etiológia a betegségek okait, hátterét kutatja.

3.1.15. 14. Patológia

A patológia (a görög pathosz = fájdalom és logosz = tudomány szavakból) magyar nevén kórtan a beteg sejtek, szövetek és szervek szerkezeti és funkcionális elváltozásaival foglalkozik. A patológiát sokan az orvostudomány alapjának tekintik, mert összeköti az elméleti tudományokat a gyógyítással. Összefüggéseket keres a betegségek tüneteit és a betegek panaszait okozó morfológiai és funkcionális elváltozások között.

3.1.16. 15. Krónikus betegség

Azokat a betegségeket soroljuk ebbe a csoportba, amelyek hosszantartó csökkent fizikális, vagy mentális funkcióval járnak. A betegségekhez kapcsolódóan sok esetben fokozatos állapotromlás, illetve lerövidülő élettartam várható. Ezek a betegségek rendszeres vagy állandó speciális orvosi felügyeletet, kezelést igényelnek. (pl.: cukorbetegség, asztma, epilepszia, idegrendszeri károsodás, mozgásszervi károsodás).

3.1.17. 16. Akut betegség:

Heveny, gyors lefolyású betegség, amely néhány nap vagy hét alatt véget ér. Ide tartozik a legtöbb lázas betegség pl. influenza vagy a gyermekkori fertőző betegségek. A krónikus (idült) és az akut betegségek között átmenetet jelentenek a szubakut, félheveny lefolyású megbetegedések.

3.1.18. 17. Degeneratív betegség:

Szervi, szöveti elváltozásokkal, leépülésekkel járó betegségek. Az elváltozás lehet átmeneti, illetve tartós.

3.2. Az egészségföldrajzhoz kapcsolódó demográfiai mutatók

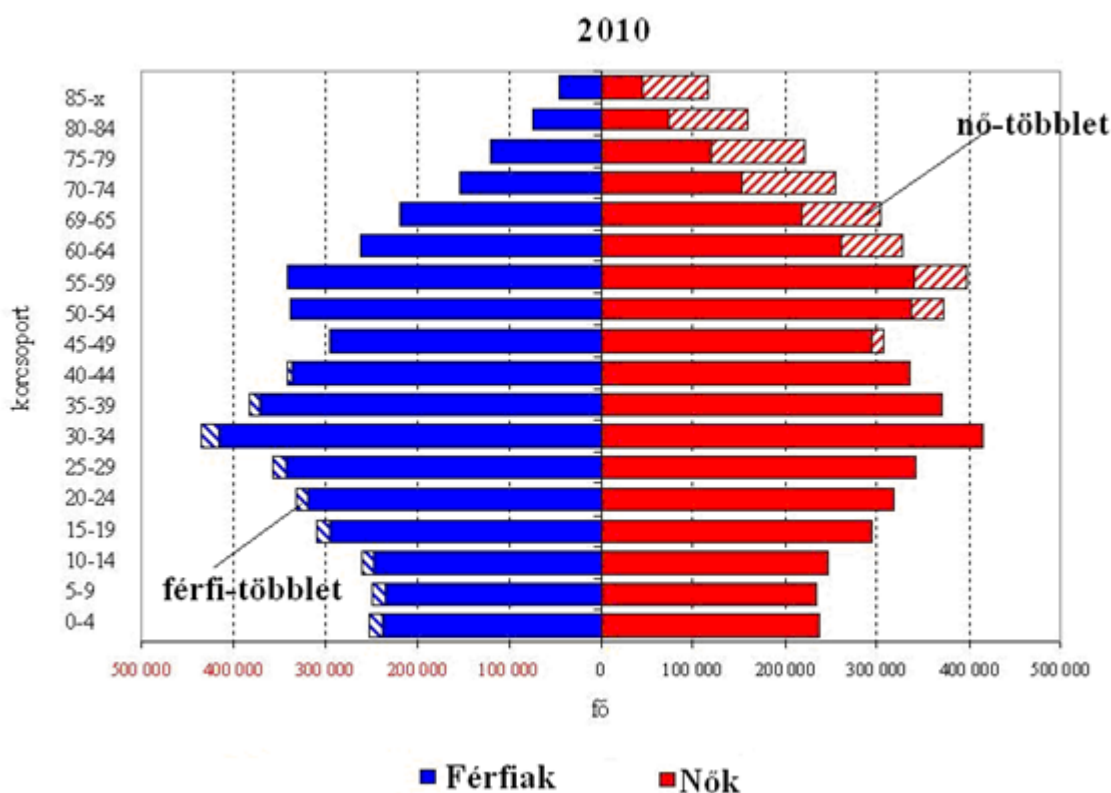
3.2.1. 1. Populáció

A populáció valamilyen vizsgálati szempont szerint azonosnak tekintett élőlények halmaza. A demográfiában az embereknek egy bizonyos jól körülhatárolható – általában egy ország vagy földrajzi egység lakosainak – csoportja. Az emberi populációt népességnek nevezik. A statisztikában megkülönböztetik az adott területen lakó egyének összességét – ez a lakónépesség –, illetve az állampolgárok összességét. Népegészségügyi szempontból a populáció meghatározása ettől eltérő. Ebben az esetben ugyanis az egy adott népegészségügyi problémában érintett egyének összessége a meghatározó, amely nincs összefüggésben sem az állampolgársággal, és nem függ össze feltétlenül a lakóhellyel sem.

3.2.2. 2. Korfa (population pyramid)

A korfa egy adott népesség nem és kor szerinti megoszlását ábrázolja úgy, hogy az egyes korcsoportokhoz (esetleg korévekhez) tartozó nők számát a jobboldalon, a férfiakét pedig a baloldalon ábrázolja. Valójában egymásra helyezett szalagdiagramként is felfogható. (1. ábra)

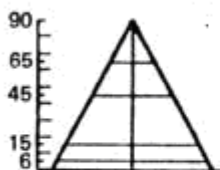
1. ábra: Magyarország korfája 2010-ben (fogalomtar.eski.hu/ alapján)



Három korfa-típust különböztetünk meg. Az egyes korfa-típusok alakja jól szemlélteti az adott népesség nemek szerinti korszerkezetét. (2. ábra)

1. Piramis vagy karácsonyfa alakú korfa: a növekvő népességszámú, fiatal korösszetételű csoportokra jellemző. A széles, de gyorsan elkeskenyedő alap a nagy születésszámra és a magas a halandóságra utal. A természeti népekre, a fejlődő országokra jellemző.
2. Harang vagy méhkas alakú korfa: az egyensúlyban lévő, stagnáló népességszámú populációra jellemző. A fiatalok és a középkorúak aránya közel egyforma, egyre többen érik meg az időskort.
3. Urna vagy hordó alakú korfa: az előregedő és fogyó népességszámú populáció korfája. A keskeny alap a fiatalok arányának csökkenését, a felfelé kissé szélesedő forma az idősek növekvő arányát jelenti. Ez jellemző sok fejlett gazdaságú országra, ilyen Magyarország korfája is.

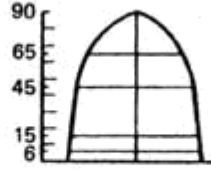
korév



férfiak nők

1. Piramis (karácsonyfa) alakú korfa

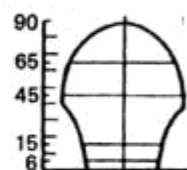
korév



férfiak nők

2. Harang alakú korfa

korév



férfiak nők

3. Urna alakú korfa

2. ábra Korfa-típusok

3.2.3. 3. Népeesség-előreszámítás

A népeesség létszámának, nemek és életkorok szerinti összetételének egy jövőbeni időpontokra vonatkozó előrejelzése. A születési és halálozási arányok valamint a vándorlási egyenleg felételezett változásai alapján számítják ki a jövőbeni népeesség számát és különböző szempontok szerinti összetételét. Az előrejelzések a demográfiai alapfolyamatok többé-kevésbé eltérő jövőbeni alakulásának lehetőségeit figyelembe véve több változatban készülnek. A legrealisabbnak tartott változatot alapváltozatnak nevezik. Az előrejelzéseket széles körben használják fel pl. egészségügyi, oktatáspolitikai, gazdasági stratégiák kialakításához. Leggyakoribbak az egy adott országra, valamint a világ népeességére vonatkozó előrejelzések, de bármilyen tetszőleges területegységre pl. megye, járás, elvégezhetőek. Az előrejelzés az előrejelzett időtartam szerint lehet:

1. rövidtávú előrejelzés: az előrejelzett időtartam maximum 5 év
2. hosszú távú előrejelzés: az előrejelzett időtartam minimum 25 év

3.2.4. 4. Élveszületés

Olyan magzat világrajövetele, aki az életnek valamilyen jelét (pl. légzés vagy szívműködés) mutatja, tekintet nélkül arra, hogy mennyi ideig volt az anya méhében és mennyi ideig élt. (KSH). Megkülönböztetünk nyers élveszületési arányszámot, amely megmutatja, hogy egy adott évben mennyi élveszületés jutott ezer lakosra. A tisztított élveszületési arányszám az adott évben a szülőképes korú (15-49 éves) nőkre vetítve mutatja meg az élveszületések arányát.

3.2.5. 5. Halálozás (mortalitás)

A KSH által alkalmazott definíció alapján: A halálozás a halál, mint esemény számbavételén alapuló mutató. Halálnak tekintjük az élet minden jelének végleges elmúlását az élveszületés megtörténte után bármikor. Egyszerűbben megfogalmazva: az életjelenségek irreverzibilis megszűnése a születés után. Ennek értelmében a magzati halálozás nem része a halálozási statisztikáknak, ezt külön statisztikai mutató fejezi ki. Gyakorlati értelemben általában olyan eseményt értenek alatta, amelyről egy adott ország eljárásrendjének megfelelően a halálozás tényét bizonyító okmányt (pl. halotti bizonyítvány) állítanak ki.

A halálozási statisztika hagyományosan egy adott népeességben (általában egy országban) egy adott időszakban (általában egy évben) előfordult összes halálozás számából indul ki. Ez a vizsgálódásnak megfelelően

csoportosítja az elhunytak jellemzőit (pl. nemek, korcsoport), illetve a halál körülményeit (pl. halálok, helyszín). A halálozási adatokra épülő statisztikák a szabályozottság következtében teljesek és megbízhatóak, ezért biztos alapot jelentenek a további egészségügyi kutatásokhoz.

A legfontosabb halálozási statisztikai mutatók:

Halálozási arányszámok

1. Nyers halálozási arányszám: A lakosságra jutó halálozások száma az adott évben. (általában ezer főre vetítve, %-ben)
2. Specifikus halálozási arányszám Nem- és korszpecifikus halálozási adat. A halálozások nem és kor szerinti megoszlását mutatja meg az adott évben ezer megfelelő nemű és korú népességre számítva.
3. Standardizált halálozási arányszám (SHH): Több népességcsoport (ország) halálozásának összehasonlítására alkalmas mutató. Ilyenkor a népességcsoportok halálozási adatait egy közös, standardul választott népesség kor szerinti megoszlásával súlyozva számolják ki. A KSH a WHO standard európai népességének kormegoszlásával súlyozza az évkönyvekben publikált magyar halálozási adatokat.
4. Standardizált halálozási hányados: Ez a mutatószám egy adott lakosságcsoportra vonatkozóan hasonlítja össze a halálozások tényleges számát a várt halálozással. Az adott lakosságcsoportban várt halálozást az összehasonlítás alapjául választott népesség halálozásából számolják ki. Például a Magyarország megyéire vonatkozó standardizált halálozási hányadosok kiszámításakor az országos halálozási adat felhasználásával számolják az egyes megyék várt halálozását. Ha ez a mutató az adott lakosságcsoportban nagyobb, mint 100, akkor ott magasabb a halandóság, rosszabb az egészségi állapot, mint az alapul választott népességben.
5. Csecsemőhalálozás: Az élveszületést követően az egyéves kor betöltése előtt bekövetkezett halálozás. A csecsemőhalálozási arányszám az egy éven aluli meghaltak számát ezer élveszületésre vetítve, ezrelékben fejezi ki. A csecsemőhalálozási adatok szorosan összefüggenek az egyes országok társadalmi-gazdasági fejlettségével, ezért nagyon fontos fejlettséget tükröző mutatónak (mérőszámnak) tartják. Jelentősen befolyásolja két másik, fontos mutató (születéskor várható átlagos élettartam, potenciálisan elvesztett életevek) alakulását is. Magyarországon a csecsemőhalálozás folyamatosan javuló, csökkenő tendenciát mutat, de még mindig jelentősen elmarad a 15 legfejlettebb uniós tagország átlagától.
6. Magzati veszteség: A magzati halálozások és a terhesség-megszakítások számának összege. Másképp megfogalmazva minden olyan ismert terhesség, amely nem végződik élveszületéssel.

3.2.6. 6. Magzati halálozás

A magzatnak a szülés előtt bekövetkezett elhalása, függetlenül a terhesség időtartamától. A betöltött terhességi hét valamint a magzat fejlettsége szerint lehet:

1. Korai és középidős magzati halálozás: a 22 teljes hétnél rövidebb (korai), illetve a 22–24 teljes hetes (középidős) terhesség esetén történt vetélés.
2. Késői magzati halálozás, ha a magzat az anya testétől történt elválasztás után az élet semmilyen jelét nem adta, és a fogamzástól számított 24 teljes hétnél hosszabb idő eltelt. Ha a magzat kora nem állapítható meg, a hossz és a súly alapján határozzák meg a késői magzati halálozás tényét (minimum 30 cm testhossz, illetve 500 g vagy annál nagyobb súly).

3.2.7. 7. Perinatális halálozás

A késői magzati halálozás és a 0–6 napos korban történt csecsemőhalálozás (korai újszülöttkori halálozás) együttes értéke. A terhesség utolsó szakaszát és a csecsemőkor legelső szakaszát átfogó, a születés körüli halálozásokat magában foglaló mutatószám.

3.2.8. 8. Anyai halálozás

Az anya szempontjából vizsgálja a terhességgel, a szüléssel kapcsolatos halálozást. Az élveszületésekre jutó anyai halálozások számát adja meg a terhesség, a szülés és a gyermekágy idején. Fontos mutató, amely alapján következtethetünk az egészségügyi ellátónrendszer, különösen a terhesgondozás és a szülészeti ellátás minőségére. De összefüggést mutat a művi abortusz tiltásának, engedélyezésének gyakorlatával is.

3.2.9. 9. Terhesség-megszakítás

A terhesség szándékos beavatkozással – művi úton – történő megszakítása. A terhesség művi megszakításának két indoka lehet:

1. egészségügyi indok:
2. nem egészségügyi indok: jellemzően az anya kérésére végzett terhesség-megszakítás.

A művi úton történő terhesség-megszakítást Magyarországon törvény szabályozza.

3.2.10. Származtatott mutatók

3.2.10.1. 1. Természetes szaporodás, természetes fogyás

Az élveszületések és a halálozások számának különbsége. Általában ezer lakosra vetítve, ezrelékben adják meg. Megmutatja, hogy az adott évben, az adott területen (általában egy országban) a természetes folyamatok szempontjából nőtt-e vagy csökkent a lakosság száma. Értéke összefügg egy adott ország társadalmi-gazdasági fejlettségével, ezt igazolja, hogy értékeiben jelentős különbség van a fejlett és a fejlődő országok között.

3.3. Az egészségi állapotot leíró fogalmak

1. Morbiditás

A lakosság egészségi állapotának tanulmányozására alkalmas mutató, amely kifejezi a nem, vagy nem feltétlenül halálos kimenetelű betegségekben történő megbetegedés gyakoriságát. Meghatározható a teljes lakosságra vagy a lakosság egy körülhatárolható csoportjára vonatkoztatva is. Beszélünk nyilvántartott, rejtett (latens) és tényleges (nyilvántartott és latens együttesen) morbiditásról. A nyilvántartott morbiditás adatainak forrásai a kötelezően előírt betegség-bejelentések, betegség-regiszterek, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatai és az egészségügyi intézmények statisztikai jelentései. A rejtett morbiditást epidemiológiai pl. követéses vizsgálatokkal vagy a szűrővizsgálatok adatai alapján számszerűsíthetjük.

3.3.1. 3.1. Halálozásból számolt mutatók

3.3.1.1. 1. Születéskor várható átlagos élettartam

Azon évek száma, amelyet az adott évben születettek – feltéve, hogy a halálozási viszonyokat befolyásoló körülmények változatlanok maradnak – átlagosan megélhetnek az adott év korszpecifikus halálozási viszonyai mellett. A születéskor várható élettartam tehát az az átlagos évmennyiség (kor), amit az újszülöttek remélhetnek, feltételezve, hogy a körülmények semmit nem változnak, és rájuk mindig a kiszámítás évének korszpecifikus halálozási mutatói érvényesek. A születéskor várható átlagos élettartam azonban nem azonos az adott évben születettek életkilátásaival, az utóbbi mutató az adott népesség halálozási viszonyait, életkilátásait írja le. A két érték akkor lenne azonos, ha nem változna semmilyen tényező pl nem fejlődne az orvostudomány, nem változna az életmód, nem módosulnának a környezeti hatások, vagy a szociális körülmények. Mivel ez nem így van a valóságban, ezért az adott évben születettek életkilátásai általában sokkal jobbak, mint a számított érték.

A születéskor várható átlagos élettartam egy adott népesség halálozási viszonyai szempontjából a legelterjedtebb mutató. A 20. század elején a fejlett országokban az értéke gyorsan nőtt. Kezdetben ez a növekedés a fertőző betegségek miatti halálozás, a csecsemő- és gyermekhalálozás gyors csökkenésének volt köszönhető. Ma már az élettartam növekedése a demográfiai-társadalmi folyamatoknak köszönhetően lelassult, a növekedés más okokkal magyarázható. A fejlett világ öregedő társadalmaiban az emberek tovább élnek, az élettartam az időskorúak halálozásának csökkenése következtében hosszabbodik.

3.3.1.2. 2. Adott életkorban várható átlagos élettartam

Azt fejezi ki, hogy a különböző életkorúak az adott év halandósági viszonyai mellett még hány évi élettartamra számíthatnak. Ez az átlagos évmennyiség, amit az adott kort megélők remélhetnek, feltételezve, hogy a körülmények semmit nem változnak és rájuk mindig a kiszámítás évének korszpecifikus halálozási mutatói érvényesek.

Az adott életkorban várható átlagos élettartam nem azonos a születéskor várható átlagos élettartam és az adott életkor különbségével. A számítások azt veszik figyelembe, hogy a kiszámítás évében abban az életkorban mennyien haltak meg, az adott életkor előtti halálozások (pl. csecsemőhalálozás) ebben nincsenek benne.

3.3.1.3. 3. Idő előtti halálozás (avoidable mortality)

Korai, idő előtti (megelőzhető) halálozásnak nevezzük, azt az elhalálozást, amely az orvostudomány mai ismeretei mellett, azok alkalmazásával megelőzhető, elkerülhető lett volna. A korai halálozások két csoportra oszthatók:

1. Kezelhető halálozás, amely megfelelő gyógykezeléssel megelőzhető.
2. Megelőzhető halálozás, amely megfelelő prevencióval elkerülhető lenne.

Érdemes megjegyezni, hogy egymástól eltérő számítások (indikátorok) léteznek arra, hogy mely életkorban (esetleg a nemek közötti különbséget is figyelembe véve), mely halálok miatti halálozás tekintik elkerülhetőnek. Ezeknek a különbségeknek a hátterében az eltérő földrajzi, társadalmi-gazdasági jellemzők állhatnak.

A fejlett országokban mindenhol egyre nagyobb szerepet kap a megelőzhető halálozások felderítése és csökkentése. Ennek érdekében stratégiákat, cselekvési programokat, felvilágosító kampányokat dolgoznak ki. Vizsgálják az egészségügyi ellátórendszert abból a szempontból is, hogy hatékonyabbá tegyék a kezelhető halálozások számának csökkentése érdekében. Idő előtti halálozásnak tekintik a statisztikák a 65 éves életkor előtti elhalálozást.

3.3.1.4. 4. Potenciálisan elvesztett életévek (Potential Years of Life Lost - PYLL)

Az idő előtti halálozással foglalkozó mutatók közé tartozik. Megmutatja, hogy az adott népességben mennyi az elvárt átlagos élettartamnál (ez a megállapodások értelmében jelenleg 70 év) korábban bekövetkezett halálozás miatt elvesztett életévek száma. Másképp megfogalmazva a le nem élt évek száma az átlagosan várható 70 évből. A mutató értékeinek különbségében az eltérő társadalmi-gazdasági fejlettség, a földrajzi viszonyok különbözősége egyaránt szerepet játszik.

A potenciális életév-vesztés nem csak területi és nemenkénti bontásban számolható ki, hanem egy-egy betegségre, betegségcsoportra vonatkozóan is. Így feltárható a különböző halálokok idő előtti halálozásban játszott szerepe. Ennek megismerése segíti a megfelelő hatékony prevenció, illetve ellátás megtervezését.

3.3.2. A mért vagy becsült életminőségből számolt és egyéb mutatók

3.3.2.1. 1. Életminőség (Quality of life)

Általánosságban az egyén vagy a népesség jólét-érzésének (well being) szintjét fejezi ki, különböző, számokra fontos fizikai (testi), szociális és emocionális (lelki) szempontok alapján. Megfogalmazásában, meghatározásában a különböző megközelítések miatt jelentős eltérések lehetnek.

Az életminőség javítása napjaink modern társadalmainak kiemelt célkitűzése. Az életminőség kutatásával, a befolyásoló tényezők feltárásával több tudományág is foglalkozik. A kutatás egyik legismertebb eszköze az ún. EQ-5D kérdőív, amely az egészséggel kapcsolatos életminőség (health-related quality of life) általános mérésére alkalmas, önkitöltős kérdőív. A válaszadók öt témában, dimenzióban (mobilitás, önellátás, szokásos tevékenységek, fájdalom/diszkomfort, szorongás/depresszió) három szint közül választhatnak (1: legkevésbé, 3: leginkább). A válaszok alapján kirajzolható a kitöltő egyfajta egészségi állapot-képe.

3.3.2.2. 2. Életminőséggel korrigált életévek (Quality-Adjusted Life Years - QALYs)

A QALYs (Quality-Adjusted Life Years, magyarul életminőséggel korrigált életévek) az egészség-nyereség általánosan elfogadott mérőeszköze, amely lehetővé teszi különböző betegségek, egészségügyi eljárások, technológiák összevetését. Az élethosszban és az életminőségben bekövetkező változásokat egyetlen mutató segítségével képes kifejezni. Számításánál az életév-nyereséget minőségi súlyokkal korrigálják, ahol az 1 a teljes egészséget, 0 a halált jelzi. (A 0-1 intervallumskálán elhelyezkedő minőségi súlyok az idetartozó egészségi állapotú személyek preferenciáit tükrözik.)

A QALYs-t leginkább a különböző gyógyító eljárások hatékonyságának, hasznosságának összevetésére használják. Azt vizsgálják meg, hogy az egyes eljárások mennyi (és milyen minőségben élhető) évvel

hosszabbítják meg az életet. De alkalmas költséghatékonysági elemzésre is, amely megmutatja, hogy egy egészségnyi javulás az adott eljárás alkalmazásakor milyen költségekkel jár.

3.3.2.3. 3. Egészségkárosodással korrigált életévek (Disability-Adjusted Life Years - DALYs)

A DALYs (Disability-Adjusted Life Years magyarul egészségkárosodással korrigált életévek) a QALYs-hoz hasonló mutató, amely egyetlen mutatóban fejezi ki a korai halálozás következtében elvesztett életéveket (YLL – Years of Life Lost), (a mortalitást) és a károsodott egészségi állapotban leélt éveket (YLD – Years Lived with Disability), (a morbiditást). A mutatót a betegség okozta terhelés (burden of disease) mérésére, számszerűsítésére fejlesztették ki.

Egy "DALY" egység megfelel egy olyan életévnyi veszteségnek, amit teljes egészségben le lehetett volna élni.

3.3.2.4. 4. Egészségkárosodástól mentes várható átlagos élettartam (DALE, HALE)

Az egészségkárosodástól mentes születéskor várható átlagos élettartam (Disability-Adjusted Life Expectancy (DALE) újabb nevén Health-Adjusted Life Expectancy (HALE)) azoknak az éveknek a várható számát jelenti, amit az újszülöttek teljes egészségben, minden egészségkárosodástól mentesen remélhetnek. (Feltételezve, hogy egészségügyi körülményeik, semmit nem változnak.) A kiszámítása a születéskor várható átlagos élettartam mutatón alapszik, de ebben az esetben nem csak a halálozási, hanem a megbetegedési viszonyokat is figyelembe veszik.

A mutatót az Egészségügyi Világszervezet (WHO) vezette be a 2000-es Világ-egészségügyi Jelentésében, a felmérésben résztvevő népesség egészségi állapotának, az egészségben eltöltött éveknek a megjelenítésére.

3.3.2.5. 5. Funkcionalitás-csökkenés (korlátozottság)

Az mutatja meg, hogy az egyén mennyire képes különböző tevékenységeket végrehajtani. Ebből a szempontból három szintet különböztetünk meg, amely egyben a funkcionális csökkenését is kifejezi, mérésére a korábban már ismertetett EQ-5D kérdőívet használják.

1. Zavar (impairment): valamilyen magatartás minta kialakításával, alkalmazkodással kompenzálható anatómiai vagy funkcionális probléma.
2. Akadályozott tevékenység (activity restriction): ebben az esetben problémát jelent valamilyen fizikai vagy mentális tevékenység végrehajtása. A zavart az egyén már nem tudja kompenzálni.
3. Korlátozottság a részvételben (participation restriction): problémát okoz a társadalmi életben való részvétel, a betöltött szerepek való megfelelés. A korlátozottság súlyosabb foka, ha az egyénnek mások segítségét kell igénybe vennie.

3.3.2.6. 6. Vélt egészség (egyénilag érzékelt egészség)

Sajátos indikátor, amely az egyén saját egészségével kapcsolatos véleményén, érzésén alapul. A funkcionális-csökkenés mutató mellett az egészségi állapot jellemzésének, mérésének egyik legelterjedtebb eszköze. Alkalmassnak tartják az életminőség kifejezésére is. Megjegyzendő ugyanakkor, hogy a vélt egészség nem függ össze minden esetben az orvosilag megállapított egészségi állapottal. Az önértékelést jelentősen befolyásolják olyan tényezők, mint az egyén szociális, anyagi és kulturális helyzete, lakóhelye és lakókörülményei, iskolázottsága stb.. A mérések azt igazolják, hogy a hátrányos társadalmi helyzetű csoportokhoz tartozó egyének a rosszabbnak ítélik meg saját egészségi állapotukat, mint a kedvezőbb helyzetben lévők. A vélt egészség mérése kérdőívvezésen alapul, amelyben egy, több fokozatú skálán kell bejelölnie a válaszadóknak azt, hogy mennyire elégedettek saját egészségükkel.

3.3.2.7. 7. Egészséghatás értékelés (Health Impact Assessment – HIA)

Az egészséghatás vizsgálatok (becslések) olyan összetett elemzési módszerek, amelyek alapján vizsgálhatóak, értékelhetőek a különböző gazdasági, egészségügyi döntéseknek, szabályozóknak, fejlesztéseknek a népesség egészségi állapotára gyakorolt várható hatásai. Az egészséghatás értékelés modern, a 20. század végén született és dinamikusan fejlődő kutatási terület. Külön ága fogalakozik az egészségügyi technológiák egészségi állapotra gyakorolt hatásaival.

3.3.2.8. 8. BMI

A testtömegindex (Body Mass Index, BMI) az elhízás mértékének jellemzésére alkalmas mérőszám. Kiszámítása: a kilogrammban mért testtömeg és a méterben meghatározott testmagasság négyzetének hányadosa ($BMI = \text{kg}/\text{m}^2$).

Az index értéke alapján az egyén lehet

1. kórosan sovány: ha a hányados értéke kisebb, mint 20
2. normális testsúlyú: ha az érték 20 vagy a feletti, de nem haladja meg a 25-öt
3. túlsúlyos: ha az érték 25 és 30 közötti
4. elhízott: ha az érték nagyobb, mint 30

3.4. 4. Az egészségvédelemmel, egészségfejlesztéssel kapcsolatos fogalmak

3.4.1. 1. Prevenció (megelőzés)

Ide tartoznak azok az orvosi és nem orvosi egészségügyi eljárások, életviteli javaslatok, motiváló hatású eszközök, módszerek, amelyek célja a betegség megelőzése, korai felismerése, illetve a szövődmények kialakulásának elkerülése. Beszélhetünk primer vagy elsődleges prevencióról, amelynek célja a betegség kialakulásának megakadályozása. Ez többnyire nem orvosi eszközökkel történik, hanem pl. életmódtanácsadással, az egészségre ártalmas hatások megszüntetésével. Az elsődleges prevenció orvosi tevékenységen is alapulhat, ilyen pl. a védőoltás. A másodlagos vagy szekunder prevenció célja a betegségek korai, többnyire még rejtett, panaszmentes szakaszában való felismerése. Ennek köszönhetően a betegség gyorsabban, nagyobb eséllyel és olcsóbban gyógyítható. A szekunder prevenció általában orvosi eszközök segítségével történik, ennek leggyakoribb módja a szűrővizsgálat. De ide sorolják az önvizsgálatot pl. otthoni vércukorszint-ellenőrzés is. A harmadlagos vagy tercier prevenció célja a betegségek következményeként kialakuló károsodások, az életminőséget rontó működészavart, fájdalmat (egészségdeficitet) okozó állapotok megelőzése. Ennek módja a hatékony, korszerű, szövődménymentességre törekvő gyógyító eljárások alkalmazása, illetve a korai rehabilitáció. Ezeknek köszönhetően elkerülhető a maradandó károsodások kialakulása.

3.4.2. 2. Egészségfejlesztés

Az egészségfejlesztés az Ottawai Charta szerint „az a folyamat, amely módot ad az embereknek, közösségeknek, egészségük fokozottabb kézbe tartására és tökéletesítésére. A teljes fizikai, szellemi és szociális jólét állapotának elérése érdekében az egyéneknek vagy csoportoknak képesnek kell lenni arra, hogy megfogalmazza és megvalósítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, és környezetével változzék vagy alkalmazkodjon ahhoz. Az egészséget tehát, mint a mindennapi élet erőforrását, nem pedig mint életcélként értelmezni. Az egészség pozitív fogalom, amely a társadalmi és egyéni erőforrásokat, valamint a testi képességeket hangsúlyozza. Az egészségfejlesztés következképpen nem csupán az egészségügyi ágazat kötelezettsége.” (Ottawa, 1986. november 17-21.)

A Charta szerint az egészségfejlesztési tevékenységet az alábbi területeken kell megjeleníteni:

1. A közpolitika minden területén szem előtt kell tartani az egészség kérdését. Tudatosítani kell a döntéshozókban, hogy döntéseiknek milyen következményeik lehetnek az népesség egészségre nézve. Azokat a döntéseket kell elősegíteni, amelyek közvetve vagy közvetlenül kedvezően hatnak az egészségi állapotra.
2. A környezeti változások olyan kedvező irányú alakításában, amely lehetővé teszi, hogy a környezet átalakítása az ember egészségét szolgálja.
3. A közösségi tevékenységekben, annak érdekében, hogy a közösségek tevékenyen vehessenek részt az egészséget érintő döntések meghozatalában, és ellenőrizhessék annak megvalósulását.
4. Az egyéni érdekltség, az egészségmegőrző képesség fejlesztésében. Ennek során a megfelelő információk közvetítése, a folyamatos tudásbővítés lehetőségének (Life Long Learning) biztosítása, annak érdekében, hogy az egyén képes legyen az egészsége szempontjából legjobb döntések meghozatalára.

5. Az egészségügyi rendszer átszervezésében, hogy az minél jobban szolgálja az egészségmegőrzést.

3.4.3. 3. Egészségnevelés (health education)

Az egészségnevelés sajátos interdiszciplináris terület (tudományág) a pedagógiából, a pszichológiából, a neveléstudományból, a szociológiából merítve teremt kapcsolatot az orvostudománnyal. Feladata a testi, szervezeti egészség megőrzésének segítésén túl az egészségmegőrzés iránti motiváció kialakítása, a szociális, társadalmi együttélési szempontok érvényesítésének elősegítése. Célja, hogy az egészségtudatosság, az egészségkultúra fejlesztésével elősegítse az egészséges életmód terjedését, a szemléletformálást, az egészség megtartására, a betegségek megelőzésére és a mielőbbi gyógyulásra való törekvést. Szerepe az oktatásban az elmúlt tantervreformok során fokozatosan előtérbe került.

3.4.4. 4. Életminőség javulás

Az életminőség javulás két tényezőre vezethető vissza:

1. Tényleges, objektív javulás: a fájdalom megszűnése vagy csökkenése, az egészséghez kapcsolódó funkciók/tevékenységek javulása (pl. önellátás, mozgás, kommunikáció, munkaképesség)
2. Szubjektív, pszichés tényező: az állapottal való együttélés képessége, megbékélés, elfogadás.

3.4.5. 5. Egészségvédelem (health protection)

Az egészségvédelem alapvetően az a folyamat, amely módot ad az egyéneknek és a közösségeknek arra, hogy a nekik járó hatalommal élni tudjanak egészségük megőrzése érdekében. (Ottawai Charta 1986) A cél a jobb egészség, illetve jólét elérése, de más elképzelések szerint cél lehet az egészség karbantartása is.

3.4.6. 6. Szűrés

Egészséges vagy magukat egészségesnek tartó személyek rendszeres, meghatározott időszakonként végzett vizsgálata. Célja a rejtett, panaszt még nem okozó betegségek, elváltozások feltárása. A másodlagos megelőzés fontos eszköze. A szűrésen való részvétel általában önkéntes. Kötelezővé tehető azonban, pl. fertőző betegségek esetén, illetve olyan esetekben, ha az egyén egy közösség egészségi állapotát veszélyezteti. A szűrővizsgálaton való részvételt a szervező kezdeményezi. A szűrővizsgálat előnye, hogy „pozitív” eredmény esetén időben előbbre hozható a diagnózis, és gyorsabban megkezdhető a szükséges kezelés. <http://fogalomtar.eski.hu/index.php/Kuráció>

3.4.7. 7. Egészségtudatos magatartás

Az egészségtudatos magatartás valójában egy, az egészségmegőrzés, illetve javítás érdekében kialakított szemlélet és életvitel, amelyben az egyén:

1. az egészség szempontjait fontosnak tartva hozza meg saját magára és környezetére vonatkozó döntéseit.
2. tudatosan kontrollálja szokásait, tevékenységeit és tevékenyen részt vesz egészségének védelmében és javításában (pl.: helyes táplálkozás, testmozgás)
3. elsajátítja a laikus segítség és önségítés képességeit,
4. kialakítja és alkalmazza a tájékozott, tudatos fogyasztói magatartást az egészségügyi ellátással és az ellátórendszerrel kapcsolatban, pl. ismeretekkel rendelkezik a betegségek természetéről, kimeneteléről, ismeri az ellátórendszer igénybevételi lehetőségeit, tisztában van a betegjogokkal, rendelkezik egészségügyi fogyasztóvédelmi ismeretekkel

3.4.8. 8. Egészségmonitorozási rendszer

A lakosság egészségi állapotára és az azt meghatározó tényezőkre irányuló folyamatos és rendszeres adatgyűjtés, elemzés, értelmezés és információszolgáltatás. Fontos szerepe van az egészségügyi szolgáltatások értékelésében, tervezésben, az egészségpolitikai döntések megalapozásában.

3.5. Összefoglalás

Az egészségföldrajzi vizsgálódások, kutatások szempontjából fontos szakmai kifejezések között megkülönböztetünk alapfogalmakat, amelyek az általános szakkifejezések meghatározását jelentik. Ide tartoznak az egészségföldrajzhoz kapcsolódó demográfiai mutatók meghatározásai, az egészségi állapotot leíró fogalmak, az egészségvédelemmel, egészségfejlesztéssel kapcsolatos fogalmak valamint a környezet-egészségügyi mutatók meghatározásai.

3.6. Ellenőrző kérdések

1. Határozza meg az egészség fogalmát!
2. Soroljon fel az egészségföldrajzhoz kapcsolódó demográfiai mutatókat!
3. Mi a különbség a krónikus és az akut betegség között? Nevezzen meg példákat a betegségtípusokra!
4. Soroljon fel a halálozásból számolt (származtatott) mutatókat!

3.7. Tesztfeladatok

Párosítsa a fogalmakat a meghatározásokkal, írja a fogalom sorszámát a meghatározások után! Nincs minden fogalomnak párja! (Kérem, ha lehetséges a tesztfeladatot interaktív formában elkészíteni)

1. PYLL
2. DALYs
3. BMI
4. QALYs
5. HALE
6. HIA

..... Az elhízás mértékének jellemzésére alkalmas mérőszám.

..... Az egészség-nyereség általánosan elfogadott mérőeszköze, amely lehetővé teszi különböző betegségek, egészségügyi eljárások, technológiák összevetését.

..... Megmutatja, hogy az adott népességben mennyi az elvárt átlagos élettartamnál (ez a megállapodások értelmében jelenleg 70 év) korábban bekövetkezett halálozás miatt elvesztett életevek száma.

..... Olyan összetett elemzési módszerek, amelyek alapján vizsgálhatóak, értékelhetőek a különböző gazdasági, egészségügyi döntéseknek, szabályozóknak, fejlesztéseknek a népesség egészségi állapotára gyakorolt várható hatásai.

..... Az egészségkárosodástól mentes születéskor várható átlagos élettartam, azoknak az éveknek a várható számát jelenti, amit az újszülöttek teljes egészségben, minden egészségkárosodástól mentesen remélhetnek.

3.8. Megoldás:

3. Az elhízás mértékének jellemzésére alkalmas mérőszám.
4. Az egészség-nyereség általánosan elfogadott mérőeszköze, mely lehetővé teszi különböző betegségek, egészségügyi eljárások, technológiák összevetését.
1. Megmutatja, hogy az adott népességben mennyi az elvárt átlagos élettartamnál (ez a megállapodások értelmében jelenleg 70 év) korábban bekövetkezett halálozás miatt elvesztett életevek száma.
6. Olyan összetett elemzési módszerek, amelyek alapján vizsgálhatóak, értékelhetőek a különböző gazdasági, egészségügyi döntéseknek, szabályozóknak, fejlesztéseknek a népesség egészségi állapotára gyakorolt várható hatásai

5. Az egészségkárosodástól mentes születéskor várható átlagos élettartam, azoknak az éveknek a várható számát jelenti, amit az újszülöttek teljes egészségben, minden egészségkárosodástól mentesen remélhetnek.

4. 3. A fejlődő világ egészségföldrajzi sajátosságai

Célkitűzés:

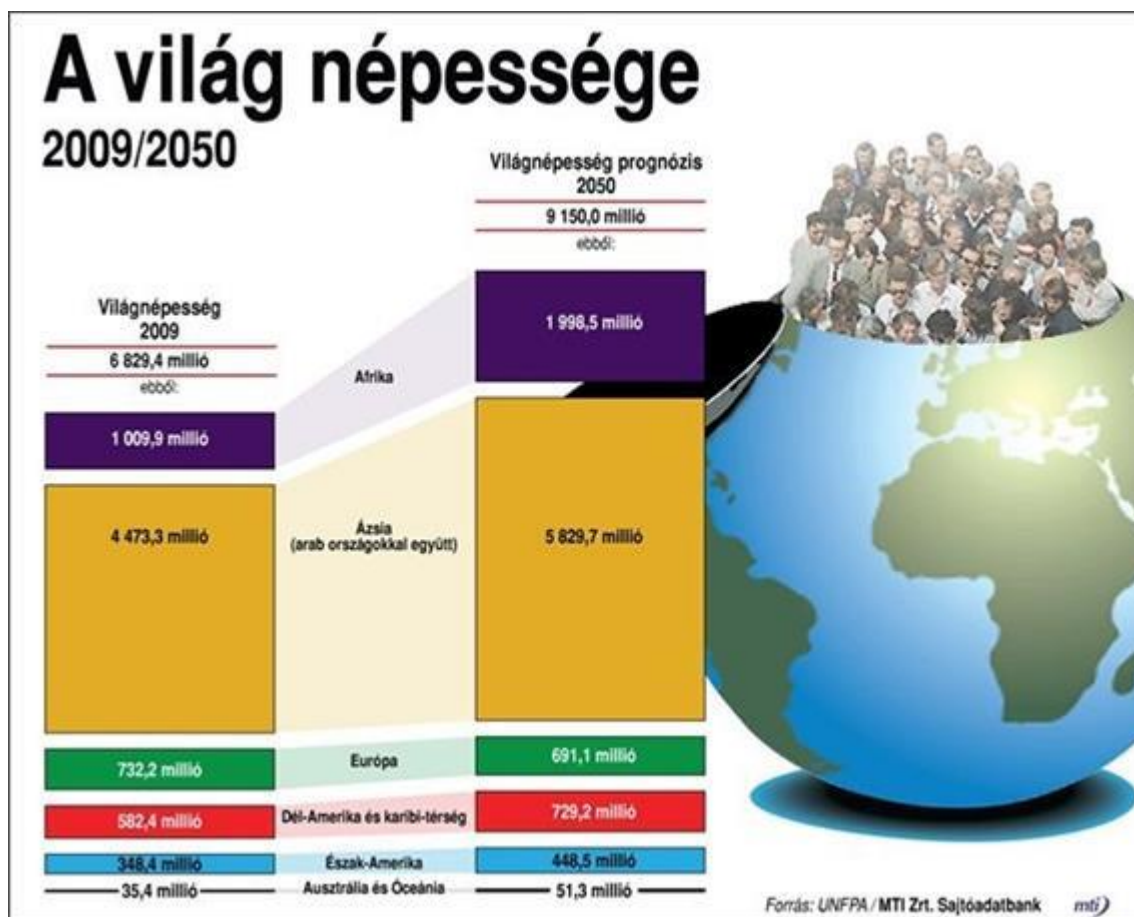
A témakör feldolgozásának célja, hogy a hallgatók megismerjék a fejlődő világ népességének egészségügyi jellemzőit, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés nehézségeit, az egészségügyi szolgáltatások fejlődését nehezítő tényezőket.

Tartalom:

1. Demográfiai, társadalmi-gazdasági jellemzők
2. Egészség- és életkilátások
3. Környezeti kihívások

4.1. 1. Demográfiai, társadalmi-gazdasági jellemzők

Az emberiség lélekszáma a 18. századig csak igen-igen lassan gyarapodott. A járványok, éhínségek, háborúk és természeti katasztrófák időről-időre hatalmas területek lakosságát tizedelték meg. A nagyarányú csecsemő- és gyermekhalandóságot, a rövid élettartamot néha a születések igen magas száma is csak alig tudta ellensúlyozni. Ez a helyzet a kibontakozó ipari forradalom hatására Európában a 18. századtól gyökeresen megváltozott. Az életkilátások javulásával a népességszám gyorsan növekedett, majd 20. század elejétől a születések száma fokozatosan csökkent, a népességszám növekedése lelassult, végül napjainkra kontinensünk számos országában a természetes fogyásnak a népességszám csökkenésének lehetünk tanúi. A fejlődő világ országaiban ezzel szemben a 20. század elejéig-közepéig a 18. századi Európára jellemző folyamatokat figyelhettünk meg. A fejlődő világban a változás nagyon gyorsan következett be. A demográfiai átalakulás Európában megismert, több száz év alatt lezajló szakaszai a fejlődő országokban a 20. század elejétől-közepétől mindössze 50-70 év alatt követték egymást. Míg Európában, Észak-Amerikában a népességszám-növekedés feltételei egy hosszú belső, társadalmi-szociális, orvosi, gazdasági-infrastrukturális fejlődés eredményeként teremtődtek meg, addig a fejlődő világban kívülről, hirtelen jutottak be és terjedtek el azok az egészségügyi, orvosi eredmények, amelyek átalakították a demográfiai folyamatokat. A fejlődő világban azonban a népességrobbanást nem kísérte a társadalmi-gazdasági és infrastrukturális fejlődés, számos országban ma is élnek azok a társadalmi-kulturális kötöttségek, amelyek nem teszik lehetővé a születésszám szabályozását. A változtatást nehezíti az alacsonyfokú iskolázottság, az egészségügyi felvilágosítás lassú terjedése is. Bár a Föld népességszámának alakulásával kapcsolatos becslések igen eltérőek, abban megegyeznek, hogy a népességszám-növekedés egyre nagyobb része a kevésbé fejlett régiókra esik. David Bloom és Clarence James Gamble amerikai kutatók szerint az elkövetkező 40 évben a fejlődő világ országai adják a növekedés mintegy 97%-kát, ebből 49 % jut Afrikára. Eközben a fejlett országok lakosságszáma lényegében állandó marad, de korszerkezete egyre öregszi majd. (1. ábra)



1. ábra. A világnépesség várható növekedése 2009-2050 között

Az előzőekben elmondottakat más szempontból támasztják alá a születési ráta adatai. (1. táblázat) Láthatjuk, hogy az első 10 ország között egyetlen kivételtől eltekintve csak afrikai – mégpedig trópusi-afrikai - országokat találunk, amelyek a kontinensen is a legszegényebbek közé tartoznak. Az egyetlen kivétel a nyugat-ázsiai Afganisztán, amely szintén a világ legelmaradottabb országai közé tartozik. (Bár ebben a fejezetben nem foglalkozunk a fejlett világgal, összehasonlításként: a legalacsonyabb születési rátával a fejlett országok rendelkeznek, ahol ez az érték 8-9 % között mozog.)

1. táblázat: A legnagyobb születési rátával rendelkező országok 2010-ben

Ország	Sz.ráta ‰	Ország	Sz.ráta ‰
1. Niger	49,5	6. Kongói Köztársaság	44,9
2 Mali	47,6	7. Zambia	44,5
3 Uganda	46,3	8. Szomália	44,2
4 Csád	45,9	9. Malawi	44,0
5. Afganisztán	45,1	10. Burkina Faso	43,9

Forrás: UN Data

Link: <http://www.factfish.com/statistic/population%2C%20total>

Meg kell ugyanakkor jegyezni, hogy az utóbbi néhány évtizedben, ha lassan is, de megkezdődött - az ENSZ, a WHO által szervezett felvilágosító kampányoknak köszönhetően - a születésszabályozás és a családtervezés különböző módszereinek elterjesztése. Ennek köszönhetően már a fejlődő országok egy jelentős részében – bár továbbra is magas arányú -, de csökken a természetes szaporodás. Az is egyértelműen megállapítható, hogy minél magasabb az egy főre jutó jövedelem és minél iskolázottabb a lakosság, általában annál magasabb a születéskor várható élettartam, és ez együtt jár a születések számának csökkenésével is. Egyes országok kormányai (pl. Kína) – a fenyegető éhínségtől tartva – szigorú népesedéspolitikai rendszabályokkal is igyekeztek megfékezni a demográfiai robbanást, és elejét venni az élelmezési problémáknak, éhínségnek. Részben ennek is köszönhető, hogy Földünkön a népesség növekedésének üteme az 1960-as években elért csúcstról mára mintegy a felére, évi 1,1%-ra csökkent. A jelenlegi 7 milliárd helyett 2050-ben előre láthatólag így is több mint 9 milliárd embert kell majd bolygónknak eltartania.

A népesség számának jövőbeni alakulására következtethetünk a termékenységi arányszámból is, amely azt mutatja meg, hogy egy nő élete folyamán átlagosan hány gyermeket hoz a világra. A legmagasabb értékekkel rendelkező országok között ebben az esetben is afrikai, illetve dél-ázsiai államokat találunk. (2. táblázat) (Megjegyzendő, hogy a népességszám megtartásához a rátának el kell érnie vagy megközelítenie a 2,1-es szintet)

2. táblázat: A legmagasabb termékenységi arányszámmal rendelkező országok (2010)

Ország	Nő/gyermek	Ország	Nő/gyermek
1. Niger	7,2	6. Uganda	6,4
2. Afganisztán	6,6	7. Zambia	6,2
3. Kelet-Timor	6,5	8. Csád	6,2
4. Mali	6,5	9. Kongói Köztársaság	6,1
5. Szomália	6,4	10. Malawi	6,0

A népességszám gyors növekedése önmagában még nem feltétlenül okoz egészségügyi krízishelyzetet. (Például rendkívül gyorsan növekszik, alapvetően a bevándorló vendégmunkások miatt a gazdag törpe olajországok vagy akár Szingapúr népessége is.) A legtöbb fejlődő ország esetében azonban a népességszám gyors növekedése nem jár együtt a gazdaság fejlődésével. A népesség élelmiszerekkel való ellátása, az alapvető egészségügyi ellátás megteremtése, a járványok leküzdése, az egészséges ivóvíz biztosítása szinte megoldhatatlan problémát jelent az országok számára. A rendkívül elmaradott mezőgazdaság nem tudja ellátni a lakosságot az alapvető élelmiszerekkel, és egyre szaporodnak azok a jelek, amelyek világméretű élelmezési válságra utalnak. A fejlődő országok lakosságának 1/6-a éheznek: egymilliárd ember nem jut hozzá a minimálisan szükséges mennyiségű (energiatartalmú) élelemhez. Még többen szenvednek az egyoldalú, minőségileg nem kielégítő táplálkozástól. Az éhezés és a hiányos táplálkozás (a vitamin- és fehérjehiány) legyöngíti a szervezetet, amely így kevésbé tud ellenállni a betegségeknek, a rossz higiéniai körülmények mellett ez az oka a járványos betegségek terjedésének is. Az éhezők, alultáplált anyák újszülöttei kis súllyal, gyakran fejlődési rendellenességekkel jönnek a világra, és még inkább ki vannak téve a különböző betegségeknek, fertőzéseknek. Sok gazdaságilag elmaradott országban ijesztő mértékű a csecsemő- és gyermekhalandóság, aminek legfőbb oka a hiányos táplálkozás, illetve a biztonságos szüléshez szükséges alapvető higiénia hiánya. Sok millióan indulnak útnak az éhségövezetekből egy jobb élet reményébe a fejlettebb térségek felé, de a szegény és képzetlen gazdasági menekültek befogadására egyre kevesebb a hajlandóság.

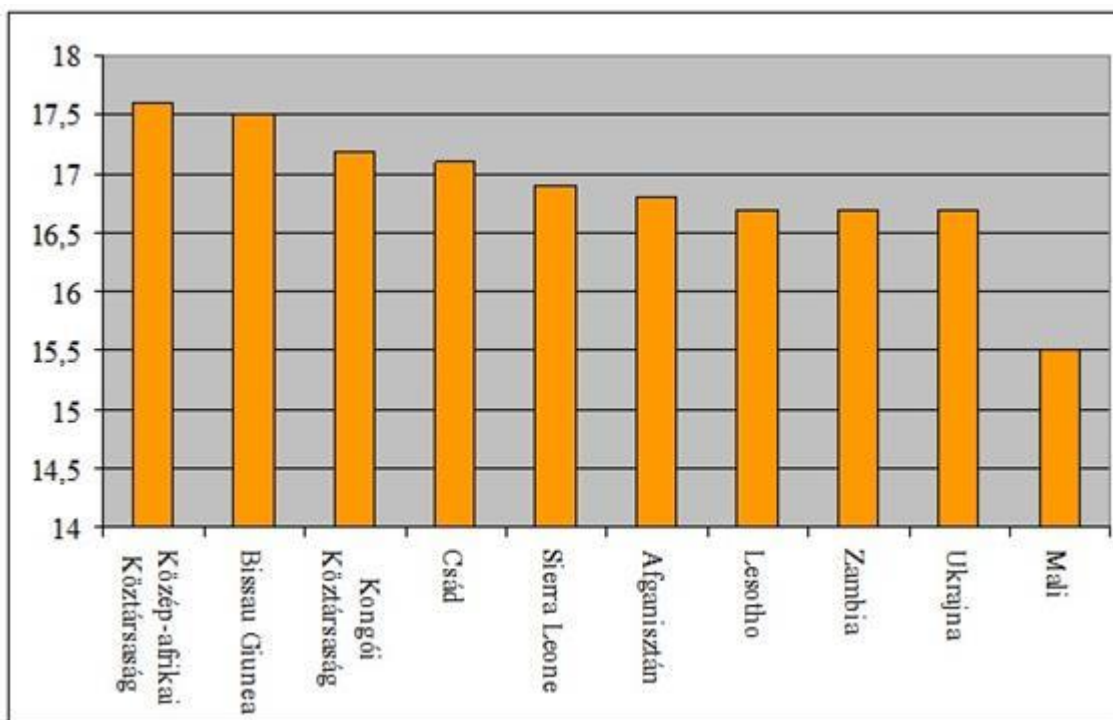
Világunkra jellemző kettősség, hogy a világpiacon bőségesen áll rendelkezésre élelmiszer, de a legszegényebb országoknak nincs pénzük, hogy élelmiszert vásároljanak a lakosság számára. A külföldről behozott vagy segélyként kapott élelmiszerek rendszerint nem jutnak el a rászorultakhoz, többnyire csak a helyi uralkodó réteg gazdagodását szolgálják

Nem jobb a helyzet a demográfiai robbanásnál is gyorsabb ütemben növekvő nagyvárosi népesség körében sem. A 2000-es évek elejére az emberiségnek már több mint a fele városokban élt, a gyorsan duzzadó 5 millió főnél népesebb nagyvárosok túlnyomó része a fejlődő világban – elsősorban Ázsiában és Latin-Amerikában található.

A túlnépesedett falusi térségekből elvándorló tömegek számára azonban a városok sem tudnak biztos megélhetést nyújtani. A fejlődő országok városi népességének 40 százaléka nyomornegyedekben él. A nyomornegyedekben élők legtöbbször az alapvető közműveket – a villanyáramot, a vezetékes ivóvizet – is kénytelenek nélkülözni. A borzalmas higiéniai körülmények, a zsúfoltság, a drog és a bűnözés az életkilátások leromlásához vezet.

4.2. 2. Egészség- és életkilátások

A fejlődő világ népességének életkilátásait szemlélteti a halálozási ráta és a születéskor várható élettartam alakulása. (2. ábra, 3. ábra)

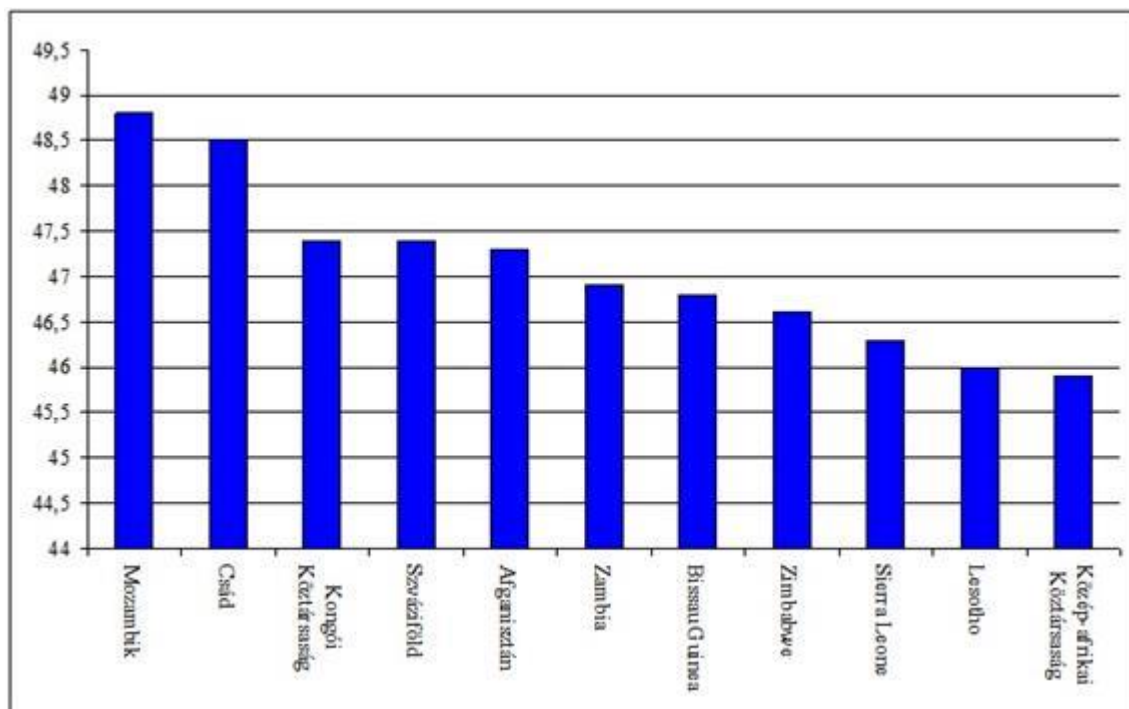


2. ábra: A legmagasabb halálozási rátával rendelkező országok (%-ben, 2010, forrás: ENSZ)



4. ábra: A legrosszabb életkilátásokkal rendelkező országok

A legmagasabb halálozási rátával Afrika legelmaradottabb országai esetében találkozunk. Meg kell jegyezni azonban, hogy a halálozási ráta alakulását a korszerkezet is befolyásolja. Az erősen negatív szaporodási értéket produkáló és előregedő Ukrajna esetében ez okozza nagyon magas értéket, ezt igazolja hazánk 30. helye is 13,3%-kal. Ennél egyértelműbben tájékoztat az életkilátásokról a születéskor várható élettartam (3. ábra)



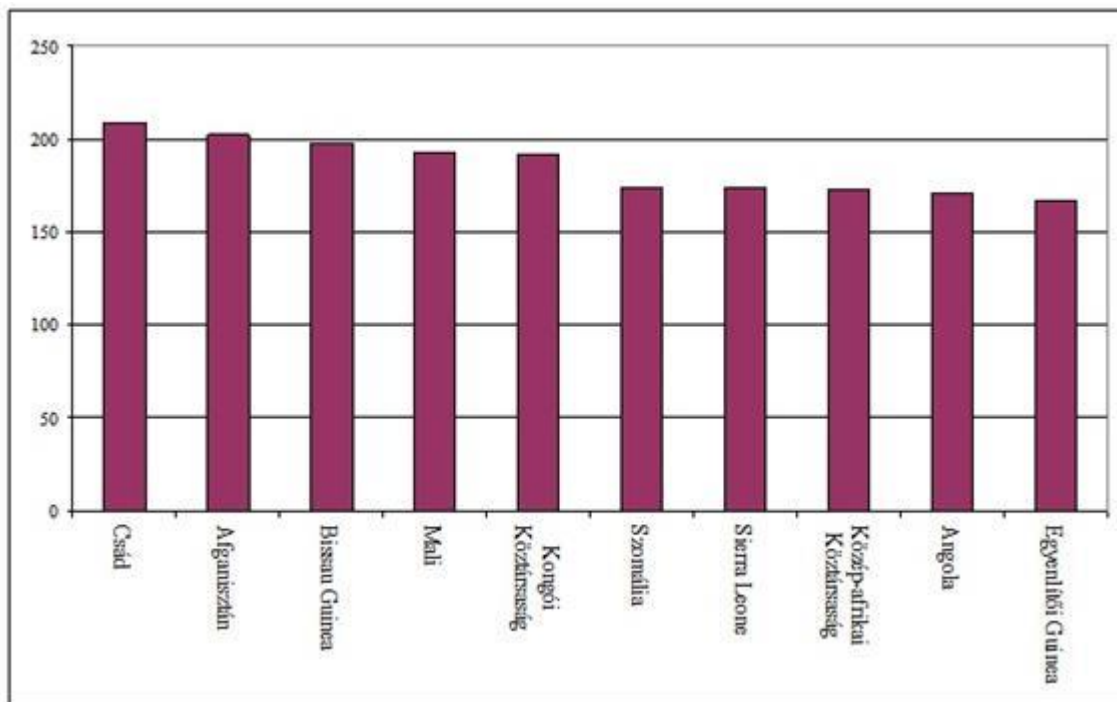
3. ábra: A legalacsonyabb születéskor várható élettartammal rendelkező 11 ország

(várható életévek száma 2010, forrás: ENSZ)

Látható, hogy ebből a szempontból is Trópusi-Afrika országai vannak a legrosszabb helyzetben. A legrosszabb életkilátásokkal rendelkező országok közé egyetlen nem afrikaiként Afganisztán tartozik csak. Az adatok még megdöbbentőbbek, ha hozzátesszük, hogy a legmagasabb értékekkel rendelkező országok népessége majdnem kétszer olyan hosszú életben bízhat, mint fekete-afrikai kortársai, a legmagasabb várható életévek ugyanis meghaladják a 80 évet (Japán 82,7, Svájc 81,8).

Egy ország egészségügyi ellátórendszerének fejlettségéről, az életkilátásokról sokat elárul a csecsemőhalandóság, illetve a szülő anya halandósági adata is. A WHO különböző programjainak fontos célkitűzése a gyermekhalandóság csökkentése, az 1990-ben kezdődött és 2015-ig tartó programjának célja az 5 éves kor alatti halandóság egyharmadára történő csökkentése. A program pozitív hatása már megmutatkozik az 1990-es világlátlaghoz képest (100 haláleset 1000 gyerekből), 2011-re 72³ gyermekre csökkent ez a szám, de a kitűzött cél megvalósításától még igen messze vagyunk. A csecsemő, illetve 5 éves kor alatti halálos arányban igen nagyok a különbségek a fejlett és a fejlődő országok között. (4. ábra)

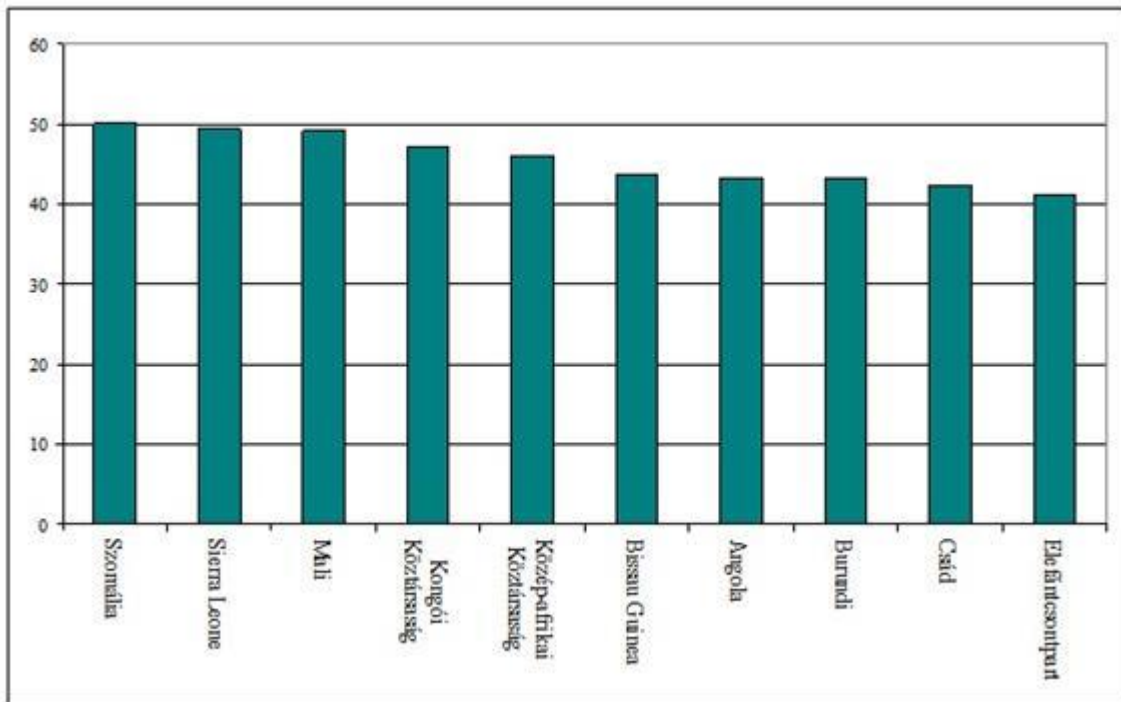
³ Németh András cikke alapján, HVG 2010. szeptember 25.



4. ábra: A legmagasabb 5 év alatti halandósági értékkel rendelkező 10 ország

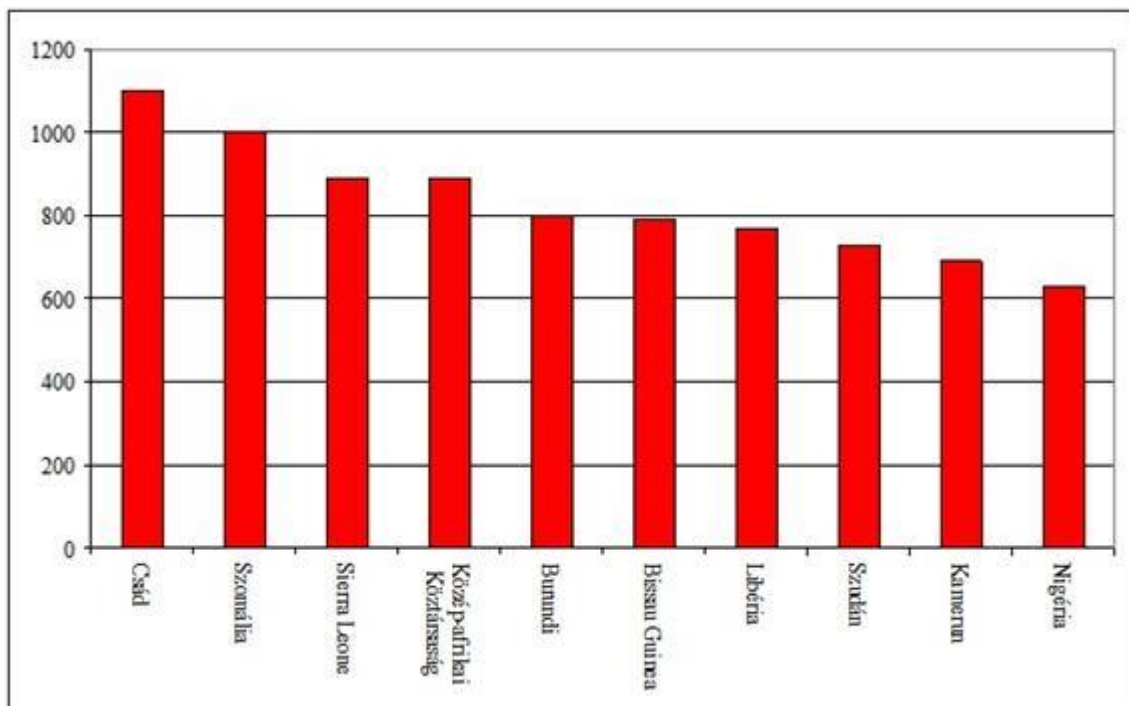
(halálozás 1000 1-5 év közötti gyermekre vetítve 2010, forrás: ENSZ)

Összevetve a grafikon adatait a fejlett országokéval, Szingapúr 2,4, Izland 2,7, de a 10. helyen lévő Olaszországban is csak 4,1 fő. Hasonlóin nagyok a különbségek, ha az újszülöttek halálozási arányát vizsgáljuk meg (5. ábra). A különbség mintegy ötszörös a legrosszabb és a legjobb adatok között, és nem sok eltérés van az érintett országok körében sem. A már korábban említett ENSZ (WHO) Milleniumi Fejlesztési Célok 2015 programjára utalva (Millenium Development Goals – MDG) megállapították, hogy a bár 1990-hez képest 10%-kal javult a helyzet, a szüléseknek azonban még mindig csak 63%-ka zajlik biztonságos keretek között. A rendkívül rossz körülmények, az alapvető higiénia és a szakértő egészségügyi személyzet hiánya az anyát és az újszülöttet egyaránt veszélyezteti. A terhességhez és a szüléshez kapcsolódó anyai halandóság adatait a 6. ábra szemlélteti.



5. ábra: A legmagasabb csecsemőhalandósági értékkel rendelkező 10 ország

(halálozás 1000 újszülöttre vetítve 2011, forrás: ENSZ)



6. ábra: A legmagasabb anyai halandósággal rendelkező 10 ország

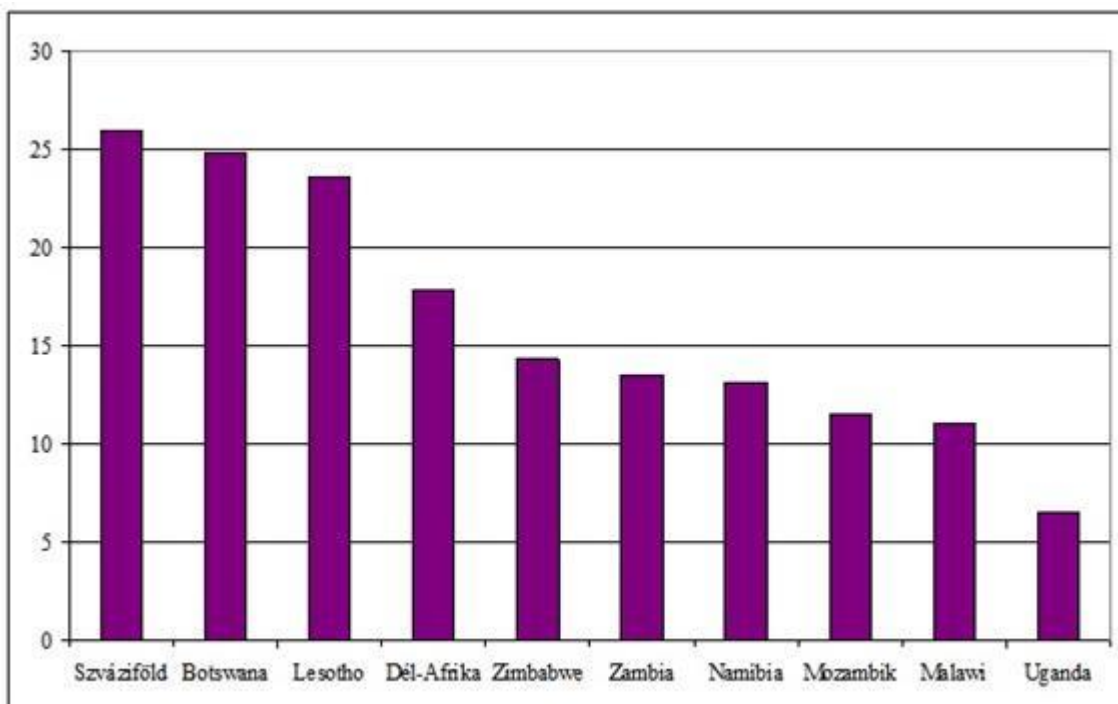
(halálozás 100 000 születésre vetítve 2010, forrás: Világbank)

Jelentős különbség van abból a szempontból is a fejlett és a fejlődő országok között, hogy melyek a leggyakoribb halálokok. Az alacsony jövedelmű országok legfőbb halálokait a 3. táblázat mutatja be (adatok forrása WHO).

3. táblázat: A fő halálokok az alacsony jövedelmű országokban (A halálozás százalékában) (sárga színnel kiemelve a fertőző betegedések)

Halálokok	A halálozás százalékában
Alsó légúti fertőzés	11.3%
Hasmenéssel járó megbetegedések, fertőzések	8.2%
HIV/AIDS	7.8%
Szív és keringési rendellenesség	6.1%
Malária	5.2%
Stroke és más agyi keringési rendellenesség	4.9%
TBC	4.3%
Koraszülött, illetve kis súllyal születettek	3.2%
Születési trauma	2.9%
Újszülött kori fertőzés	2.6%

A fejlődő világban napjainkban is a fertőző betegségek jelentik a legfőbb halálokokat, de magas a szüléshez kapcsolódó halálozások száma is. Nem szerepelnek a fő halálokok között a fejlett országokban jelentős arányú rákos megbetegedések, a cukorbetegség és jóval alacsonyabb a szív ér érrendszeri betegségek aránya is. Nem jelentek meg a fő halálokok között a közlekedési balesetek sem. A legutóbbi WHO jelentések alapján megállapítható, hogy világméretben csökken az új HIV fertőzések száma, viszont egyre több a maláriás és a TBC-s megbetegedés és ez utóbbi igaz a fejlett országokat is. A HIV fertőzés azonban Afrika déli országaiban továbbra is a legsúlyosabb problémák egyikét jelenti. Több országban is a felnőtt lakosság közel egynegyede HIV fertőzött, és Nigériában, illetve Dél-Afrikában (korábban DAK) a fertőzött gyerekek száma meghaladja a 300 000-ret. (7. ábra)



7. ábra: A HIV fertőzöttek aránya a felnőtt (15-49 éves) lakosság körében

(2009, forrás: Világbank)

A fejlődő világ országaiban az elmaradott gazdaság által megtermelt alacsony GDP nem teszi lehetővé az egészségügyi infrastruktúra és ellátó rendszer kiépítését, illetve működtetését. Maliban pl. 1000 lakosra mindössze 0,1 kórházi ágy jut. Hiányzik az egészségügyet működtetni képes helyi szakmai személyzet is. (lásd. A szegénység ördögi köre) Ennek oka a pénzhiány mellett, az oktatás alacsony színvonala, és ráadásul a - főleg külföldön - tanult szakemberek sem szívesen térnek vissza a mostoha körülmények közé a hazájukba. Nagyon sok ország csak külföldi segélyekből, segélyszervezetek vagy magán emberek adományaiból – orvosok, ápolók küldése, gyógyszerek, oltóanyagok biztosítása, felvilágosító kampányok – valósítja meg az alapvető egészségügyi ellátást. Óriási a szakadék az egészségre fordítható összegek között a fejlett és a fejlődő világban. Az USA-ban 2010-ben az 1 főre jutó egészségügyi kiadás meghaladta a 8000 USD-t, addig a legszegényebb országokban ez az érték nem éri el a 20 USD sem (pl. Eritrea, Etiópia, Kongói Köztársaság). Nagyon az eltérések a fejlődő országok között is, de még ennél is nagyobbak az országon belüli különbségek az elérhető szolgáltatások területén földrajzi és társadalmi értelemben egyaránt. A fővárosok, a nagyobb városok a külföldiek által is jobban látogatott tengerparti területek lakossága jobb ellátásban részesülhet. Nagyon a társadalmi különbségek is az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésben. Egy szűk felső réteg magán a kórházakban, vagy külföldi gyógyintézményekben hozzájuthat a legkorszerűbb kezelésekhöz is. Ugyanakkor a sokszor éhínséggel küzdő, szegény rétegek számára az alapvető ellátás is elérhetetlennek tűnik. A fejlődő világ az egészségügyi problémák leküzdésében még nagyon hosszú ideig nem nélkülözheti a külföldi segítséget.

Link: http://www.who.int/gho/child_health/child_health_001.jpg

4.3. A környezeti kihívások

Tudjuk, hogy a világ országai fejlettségükkel összefüggésben, eltérő módon hasznosítják természeti erőforrásaikat. A fejlődő országok számára sok esetben éppen a kitermelhető ásványkincsek, az olcsó munkaerőre épülő, egy-egy termékre specializálódó iparszerű mezőgazdaság jeleneti az egyetlen bevételi forrást. A mind nagyobb pénzszűke a termelés fokozására, a természet még nagyobb arányú kihasználására ösztönzi az országokat. Ezért a természet és a társadalom kapcsolatában is zavarok lépnek fel, erre utalnak a környezeti válság egyre szaporodó tünetei. Az alábbiakban ezek közül néhány olyat emelünk ki, amelyek elsősorban a fejlődő országokban okoznak környezeti-egészségügyi problémát.

a) Az élelmiszertermeléshez kapcsolódó globális problémák

Az élelmiszerek termelésének lépést kell tartania a népesség számának növekedésével. Ehhez egyre nagyobb termőföldterületre, egyre több öntözővízre, műtrágyára és vetőmagra van szükség. Jelenleg a kontinensek felszínének 30 százalékát borítja erdő, ám ennek már csak töredék része az eredeti, természetes növénytakaró. Különösen aggasztó Dél-Amerika, Afrika és Délkelet-Ázsia egyenlítői esőerdőinek gyors pusztulása; amelyek helyét ültetvények vagy legelők foglalják el. Ezt támasztja alá a biodiverzitás folyamatos csökkenése, a veszélyezett élőlények mind nagyobb száma. A száraz szavannák és sztyeppék természetes legelőin jóval több állatot tartanak, mint amennyit a gyér legelők hosszabb időn át táplálni képesek. A túllegeltetés a növényzet megritkulásához vezet, és utat nyit az elsivatagosodás előtt. Különösen súlyos a helyzet Afrika Száhel-övezetében, ahol gyakoriak a halálos áldozatokat követelő éhínségek. Problémát okoz a nem megfelelően öntözött földeket sújtó szikesedés is, amely a termőterületek hosszabb-rövidebb ideig tartó kiesése miatt szintén élelmezési problémák okozója lehet. A világ élelmezési gondokkal küzdő térségei összefüggő övet rajzolnak ki Földünkön. A főleg a forró övezetbe tartozó térségben található a legszegényebb országok. A legsúlyosabb helyzet Afrika egyenlítői vidékén alakult ki. (8. ábra)



8. ábra: Éhínség a világon – az éhség övezet

b) Hulladék, ipari szennyezés

A termelés és a fogyasztás során egyre több hulladék és szennyező anyag jut a környezetbe (talajba, levegőbe, vízbe). Az ipari termelés okozta környezetszennyezés hatalmas méreteket öltött a fejlődő világ számos országában. Ennek oka, hogy ezekben az országokban nincsenek vagy jóval enyhébbek a környezetvédelmi előírások, és betartásukra, betartatásukra sem fordítanak kellő figyelmet. A hazai cégek is a kevésbé környezetbarát, és ezért általában jóval olcsóbb technológiákat alkalmaznak. A külföldi cégek pedig a hazai szigorú előírások elől menekülve, illetve a nagyobb haszon reményében, sokszor ugyancsak így járnak el. Fokozza a környezeti veszélyeket a képzetlen szakmunkás, akik szintén nem fordítanak mindig figyelmet a gyártási technológiák betartására. Nem véletlen, hogy a fejlődő világ országaiban a legnagyobb az egy munkásra eső, a vizet veszélytétő káros szerves anyag kibocsátás. Ugyancsak jelentős probléma az ipari porszennyezés (bányászat, építőanyag ipar stb.). Számos ország esetében ennek mértéke szinte állandóan sokszorososan meghaladja az egészségügyi határértéket.

c) Víz, egészséges ivóvíz

Az emberiség által felhasznált teljes vízmennyiség 70 százalékát a mezőgazdaság veszi igénybe, számos térségben öntözés nélkül nem lehet termelni. Egyre több ország van azonban, amelynek vízhiánnyal kell

szembenéznie. 2020-ra 75-250 millió afrikai szenved majd vízhiányban. A sivatagi-félsivatagi övezetekben a víz a szó szoros értelmében az életet jelenti, és elosztása egyre több helyen vezethet nemzetközi konfliktusokhoz. Egyiptom vize főleg Szudántól és Etiópiától függ. A Zambézi folyón a Dél-Afrikának, Botswanának, Namíbiának és Angolának kell megosztania. Borulató előrejelzések szerint nemsokára abszolút vízhiány várható 17 közel-keleti országban, valamint Dél-Afrikában, Pakisztánban, India nyugati és déli részén, illetve Észak-Kínában. India fővárosában 2015-re teljesen elfogyhat az ivóvíz.

Nemcsak a víz mennyisége, hanem a minősége is óriási problémát jelent. A rendkívül rossz higiéniai körülmények miatt a víz nagy része fertőzött, fogyasztásra alkalmatlan. Nem véletlen, hogy a mai napig jelentős fertőző forrás a közösen használt kutak vize. Addig, amíg a zárt (felszínnel, vízzel, élőlényekkel nem érintkező) illemhelyek, illetve ezek elvezetése a fejlett országokban teljesen természetes, addig Nigerben, Eritreában vagy Togóban a vidéki lakosság kevesebb mint 5 %-a használ ilyen illemhelyet, de a városi lakosság esetében is alig éri el a 25%-ot ez az arány. Ez pedig sokat elárul a közegészségügyi viszonyokról is.

4.4. Összefoglalás

A világ demográfia folyamatait alapvetően a fejlődő világ népesedési jellemzői határozzák meg. Az alacsony jövedelmű országokban magas a természetes szaporodás, de ugyanakkor rosszak az életkilátások, magas a csecsemő és gyermekhaladóság, alacsony a születéskor várható élettartam. A legfőbb halálokok ma is a fertőző betegségek és a születés körüli problémák. Nehézséget jelent az alapvető egészségügyi ellátás biztosítása, a megfelelő higiéniai körülmények megteremtése.

4.5. Ellenőrző kérdések

1. Hogyan válhattak a fejlődő országok a világ demográfiai folyamatainak meghatározójává?
2. Milyen okok nehezítik az egészségügyi ellátás fejlődését?
3. Milyen egészségügyi következményei vannak a fejlődő országokat is érintő globális környezeti problémáknak?
4. Milyen tényekkel igazolhatja, hogy a legnehezebb helyzetben Trópusi-Afrika országai vannak?

4.6. Tesztfeladatok

Döntse el, hogy igazak vagy hamisak az alábbi megállapítások! Írjon I betűt az igaz és H betűt a hamis állítás sorszámára elé!

- 1. A globalizációnak köszönhetően a fejlődő világ országaiban napjainkban már a legfőbb halálokok a szív- és érrendszeri megbetegedés.
- 2. Az éhség övezet Afrika forró övezetének szegény országai foglalja magába.
- 3. Az ázsiai országok közül Afganisztán lakosságának életkilátásai a legrosszabbak.
- 4. A legalacsonyabb születéskor várható élettartam napjainkban sem éri el az 50 évet.
- 5. A fejlődő országokban a városi népesség arányának növekedése együtt járt az életkörülmények javulásával és a járványok visszaszorulásával.

Megoldás:

1. H, 2. H, 3. I, 4. I., 5. H

5. 4. Egészségügyi kihívások a fejlett világban

Célkitűzés:

A témakör feldolgozásának célja, hogy a hallgatók megismerjék a fejlett országok népességének egészségügyi jellemzőit, az előregedő népesség és a megváltozó életvitel egészségügyi következményeit, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés sajátosságait.

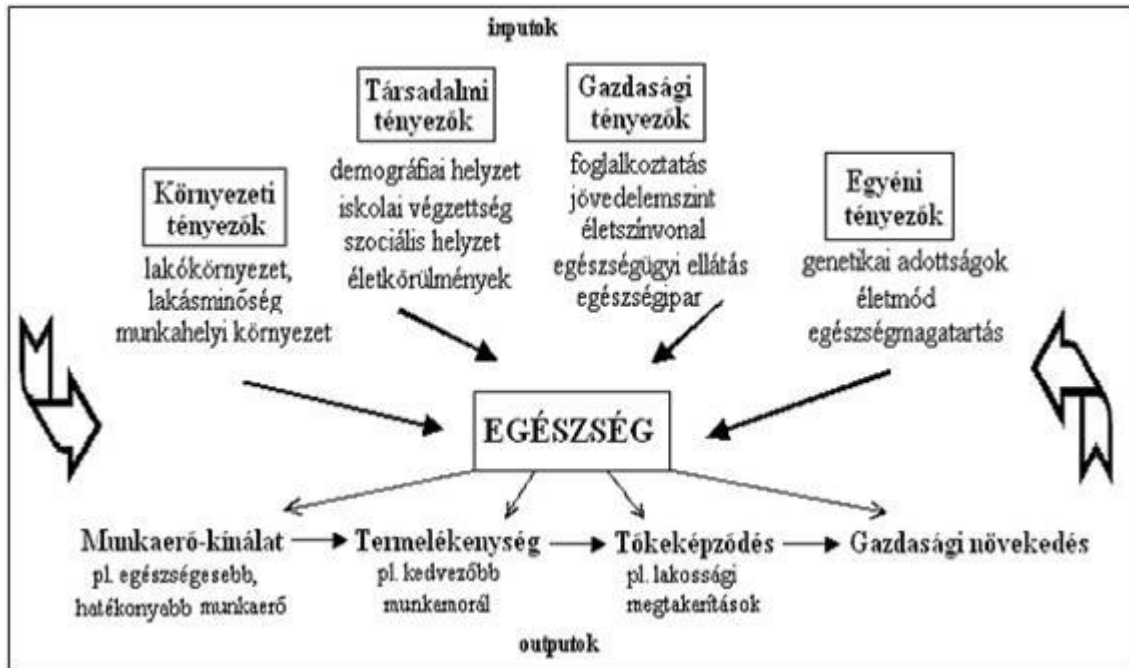
Tartalom:

1. Demográfiai, társadalmi-gazdasági jellemzők
2. Egészség-és életkilátások
3. Egészségügyi kihívások

5.1. 1. Demográfiai, társadalmi-gazdasági jellemzők

A 19. század utolsó harmadáig hasonló körülmények határozták meg a morbiditási és mortalitási helyzetet a világ országaiban. Látványos javulás, illetve a társadalmak közötti különbségek a 20. század elejétől váltak egyre szembetűnőbbé. Ezt a kedvező változást a háborúk és az időnként felbukkanó elsősorban helyi (endémiás) járványok is csak átmenetileg fékeztek. A pozitív folyamatok az orvostudomány fejlődése (védőoltások bevezetése, TBC visszaszorítása, fertőző betegségek elleni védekezés, csökkenő anyai és gyermekhalálozás) és az életszínvonal fokozatos emelkedése tette lehetővé. A gazdasági növekedés és a társadalmi fejlődés hosszú, viszonylag zavartalan periódusa azonban a fejlett országokban a 20. század második felében epidemiológiai átmenethez vezetett. Az életszínvonal emelkedése és ezzel együtt az életminőség folyamatos javulása megteremtette a jó egészségi állapothoz szükséges alapvető feltételeket. A közegészségügyi és járványügyi fejlődés, ill. a gyógyító-preventív intézkedések hatására a fertőző betegségek visszaszorultak, és jelentős mértékben csökkent a fiatalok halálozásának aránya is. A születések száma fokozatosan mérséklődött, egyre jobban kitolódott a születéskor várható élettartam. Az életmód és a korösszetétel átalakulása pedig új betegségek megjelenését és a halálloki struktúra átalakulását eredményezte. A betegségek között mind nagyobb arányban jelentek meg az idült (krónikus), nem fertőző, degeneratív betegségek, illetve a civilizációs vagy urbanizációs ártalmak. Ezek a betegségek többségében hosszabb lefolyásúak, és kezelésük is költségesebb, így nagyobb anyagi terhet jelentenek az állam számára is. Mindez az ötvenes-hatvanas évektől új kihívások elé állította a fejlett államok egészségügyi rendszereit. Az új tipikus betegségek megjelenése és halállokok megváltozása szorosan összefügg a társadalmi-gazdasági fejlettséggel. Ennek is köszönhető, hogy a WHO az 1980-as évektől kezdve tudatosan külön kezeli a fejlett és a fejlődő országok egészségi, illetve egészségügyi problémáit.

Érdekes a fejlett világ egészségügyi kérdéseit egy másik oldalról is megvizsgálni. Közismert tény, az egészség, illetve az egészségi állapot közvetlenül és közvetve is kihat a gazdasági teljesítményre. Az egészséges (fizikai, biológiai és mentális értelemben), jó közérzettel rendelkező ember jobb minőségű munkaerő is (nagyobb aktivitás, erő kifejtés, termelékenység és kreativitás jellemzi, nyitott a továbbképzésre, önképzésre). A jó munkaerő nagyobb GDP megtermelését teszi lehetővé, mivel az életszínvonal emelkedése és vele együtt az életminőség javulása a GDP növekedésétől függ egy pozitív visszacsatolás alakul ki. A jó egészségi állapotú munkaerő nagyobb GDP előállítását teszi lehetővé, ebből több fordítható az életkörülmények javítására, egészségmegőrzésre, ami tovább javítja a munkaerő minőségét. A másik fontos tényező az iskolázottság, a képzettség. Kutatások igazolják, hogy minél magasabban képezett valaki, annál többet törődik saját maga és környezete egészségének megőrzésével, annál nyitottabb az egészségtudatos gondolkodás iránt. Az egészségtudatos magatartás kedvező makrogazdasági hatással is jár – egészségesebb munkaerő, kevesebb állami egészségügyi kiadás. A magasabb iskolai végzettség általában kedvezőbb anyagi helyzettel is jár. Az anyagi lehetőség és az egészségtudatos magatartás együttesen az egészségügyi szolgáltatások minőségének javulását, a prevenciók szolgáltatásainak fejlesztését is segíti. (1. ábra)



1. ábra: Az egészséget befolyásoló tényezők, illetve azt egészség és a gazdasági fejlődés kapcsolata (Pál V. – Uzzoli A, 2008)

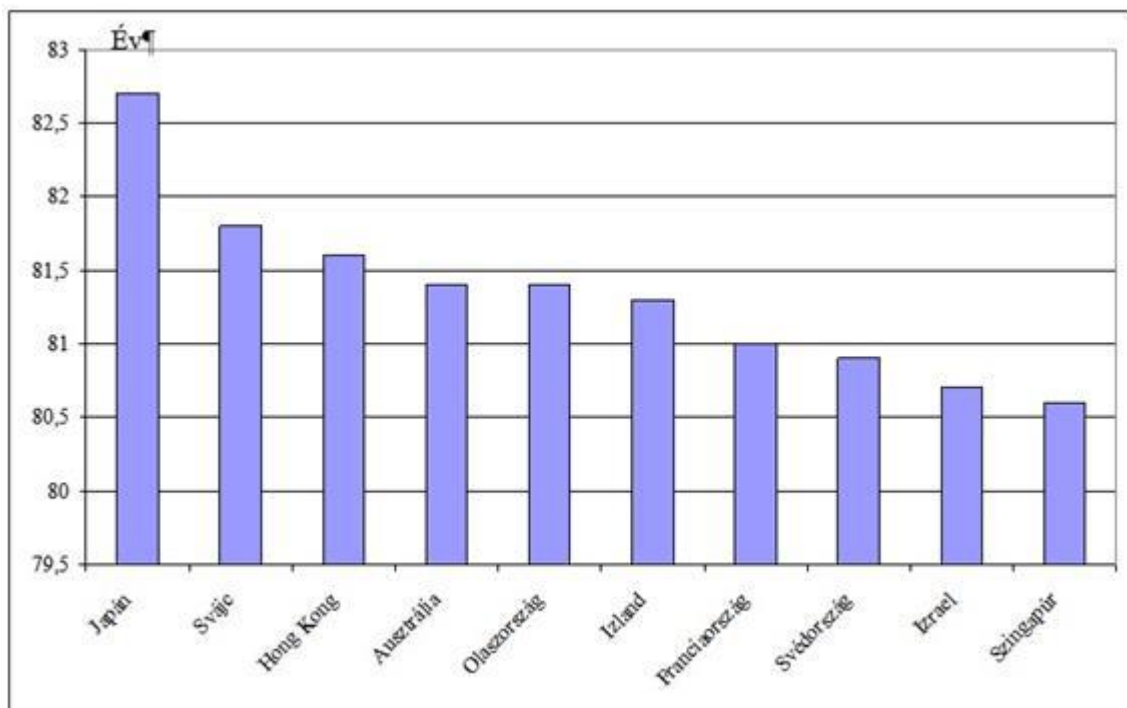


4. animáció: Életminőség és tényezői

A demográfiai jellemzőkkel kapcsolatban érdemes megjegyezni, hogy a fejlett országok népességszáma alig nő, a természetes szaporodás nagyon alacsony – sőt Közép- és Kelet-Európa országaiiban természetes fogyás figyelhető meg. A fejlett országok társadalmára az idősebb korosztályok növekvő aránya, az elöregedés jellemző. Jól tükrözi ezt az öregedési index, amely a 60 éven felüli és a 14 éven aluli népesség arányszáma. Ez az érték az Európai Unióban átlagosan 112, ezen belül Németországban 153, Portugáliában 128, a rendkívül elöregedő társadalmú Japánban 177. (Példaként Egyiptomban 12, Dél-Afrikában 16).

Az elöregedés társadalmi és gazdasági problémákat egyaránt felvet. Az aktív korosztály arányának csökkenése ugyanis az egészségügyi- és a nyugdíjrendszer finanszírozhatóságát is megkérdőjelezi.

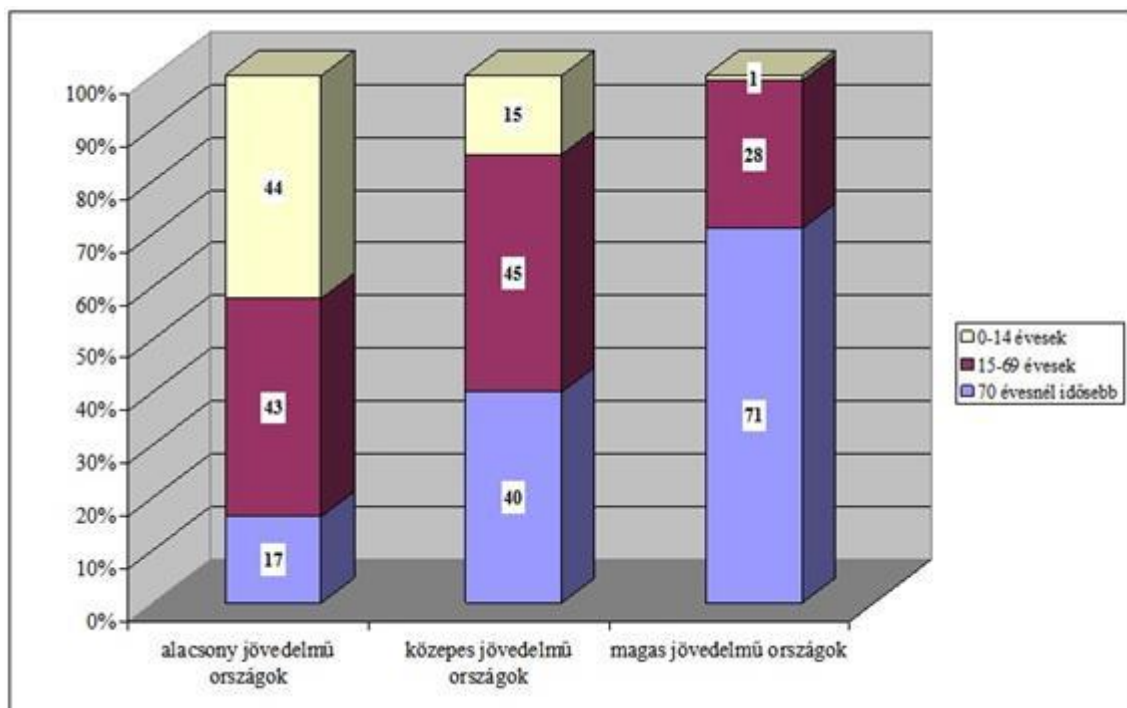
5.2. 2. Egészség- és életkilátások



2. ábra: A legmagasabb születéskor várható élettartammal rendelkező országok

(2010., forrás: ENSZ)

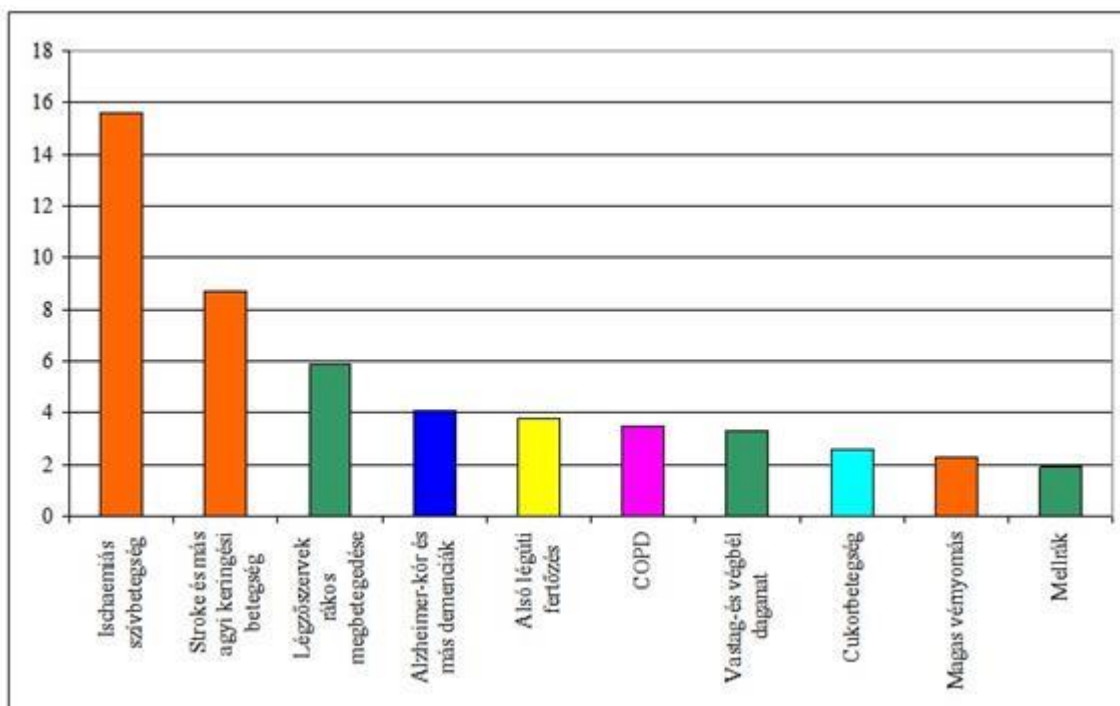
Nemcsak a születéskor várható élettartam tolódott ki, hanem magas az egészségkárosodástól mentes születéskor várható átlagos élettartam is.



3. ábra: A halálozások korcsoportonkénti megoszlása az egyes országcsoportokban (adatok forrása: WHO, 2010)

Ennek alapján is megállapítható, hogy a fejlett, magas jövedelmű országokban az idő előtti halálozások aránya alacsony. Az idős korcsoportba tolódó halálozást két folyamat együttesen eredményezi. Az egyik a társadalom előregedő korszerkezete, a másik az életminőség és az egészségügyi ellátás színvonalának javulása.

A fejlett egészségügyi ellátásnak, a megfelelő higiéniai körülményeknek köszönhetően alacsony a csememő- és gyermekhalandóság. A legfejlettebb országokban az 5 év alatti gyermekek halálozási rátája nem éri el az 5%-ot, a csecsemőhalandóság pedig 2% alatt marad. Ez utóbbi esetben az európai átlag 5,6%. (adatok forrása: ENSZ, 2011). Ezzel párhuzamosan alacsony a tehességhez, illetve a szüléshez kapcsolódó anyai halandóság. Értéke nem éri el az 5 esetet százezer újszülöttre vetítve. (V.ö: 3. fejezet 2. pont).



Jelentős különbség alakult ki a halálokok tekintetében is a fejlett és a fejlődő országok között. A fejlett országokra jellemző halálokokat a 4. ábra szemlélteti.

4. ábra: A fő halálokok a magas jövedelmű (fejlett) országokban (A halálozás százalékában) (adatok forrása: WHO)

Az ábra alapján megállapítható, hogy a fő halálokok ebben az országcsoportban a szív és érrendszeri, keringési megbetegedésekkel függ össze. Ezek aránya meghaladja a halálesetek 25%-át. A második helyre a rákos megbetegedések kerülnek. Külön érdemes szólni a COPD-ről. A COPD más néven krónikus obstruktív tüdőbetegség elsősorban a 40 évesnél idősebb dohányosok közül szedi áldozatait. A WHO adatai szerint a világban mintegy 600 millió beteggel lehet számolni, közülük mintegy 3 millióan lelik halálukat ebben a betegségben. Az alsó légúti megbetegedések, a tüdőrák és a CDOP esetében közös okként kell megemlíteni a dohányzást, illetve az erősen szennyezett levegőt. Az is megállapítható, hogy a fejlett országok halálloki statisztikáiban visszatükröződik az életmód problémája: a tartós és rendszeres stressz, a mozgásszegénység, az egészségtelen és túlzott mértékű táplálkozás.

Link: <http://www.factfish.com/statistic>

5.3. 3. Egészségügyi kihívások

A legfejlettebb országok a GDP 9-10%-át költik az egészségügyi kiadásokra. (a legtöbbet az USA 16 %) (forrás OECD, Health Data 2010.) Ennek mintegy 15-25%-a a gyógyszerellátásra fordítódik. Ebből a szempontból kivételt jelentenek az észak-európai országok, ahol a gyógyszerkiadás lényegesen alacsonyabb (Norvégia 7,6%, Dánia 8,6%). Ez vélhetően összefügg a hatékony prevencióval és azzal, hogy az egészség- és környezettudatos gondolkodásban az észak-európai országok lakossága már régóta az élen jár.

A fejlett országok egészségügyi ellátórendszerében a problémát két tényező jelenti. Egyrészt az előregedő, és egyre hosszabb életkort megérvő népesség egészségügyi ellátásának finanszírozása, a magas szinten kiépített szolgáltatás fenntartása és az új betegségi struktúrának megfelelő átalakítása. Mindezt a csökkenő létszámú aktív korú népességnek a működtetés anyagi háttérét biztosító egészségügyi hozzájárulása mellett. Másrészt az egészségügyi szolgáltatások elérésével kapcsolatos társadalmon belüli különbségek mérséklése, a

szolgáltatásokhoz való egyenlő hozzáférés lehetőségének megteremtése. Ez jelenti a területi infrastrukturális különbségek mérséklését, illetve a hátrányos helyzetű társadalmi csoportok számára az esélyegyenlőség megteremtését az egészségügyi szolgáltatások elérésében.

A fejlett társadalmakban az egészség fontos értékévé vált, ezért az egészségmegőrzés, az egészséges életvitel iránti igény a fiatal és tehetősebb társadalmi réteg esetében mind inkább a fogyasztói kultúra részévé válik. A másik fontos jelenség a gyógyszerfogyasztás növekedése. Sok esetben – a reklámok hatására is – az életvitelből adódó problémák megoldására az egyszerűbbnek tűnő utat, a gyógyszereket választja a lakosság. Új kihívást jelent az egészségügy számára az urbanizációs-globalizációs ártalmakból eredő, elsősorban pszichés eredetű betegségek kezelése (depresszió, pánikbetegség, szervenélybetegségek stb.), de ide sorolhatók a mind jelentősebb méreteket öltő, a környezet szennyeződésével is kapcsolatba hozható egyre nagyobb számú allergiás megbetegedések.

5.4. Összefoglalás

A gazdasági növekedés és a társadalmi fejlődés a fejlett országokban a 20. század második felében epidemiológiai átmenethez vezetett. A születések száma fokozatosan csökkent, egyre jobban kitolódott a születéskor várható élettartam. Átalakult a haláloki struktúra, a betegségek között a szív és keringési problémák, a daganatos megbetegedések és a civilizációs-urbanizációs ártalmak váltak meghatározóvá. Az egészségügy számára az öregedő korszakból adódó egészségügyi problémák megoldása és a szolgáltatásokhoz való hozzáférés esélyegyenlőségének megteremtése jelenti a legnagyobb kihívást.

5.5. Ellenőrző kérdések

1. Mít jelent az epidemiológiai átmenet?
2. Milyen egészségügyi következményekkel jár a fejlett országok előregedő korszakozete?
3. Miben és miért tér el egymástól a fejlett és a fejlődő országok haláloki jellemzője?
4. Milyen kihívásokkal kell szembenéznie a fejlett országok egészségügyi ellátórendszerének?

5.6. Tesztfeladatok

Kapcsolja az egyes mutatókhoz a fejlett országokra jellemző adatokat, jelzőket! Írja a megfelelő adatot a mutatók mellé a táblázatba! Nem tud minden adatot elhelyezni.

12, 118, 24‰, 25%, 9%, 2% 12, 52%, 40‰, 4, 80, 45, 2,5‰

Mutató	Jellemző adat
Öregségi index	
Csecsemőhalandóság	‰
Anyai halandóság (100 000 születésre)	fő
Szüleétkor várható élettartam	év
Egészségügyi kiadások a GDP %-ában	%
A keringési betegségek aránya a halálozásban	%

Megoldás:

Mutató	Jellemző adat
--------	---------------

Öregségi index	118
Csecsemőhalandóság	2,5%
Anyai halandóság (100 000 születésre)	4 fő
Szüleétkor várható élettartam	80 év
Egészségügyi kiadások a GDP %-ában	9 %
A keringési betegségek aránya a halálozásban	25 %

6. 5. Az egészségi állapot változása és jellemzői hazánkban

Célkitűzés:

A fejezet feldolgozásának célja, hogy megismertesse a hallgatókat a hazai népesség egészségi állapotát befolyásoló demográfiai folyamatokkal és ezek következményeivel. Bemutassa az egészségi állapot jellemzőit és ezek következményeit.

Tartalom:

1. Demográfiai jellemzők alakulása
2. Egészség-és életkilátások, halálokok
3. Az egészségi állapot összefüggései

6.1. 1. Demográfiai jellemzők alakulása

Hazánkban az 1950-es évek végén figyelhető meg a születések számának gyors csökkenése, amelyet a hatvanas évek elejétől váltakozó ütemű születésszám emelkedés vált fel. Ennek háttérében a családpolitikai intézkedések hatása figyelhető meg (GYES, GYED bevezetése stb.) Az emelkedést azonban a 70-es évek második felében gyors csökkenés követi. Eközben a halálozások száma a hatvanas évek elejétől kezdve fokozatosan emelkedik. Ezek a folyamatok vezetnek oda, hogy az 1980-as évek elejétől a természetes szaporodást a fogyás, a népességszám csökkenése váltja fel, amelyet a rendszeresen pozitív vándorlási különbözet is csak enyhíteni képes. A természetes népmozgalom adatait az 1. táblázat foglalja össze.

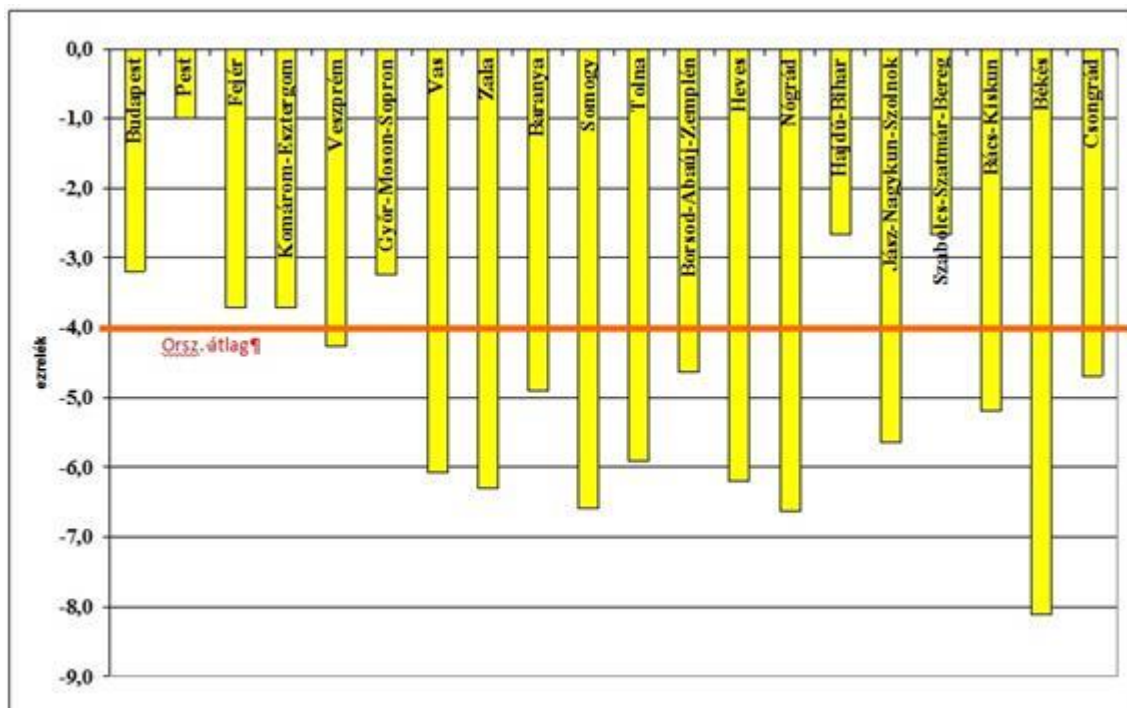
1. táblázat: A természetes népmozgalom főbb adatai az elmúlt 40 évben (forrás: KSH)

Megnevezés	1970	1980	1990	2000	2009	2010
Élveszületések száma	151 819	148 673	125 679	97 597	96 442	90 335
Halálozások száma	120 197	145 355	145 660	135 601	130 414	130 456
Természetes szaporodás, illetve fogyás (-)	31 622	3 318	-19 981	-38 004	-33 972	-40 121

Egy éven aluli meghaltak száma	5 449	3 443	1 863	900	495	481
Nyers élveszületési arányszám	14,7	13,9	12,1	9,6	9,6	9,0
Nyers halálozási arányszám	11,6	13,6	14,0	13,3	13,0	13,0
Ezer lakosra jutó természetes szaporodás, illetve fogyás (-)	3,1	0,3	-1,9	-3,7	-3,4	-4,0
Ezer élveszülöttre jutó egy éven aluli meghaltak száma	35,9	23,2	14,8	9,2	5,1	5,3

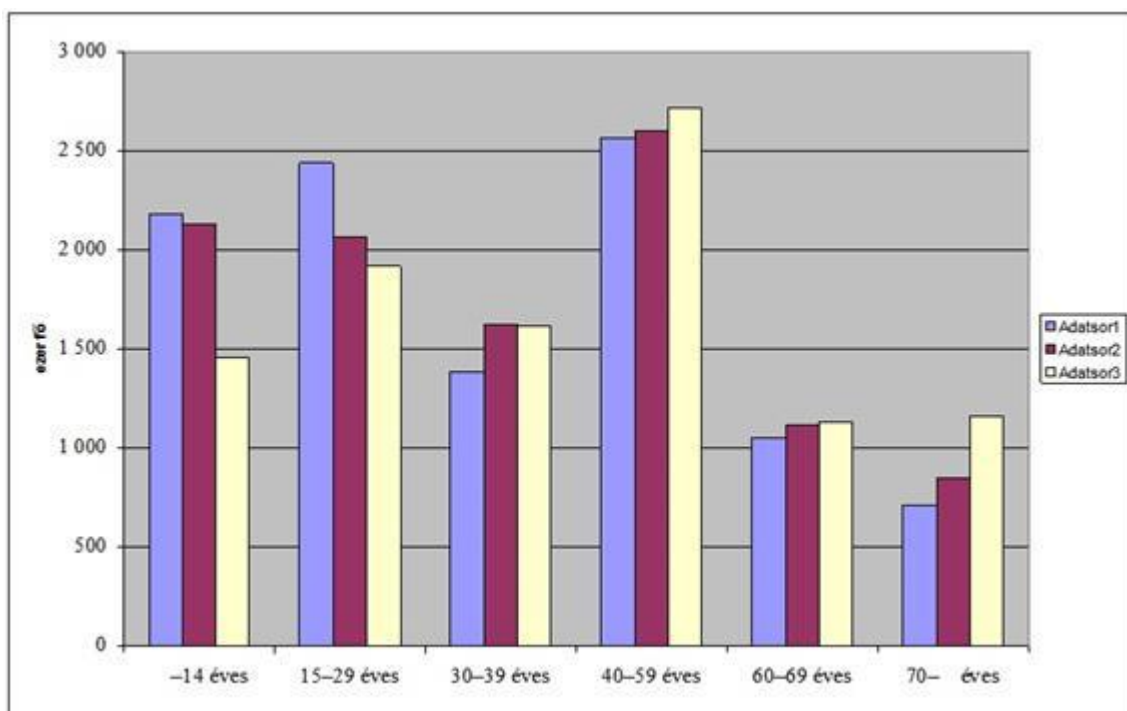
Megállapíthatjuk azt is, hogy az elmúlt évtizedekben olykor javulni látszó népességszám- adatok mögött alapvetően a halálozások számában tapasztalható kisebb csökkenés húzódik meg. Ez azonban nem tudja megváltoztatni az alacsony születési számból adódó kedvezőtlen hatásokat.

Érdemes megvizsgálni a természetes fogyás területi különbségeit is. Megállapítható, hogy valamennyi megyénkben természetes fogyásról beszélhetünk. Legkisebb mértékű a csökkenés Pest megyében, a legnagyobb arányú pedig Békés megyében. (1. ábra) Valamivel kedvezőbb a helyzete a fejlettebb gazdasággal rendelkező dunántúli megyéknek, rosszabbak a mutatói az aprófalvas, illetve gazdasági nehézségekkel küzdő dél-dunántúli és észak-magyarországi megyéknek.



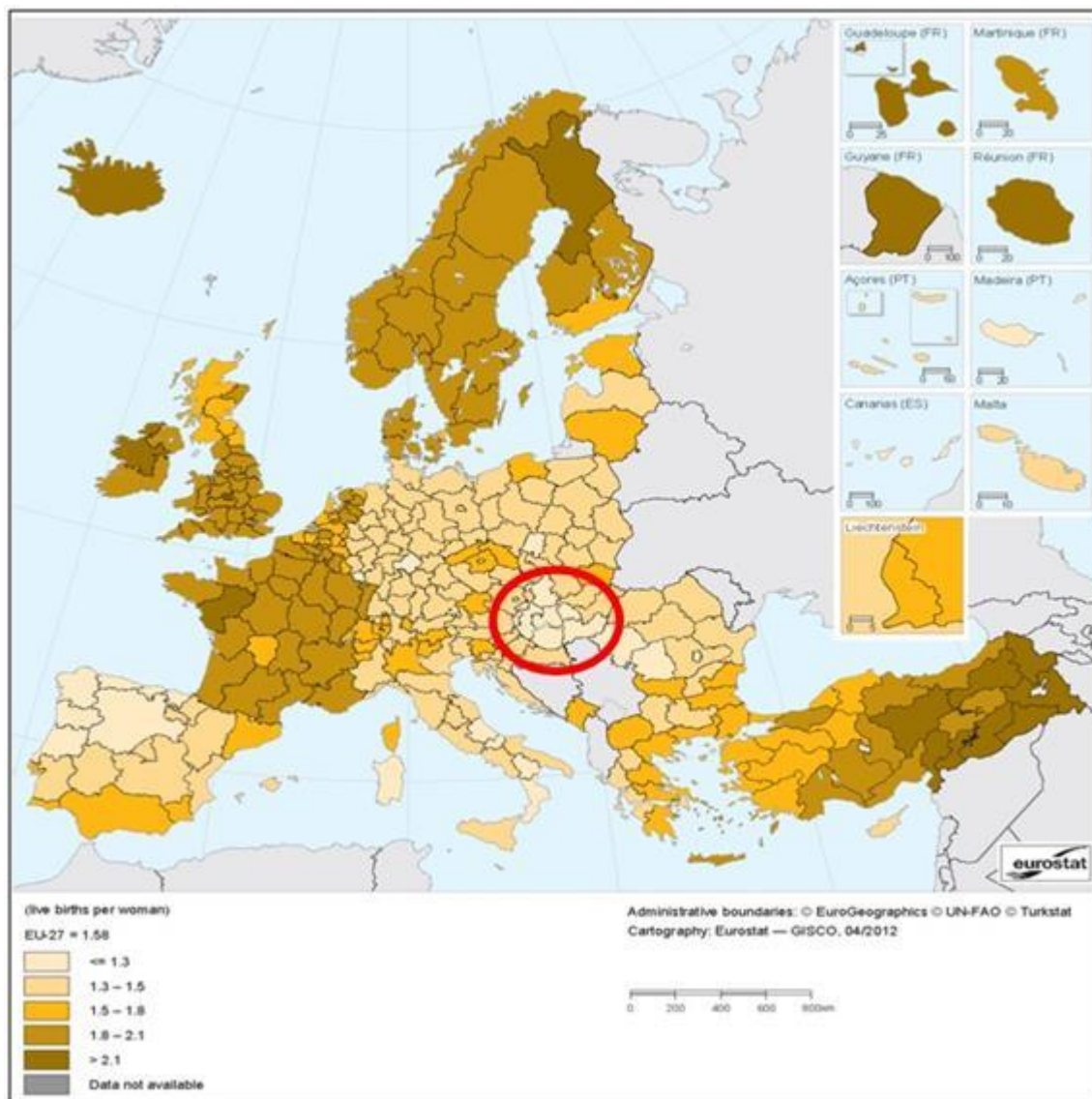
1. ábra: A természetes fogyasztás területi különbségei hazánkban (% , 2010) (Forrás: KSH)

A demográfiai folyamatok következtében hazánk az előregedő társadalmú országok közé tartozik. Ezt támasztja alá a korcsoportok arányának alakulása is (2. ábra)



Megállapítható, hogy a 14 évesnél fiatalabb népesség arányszámának csökkenése egyre nagyobb üteművé vált az elmúlt évtizedekben. Ez előrevetíti az aktív korcsoport arányának fokozatos csökkenését is. Eközben pedig az idős népesség létszáma és aránya fokozatosan nő a társadalmon belül. Ennek a nyugdíj- és egészségbiztosítási, illetve egészségügyi ellátórendszeri hatásai egyre nehezebben finanszírozható terhet rónak az államra. Egy másik ugyancsak érdekes adat, hogy az öregedési index (a 65 év feletti és a 14 év alatti népesség aránya) 2006-ban léte át a 100-at, azaz ettől kezdve nagyobb a 65 évesnél idősebbek aránya, mint a 14 évesnél fiatalabbaké a magyar társadalomban. Ez az érték azóta is folyamatosan nő, ma 114,7.

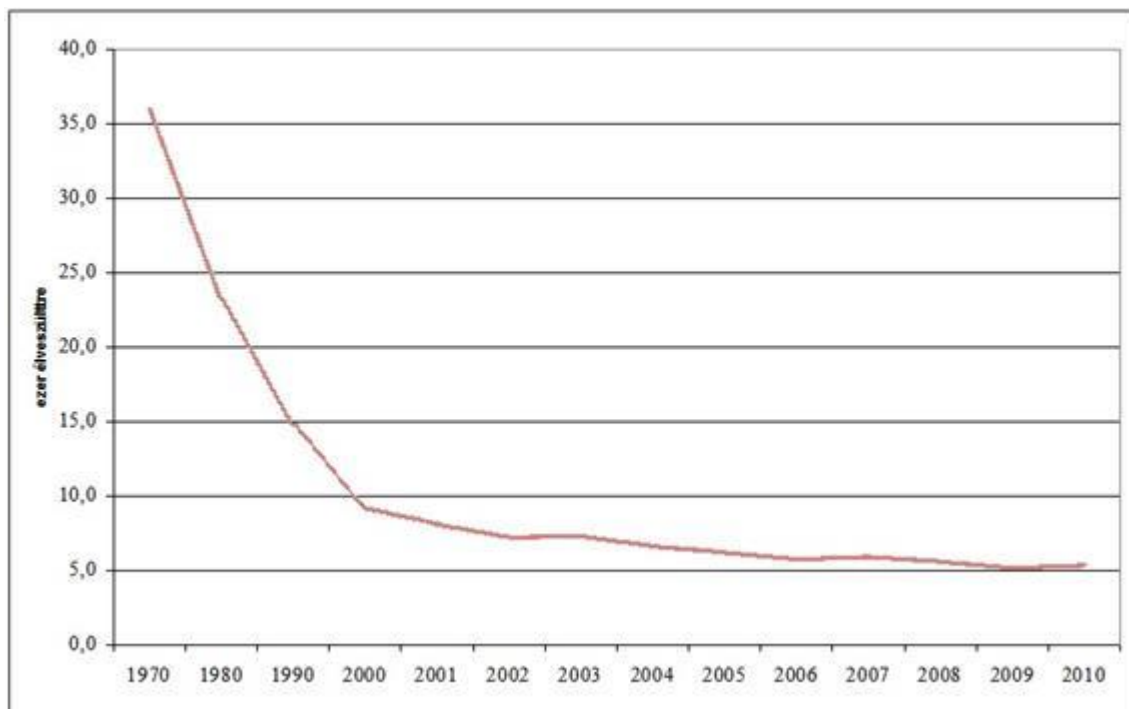
Hazánk - 1,31-es értékével - az unió alacsony termékenységi rátájú országai közé tartozik. Ez az érték jóval elmarad a népesség szinten tartásához szükséges 2,1-es értéktől. Ami szintén alátámasztja a korábban megfogalmazottak alapján előrevetített további negatív változásokat. Az alacsony ráta elsődleges okai az életciklusok változásában keresendők: a későbbi házasságkötésben és gyermekvállalásban, de rontják a gyermekvállalási kedvet a családok bizonytalanná váló pénzügyi kilátásai is. (3. ábra)



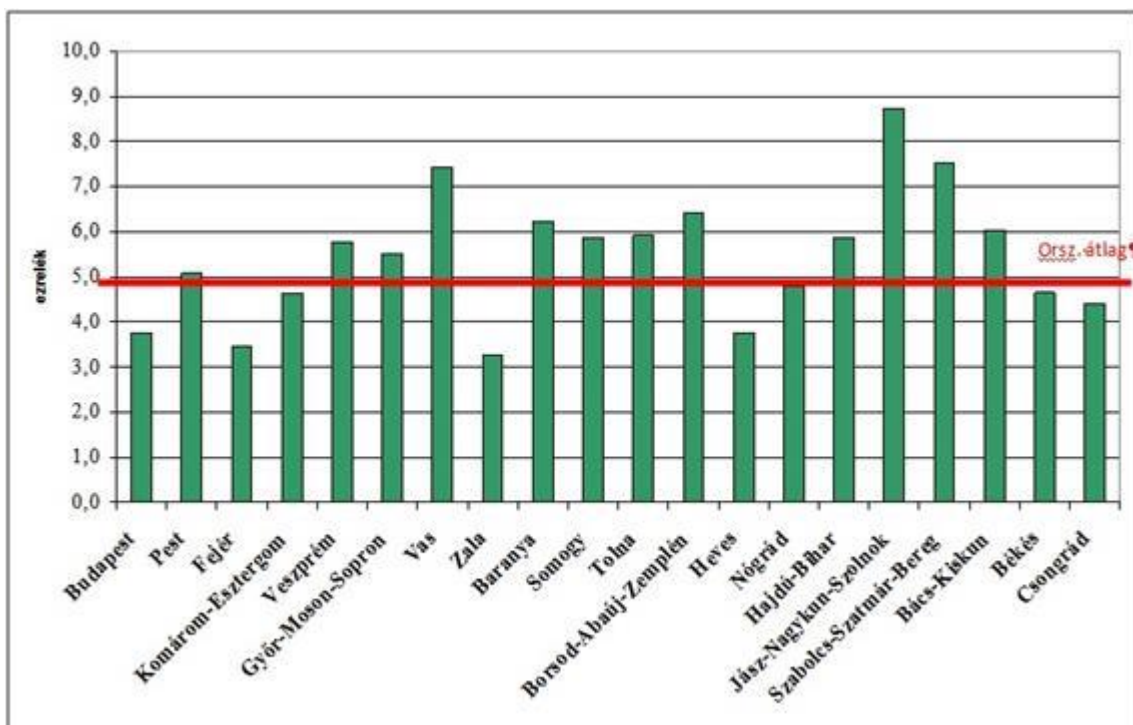
3. ábra: Átlagos termékenységi ráta (egy termékeny nőre jutó születések száma) az Európai Unió egyes régióiban (NUTS 2) 2008-2010 (Forrás: eurostat)

6.2. 2. Egészség-és életkilátások, halálokok

Vizsgáljuk meg először a csecsemőhalandóság alakulását, amely alapvetően befolyásolja az élettartam mutatókat. A csecsemőhalandóság jelentős mértékben javult az elmúlt évtizedek alatt. Különösen látványos volt a változás a 20. század második felében: az 1949-ben még 91‰-es halálozás 1960-ra már majdnem a felére 47‰-re csökkent. 2011-ben a mértéke 4,9‰, amely azonban még így is magasabb, mint a legfejlettebb európai országokban, ahol ez az érték 3-3,5‰ között változik, a legjobb mutatóval rendelkező Svédország esetében 2,75‰. A csecsemőhalandóság időbeli alakulását a 4. ábra szemlélteti. A mutató értékeiben kialakult területi különbséget – az országos átlaghoz viszonyítva – az 5. ábra mutatja be.



4. ábra: A csecsemőhalandóság alakulása 1970-től napjainkig (%). (Forrás: KSH)



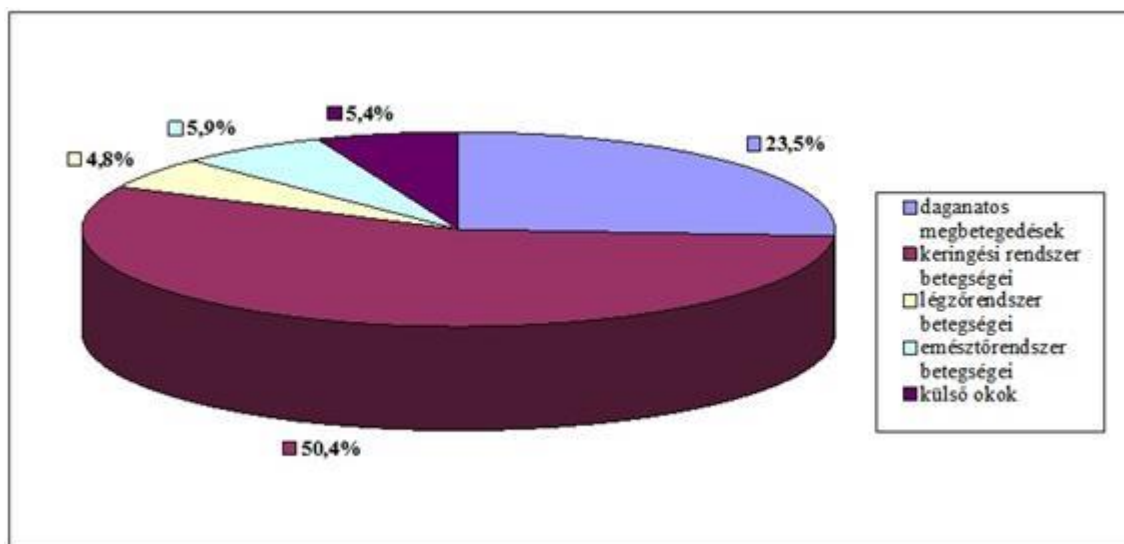
5. ábra: Területi különbségek a csecsemőhalandóságban (%), 2011) (Forrás: KSH)

A területi adatok alapján a legjobb értékekkel Zala és Fejér megye, illetve a főváros és Heves megye rendelkezik. Az átlagot jóval meghaladó a halálozás aránya Jász–Nagykun–Szolnok, Szabolcs–Szatmár–Bereg és Vas megye estében.

A születéskor várható élettartam 1970-hez viszonyítva a férfiak esetében 66,3-ról 70,5 évre, a nők esetében 72,1-ről 78,1 évre nőtt. Ezekkel az értékkel az uniós országok között továbbra is a legutolsók között vagyunk. Mindössze Románia és Bulgária adatai maradnak el hazánkétól. Nem jobb a helyzet akkor sem, ha a most 65 éves népesség még várható életéveit vizsgáljuk meg, ebben a vonatkozásban csak Románia adatai maradnak el

házánktól. A születéskor várható élettartamban is megfigyelhetők területi különbségek. A férfiak esetében a leghosszabb élettartamra a Budapesten élők számíthatnak (72,4), a legalacsonyabbra a Borsod–Abaúj–Zemplén megyében élők (68,06). A nők esetében kisebbek a területi különbségek, itt a Veszprém megyébe élők kilátási a legjobbak (78,89), a legrosszabbak ebben az esetben is a Borsod–Abaúj–Zemplén megyében élő nők (76,66).

A haláloki megoszlást megvizsgálva megállapítható, hogy az alapvetően megegyezik a fejlett országokra jellemző megoszlással. A legfőbb halálókcsoporthoz a szív és érrendszeri megbetegedés, ennek arányában az elmúlt 30 évben 1-2%-os ingadozás figyelhető meg, de lényeges változás nem történt. Ezen időszak alatt 4%-kal nőtt a daganatos megbetegedésekre visszavezethető halálok aránya, ezen belül mintegy 8%-kal emelkedett a légzőszervi daganatoké. Az összességében csökkenő emésztő szervrendszeri halálokokon belül jelentősen megnőtt a májbetegségekre visszavezethető halálok. (6. ábra)



6. ábra: A halálozás alakulása halálokok szerint (2010) (Forrás: KSH) A részletes adatokat a lecke végén található táblázat tartalmazza.

6.3. 3. Az egészségi állapot összefüggései

Az elmúlt években lezajlott, a lakosság egészségi állapotát vizsgáló kutatások eredményei segítenek rávilágítani azokra a problémákra, amelyek napjainkban jellemzők, illetve egyben befolyásolják is a lakosság egészségi állapotát.

A tanulmányok alapján megállapítható, hogy szoros összefüggés figyelhető meg a gazdasági aktivitás, az iskolai végzettség és az egészségbeli állapot között. Az, hogy egy család a szegények közé sorolhatóan érezze magát elsősorban a család demográfiai jellemzőitől és gazdasági aktivitásától függ. Bizonyítható, hogy hazánkban az iskolai végzettség egyre erősebben határozza meg a jövedelemszintet. Ennek alapján arra a következtetésre jutottak a kutatók, hogy az egészségi állapotbeli különbségek elsősorban a gazdasági aktivitásban és az iskolai végzettségben fellelhető különbségek mentén rajzolódhatnak ki, és összhangban vannak a társadalmi rétegződést kialakító tényezőkkel, tükrözik a magyar társadalom szerkezetében végbement változásokat. (Kovács K., 2011)⁴ A kutatók felvetik azt a kérdést is, hogy egyes társadalmi csoportok munkaerőpiaci helyzetének változása (munkanélküliség veszélye, alacsonyabb pozícióba kerülés stb.) milyen mértékben felelős a rossz egészségi állapot kialakulásáért.

Az iskolázottsággal és a munkavégzéssel kapcsolatos összefüggéseket erősítik meg, illetve egészíti ki más kutatók is (Vokó Z, Havasi É, Horváth G). A lakosság vélt egészsége (az egészségérzete) szorosan összefügg az életkorral, de befolyásolja a nemek közti különbség is. A kor előrehaladtával fokozatosan csökken az egészségüket nagyon jónak, illetve jónak tartók aránya. A 15-17 éves férfiak 61, míg a nők 45 %-a érzi magát nagyon jó egészségi állapotban. Ebben a korcsoportban a megkérdezettek körében még nem volt olyan férfi, aki rossz vagy nagyon rossz egészségűnek érezné magát, a nők között ugyanakkor már 2,5 % tartotta magát rossz egészségi állapotúnak. 65 év felett a férfiak 68 %-a érezte úgy, hogy egészségi állapota rossz vagy nagyon rossz,

⁴ Kovács Katalin: Társadalmi rétegződés és egészség: a legutóbbi évtized során tapasztalt változások In: Tanulmányok 1. A lakosság egészségi állapota, KSH, 2011 Budapest 7-30 p.

a nőknél ez az arány már 73%. A 15-17 éves férfiak 18,4, míg a nők 24,2%-a szenved valamilyen, a mindennapi tevékenységét befolyásoló krónikus betegségben, a 65 év felettiiek esetében ez az arány 89,5, illetve 91,3 %. (Vokó Z, 2011)⁵ Szignifikáns különbség figyelhető meg a krónikus betegségben szenvedők aránya tekintetében a foglalkozás jellege alapján is. Főként a mező- és erdőgazdaságban dolgozók, illetve az egyszerű fizikai munkát végzők körében magas a krónikus betegségben szenvedők aránya (72-73%). Legkevésbé a felsőfokú képzettség önálló alkalmazását elváró munkakörökben dolgozók között találkozunk ezzel az egészségi problémával (55-56%). (Vokó Z, 2011). A vélt egészség tekintetében a felsőfokú végzettséggel rendelkezők közül sokkal többen érzik magukat jó vagy nagyon jó egészségi állapotban lévőknek, mint a közép- vagy alacsony végzettséggel a rendelkezők.

Az egészségi állapot szempontjából jelentősek a területi különbségek is. A Közép- és Nyugat-Dunántúl, illetve a Közép-Magyarország régióban sokkal többen érzik magukat egészségesnek, mint az alföldi régiókban. Legrosszabb a vélt egészség Észak-Magyarországon. Ugyanakkor a betegség tényleges előfordulásában már nincs ilyen szignifikáns különbség. Hasonló a helyzet a falusi és a városi lakosság vélekedése esetében is. A városiak egészségesebbnek érzik magukat, mint a falun élők. (Vokó Z, 2011)

A kutatók megállapították, hogy a tényleges (objektív) és a szubjektív egészségi állapotban egyaránt az életkor a meghatározó tényező. Az egészségi állapot jövedelemszinttel való kapcsolata ugyancsak erős, de az életkornál kevésbé meghatározó tényező. A lelki egészség (életerő) tekintetében az életkor és az anyagi helyzet már közel azonos mértékű befolyásoló tényező. Az idősebbek természetesen betegebbek, mint a fiatalabbak, de az életkor ilyen mértékű meghatározó szerepe nem lenne törvényszerű. A vizsgálatok azt is igazolták, hogy hazánkban az anyagi helyzet rendkívül szoros kapcsolatban van az egészségi állapottal, azaz ugyanabban az életkorban a szegényebbek betegebbek, mint jobb módú társaik, még inkább igaz ez a lelki egészség, a vitalitás tekintetében (Havasi É, Horváth G, 2011)⁶.



5. animáció: Az egészségi állapotot leginkább befolyásoló tényezők

Ezek a tényezők minden bizonnyal hozzájárulnak ahhoz, hogy a születéskor várható élettartam, illetve az egészségben eltölthető évek száma jócskán elmarad a fejlett országokra jellemző értékek mögött.

Linkek: <http://mindentudas.hu/eloadasok/partnerek/item/3106-a-magyar-lakoss%C3%A1g-eg%C3%A9szs%C3%A9gi-%C3%A1llapota.html>:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Population_statistics_at_regional_level/hu

6.4. Összefoglalás

Hazánk népességére a kedvezőtlen demográfiai folyamatok jellemzőek. Az előregedő társadalom korszerkezete súlyos társadalmi-gazdasági és egészségügyi problémák forrásává vált. A magyar népesség életkilátásait tekintve elmarad a fejlett országokra jellemző értékektől. A halálokok között a szív és érrendszeri megbetegedések és a daganatos betegségek állnak az élet. A szubjektív és az objektív egészség szempontjából az életkor és az anyagi helyzet a legfontosabb meghatározó tényező.

6.5. Ellenőrző kérdések

1. Mi jellemzi a mai Magyarország demográfiai folyamatait?
2. Melyek a vezető halálokok hazánkban?
3. Milyen különbségek figyelhetők meg az egészségi állapot megítélésében?

6.6. Tesztfeladatok

⁵ Vokó Zoltán Az egészségi állapot demográfiai és társadalmi-gazdasági meghatározó tényezői. In: Tanulmányok 1. A lakosság egészségi állapota, KSH, 2011 Budapest 31-56 p.

⁶ Havasi Éva – Horváth Gergely: A betegség anyja a szegénység? – A szegények egészségi állapota a mai Magyarországon. In: Tanulmányok 1. A lakosság egészségi állapota, KSH, 2011 Budapest 57 -78. p

Az egyes kérdések, megállapítások után több válaszlehetőséget talál, amelyek közül csak egyetlen helyes. Karikázz be a helyes válasz betűjelét!

1. A vélt egészség tekintetében hazánkban

- a) nincs területi különbség.
- b) az alföldi régiókban a legjobb a vélt egészség.
- c) Észak-Magyarországon a legrosszabb a vélt egészség.
- d) a Dunántúlon rosszabb, mint az alföldi régiókban.

2. Hazánkban a legfőbb halálok

- a) az emésztőszerv-rendszeri betegségek.
- b) a szív- és érrendszeri megbetegedések.
- c) a daganatos betegségek.
- d) a légző-szervrendszeri megbetegedések.

3. A csecsemőhalandóság értéke hazánkban

- a) a fővárosban a legalacsonyabb.
- b) nem csökkent jelentősen 1970-2000 között.
- c) az Európai Unióban a legalacsonyabbak közé tartozik.
- d) 2011-ben már nem érte el az 5‰-ket.

4. A születéskor várható élettartam értékei

- a) az 1970-es évek óta több mint 10 évvel nőttek.
- b) hasonlóak a fejlett országok adataihoz.
- c) alacsonyabbak, mint ami az ország fejlettsége alapján várható lenne.
- d) a férfiak esetében eléri a 75 évet.

Megoldás: 1. c, 2. b, 3. d, 4. c

6.7. A haláloki jellemzők alakulása hazánkban 1970-től

Év	Daganatok (C00–D48)	Ebből:
vastagbél és végbél rosszindulatú daganata (C18–C21)	légcső, hörgő és tüdő rosszindulatú daganata (C33, C34)	női emlő rosszindulatú daganata méhnyak rosszindulatú daganata (C53)

Egészségföldrajz

Férfi				
1970	239,6	22,3	54,8	x
1980	296,0	33,1	80,3	x
1990	354,1	43,1	108,7	x
2000	389,3	51,7	117,9	x
2001	392,5	53,6	118,5	x
2002	391,8	54,0	117,3	x
2003	396,2	57,8	121,6	x
2004	398,0	56,6	122,0	x
2005	374,2	51,4	111,4	x
2006	381,0	53,4	112,9	x
2007	384,2	54,9	116,9	x
2008	382,6	53,8	117,4	x
2009	389,1	58,0	119,5	x
2010	386,0	56,9	120,9	x
Nő				
1970	199,6	22,8	12,1	24
1980	227,8	33,0	18,0	32
1990	251,8	38,8	27,7	38

2000	275,8	44,3	39,2	43
2001	275,9	42,2	40,4	43
2002	274,3	41,0	42,7	41
2003	282,0	43,5	44,2	43
2004	281,7	42,6	45,4	43
2005	266,9	39,5	42,2	39
2006	268,1	40,5	43,9	38
2007	272,7	40,9	48,7	38
2008	275,8	41,5	51,8	40
2009	278,4	41,6	52,6	41
2010	280,8	43,1	55,4	38
Együtt				
1970	219,0	22,6	32,8	x
1980	260,8	33,0	48,2	x
1990	301,0	40,8	66,6	x
2000	329,8	47,9	76,6	x
2001	331,4	47,6	77,6	x
2002	330,1	47,1	78,2	x
2003	336,3	50,3	81,0	x

2004	336,9	49,3	81,7	x
2005	317,8	45,2	75,1	x
2006	321,7	46,6	76,7	x
2007	325,7	47,5	81,1	x
2008	326,5	47,3	83,0	x
2009	331,0	49,4	84,3	x
2010	330,8	49,6	86,5	x

Forrás. Egészségügyi statisztikai évkönyv 2010. KSH

7. 6. A hazai egészségügyi ellátórendszer

Célkitűzés:

A téma feldolgozásának célja, hogy a hallgatók megismerjék a magyar egészségügyi ellátórendszer felépítését és jellemzőit. Felismerjék az ellátórendszer működésének területi különbségeit és ennek következményeit.

Tartalom:

1. Az ellátórendszer felépítése
2. Az egészségügyi ellátórendszer regionális különbségei

7.1. Az egészségügyi ellátórendszer jellemzői és felépítése

A hazai egészségügyi rendszer jellemzője az osztott feladatellátás és felelősség az állam, az önkormányzatok és az Egészségbiztosítás között. Az ellátórendszer háttere a társadalombiztosítás önálló egészségbiztosítási alapja, amely az NAV (Nemzeti Adó- és Vámhivatal) által gyűjtött járulékból önállóan gazdálkodik. Az ellátás a lakosság egészére kiterjed, gyakorlatilag teljes körű ellátást nyújt, a kiegészítő vagy alternatív biztosítások szerepe hazánkban elenyésző.

Az ellátórendszerünk a házi orvosra épülő, alapvetően kétszintű rendszer. Tulajdonviszonyára az állami és az önkormányzati tulajdon túlsúlya jellemző, egyházi, illetve a különböző típusú magánbefektetésen alapuló tulajdon ritka. Az egészségügy finanszírozása dualisztikus: a beruházás, a fenntartás költségei a tulajdonost terhelik, a működési költségeket az Egészségbiztosítási Pénztár biztosítja. Az egészségügyi kiadásokra hazánk a GDP mintegy 5%-kát fordítja (Világbank, 2010), ez elmarad az Unió fejlettebb országaiétól (8-9%).

Vegyük sorra a legfontosabb, az egészségügyi ellátórendszer felépítésében, működésében szerepet játszó elemeket.

Alapellátás: az általános megfogalmazás szerint az a lakosság-közeli ellátási forma, amely az általánosan igénybe vett ellátásokat (nem szakellátás) biztosítja. A lakóhelyen vagy annak közelében mindenki számára elérhetően vehető igénybe. Az alapellátás orvos és páciens hosszú távú személyes kapcsolatán alapul. Célja és feladatai egy adott közösség egészségét fejlesztő megelőző tevékenység, illetve az egyén egészségi állapotának figyelemmel kísérése, valamint egészségügyi felvilágosítása és nevelése, gyógykezelése, gondozása és rehabilitációja, szükség esetén a beteg otthonában történő ellátása, vagy megfelelő szakorvoshoz történő

irányítása. Az alapellátás hagyományosan praxisokra alapozott ellátási forma, de az utóbbi évtizedekben megjelentek a közösségi, az orvosi együttműködésre alapozott formái is. Az alapellátás nem azonos a háziorvosi ellátással, és egy betegnek (szakfeladatonként) több alapellátó orvosa/gonozója is lehet. Az alapellátás területei Magyarországon:

1. a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátás,
2. a fogorvosi alapellátás,
3. az alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátás,
4. a védőnői ellátás,
5. az iskola-egészségügyi ellátás.

Az alapellátás meghatározó ellátási formája a háziorvosi ellátás, amely területi alapon (körzet) szerveződik. Ez lehet gyermek (14 éven aluliak részére), felnőtt és vegyes körzet. A háziorvos végzi az alapszintű gyógyító-megelőző tevékenységet, gyűjti betegei összes egészségügyi ellátási adatát. A háziorvosi ellátást alapvetően a kötelező egészségbiztosítás finanszírozza, de a háziorvos egyéb, nem a társadalombiztosítás által finanszírozott orvos-szakértői feladatot is ellát, pl. láttelelet kiadása, orvosi szakvélemény adása jogosítványhoz stb. A háziorvos szabad megválasztása – a területi-elérhetőségi korlátok figyelembe mellett– alapvető jog.

Szakellátás: A szakellátás egyes betegcsoport ellátására specializálódott, szakorvos (specialista) által nyújtott egészségügyi ellátás, amely általában beutaló alapján vehető igénybe. A kezelőorvos a konkrét probléma megoldása érdekében meghatározott ideig végez diagnosztikus és/vagy terápiás tevékenységet. Típusai a járóbeteg- és a fekvőbeteg-ellátás.

A járóbeteg- ellátás egyszeri, illetve alkalmoszerű egészségügyi, valamint fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén folyamatos szakorvosi gondozást végez. A járóbeteg-szakellátás keretein belül végezhető kórházi ellátást kiváltó ellátások egynapos sebészet, nappali kórházi ellátás, otthoni szakápolás. A járóbeteg szakellátás általában rendelőintézetekben történik. Rendelőintézetnek nevezzük a szolgáltatót, ha legalább négy szakterületen nyújt egészségügyi szolgáltatást és a helyszínen radiológiai és klinikai laboratóriumi ellátást is biztosít.

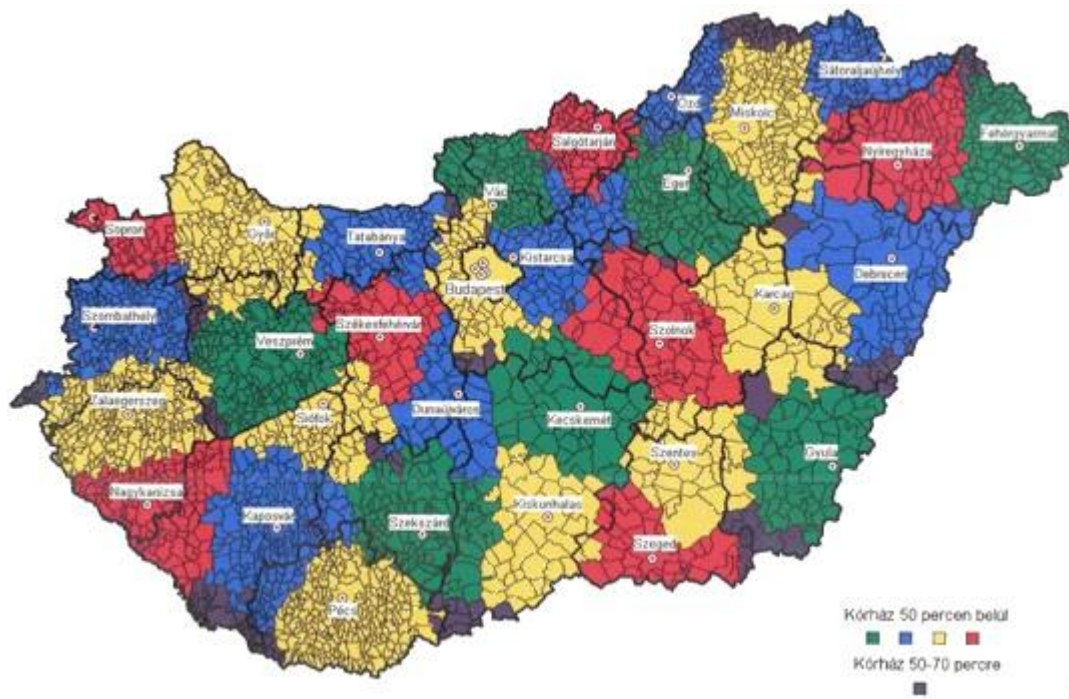
Létezik olyan szakorvosi ellátás is, amely nem fix telephelyen működik, hanem Mozgó Szakorvosi Szolgálat formájában a hozzá tartozó körzetet körforgásban bejárva látja el. Elsősorban az anya és csecsemővédelem területén terjedt el.

Fekvőbeteg-ellátás a betegnek fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi ellátása. Az ellátás jellege szerint lehet aktív és krónikus fekvőbeteg-ellátás.

Aktív fekvőbeteg-ellátásról akkor beszélünk, ha az ellátó tevékenység többnyire rövid időtartamú és előre tervezhető. Az ellátás célja az egészségi állapot mielőbbi helyreállítása, vagy ha ez nem lehetséges, akkor az állapot stabilizálása, a szövődmények kialakulásának megakadályozása. A hasonló célú krónikus fekvőbeteg-ellátás esetében az ellátás időtartama hosszú, illetve befejezése általában nem tervezhető.

Kórház: az ellátórendszer csúcán álló szolgáltató egység, amelyet a szakmai felügyelet elismert, ezért engedélyezett fekvőbeteg-ellátást nyújt és állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt működik. A törvény értelmében legalább belgyógyászattal, sebészettel és egy másik szakirányú tevékenységgel rendelkezik a progresszivitásnak megfelelően, emellett EKG, UH, radiológia valamint labor is működik az intézményben, és legalább 80 ágygal rendelkezik.

A kórházakat feladatkörük, az ott igénybe vehető szolgáltatások alapján csoportosíthatjuk. A kiemelt kórház besorolás országos feladatkörű speciális intézményt jelöl. A progresszivitás csúcán áll, egyes kiemelt fontosságú ellátási területen országos feladatkört lát el. A súlyponti kórház olyan, a progresszivitás magasabb szintjén álló intézmény, amely egy terület (zömmel 50 km-es sugarú kör) meghatározó jelentőségű fekvőbeteg-ellátást biztosítja, emellett folyamatos üzemű sürgősségi ellátást is nyújt. Eddig 39 ilyen intézmény működött, de a Semmelweis-terv alapján helyüket országosan nyolc térségi egységre épülő egészségügyi intézményrendszer veszi át, Budapesten három ilyen centrum lesz. (1. ábra.)



1. ábra: Az úgynevezett súlyponti kórházak elhelyezkedése (Budapesten 9 ilyen intézmény volt) (forrás: <http://www.logsped.hu/sulypontikorhaz.htm>)

A területi kórház a kórházi esetek nagy részét képező, egy adott térséghez kapcsolódó általános ellátást végez. Együttműködik a környező egészségügyi intézményekkel, így a kiemelt kórházakkal, valamint a területen dolgozó rendelőintézetekkel és házi orvosokkal.

A szakkórház a fekvőbeteg-ellátás körében egy egészségügyi szakmában és ahhoz szorosan kapcsolódó társszakmákban nyújt magas szintű (a progresszív ellátás 2. szintjén) teljes körű egészségügyi szolgáltatást, és rendelkezik a szükséges teljes diagnosztikai háttérrel is.

Az orvos- és egészségtudományi képzést folytató egyetemekhez kapcsolódnak a klinikai centrumok, amelyek a gyógyítás mellett biztosítják az egyetemi képzés gyakorlati oldalát.

Az Országos Intézet, Országos Gyógyintézet a minisztérium, vagy más államigazgatási szerv által fenntartott, országos hatáskörű intézmény. Két fő csoportja van: szakmai, metodikai központként működő intézmény, illetve országos gyógyintézetként működő intézetek pl. ORFI, OORI, OKI

A sajátos ellátást nyújtó szolgáltatások közül ki kell emelni a Sürgősségi Betegellátó Osztályt, amely egy intézmény, főként kórház olyan, nem konkrét szakmához kötődő szervezeti egysége, amely azokat az eseteket látja el, amelyekben valamilyen azonnali beavatkozást igénylő állapot lép föl. Általában a keringést, légzést, agyműködést, máj- és vesefunkciót veszélyeztető állapotok ellátására szervezik.

Ápolási osztály vagy intézet a fekvőbeteg-ellátást sajátos egysége. Ápolási szolgáltatást nyújt azok számára, akiknek folyamatos ápolásra van szükségük, de rendszeres orvosi ellátásra már nem szorulnak. Az otthoni (házi) szakápolást a kezelőorvos rendeli el és szakképzett ápoló végzi. Célja, hogy a beteg otthoni környezetben, személyre szabottan, humánus és szakszerű ápolásban részesüljön.

Hospice (palliatív) ellátás a gyógyíthatatlan - elsősorban végső stádiumú daganatos - megbetegedésben szenvedő betegek fájdalmainak és egyéb kínzó tüneteinek megszüntetésére vagy csökkentésére irányul. Komplex ellátás, amely a betegek életminőségének javításán túl a családtagok, gyászolók támogatását segítését is felvállalja.

Az ügyelet célja, alapvető feladat: a sürgős ellátást igénylő panaszokkal jelentkező betegek ellátása. Az ügyeleti rendszer a napi munkarenden kívül bekövetkező sürgősségi esetekben az egészségügyi ellátás folyamatosságát biztosítja. Az alapellátási ügyelet keretében házi orvosi, házi gyermekorvosi, illetve fogorvosi ellátás történik

A rehabilitáció olyan egészségügyi ellátások összessége, amelyek célja a betegség miatt kialakult funkcióvesztés (mozgáskorlátozottság, beszédzavar, csökkent szívteljesítmény, meddőség, stb.) helyreállítása vagy pótlása. De irányulhat kompenzáló új képességek kifejlesztésére (habilitáció) is. Lehet a gyógyítás-gyógyulás szakaszába épített aktív rehabilitáció, illetve a beteg elbocsátását követő késői rehabilitáció. Az orvosi rehabilitáció szerves része a fizioterápia, a sportterápia, a logopédia, a pszichológiai ellátás, a foglalkoztatás-terápia, valamint a gyógyászati segédeszköz-ellátás és ezek használatának betanítása is.

Érdemes megismerni néhány, a betegellátással, a szolgáltatások minőségével és a hozzáféréssel kapcsolatos fogalmat is.

A progresszív ellátás elve az egészségügyi ellátás hierarchikusan egymásra épülő, feladatmegosztáson alapuló, piramisszerűen szervezett, az ellátás során kötelező kapcsolat- és szabályrendszerét jelenti.

A programozott betegellátás során a betegek a szolgáltatás igénybevételére előre bejelentkeznek, időpontot egyeztetnek. A programozott ellátás hazánkban csak a házi orvosoknál kötelező, ennek megfelelően a rendelési idejük egy részében csak az előre bejelentkezett betegeket fogadják. Természetesen a sürgős eseteket ez idő alatt is azonnal ellátják. Sok szakember szerint a programozott betegellátás kiterjesztése hasznos lenne a diagnosztikus ellátás és a szakrendelések esetében is.

A várólista az egészségügyi ellátás lassan már törvényszerű velejárója. A központi várólista a nagy költségű ellátások igénybevételére váró betegek jegyzéke, ide tartozik a transzplantációs várólista is. Az intézményi várólista az adott kórház betegellátási sorrendjét határozza meg. A várakozás hosszának csökkentése valamennyi egészségügyi reform céljai közt szerepelt. Az adott szolgáltatáshoz, intézményhez kapcsolódó várólistáról a beteg az interneten is tájékozódhat.

A betegút (patient path) a finanszírozó vagy a tulajdonos által kialakított ellátás-szervezési megoldás, amely meghatározza, hogy egyes betegségek esetén a beteg milyen láncon keresztül, mely szolgáltatóknál veheti igénybe az ellátást. Az általános betegutak: házi orvos → szakambulancia → centrum vagy házi orvos → területi kórház.



6. animáció: Szakmai- és érdekképviselet

http://www.oep.hu/portal/page?_pageid=35,34868&_dad=portal&_schema=PORTAL

http://www.imeonline.hu/pdf/aktualis/2012_szeptember/4.pdf

<https://hirkozpont.magyarorszag.hu/hatteranyagok/semmelweisterv.pdf>

7.2. Az egészségügyi ellátórendszer regionális különbségei

Az ellátórendszer jellemzői után érdemes megvizsgálni az ellátórendszer kiépítettségét, területi sajátosságait. Az 1. táblázat az ellátórendszer humán és intézményi adottságainak néhány fontosabb adatát, illetve azok változását mutatja be.

1. táblázat: Az egészségügyi ellátás néhány jellemzőjének alakulása 1990-210

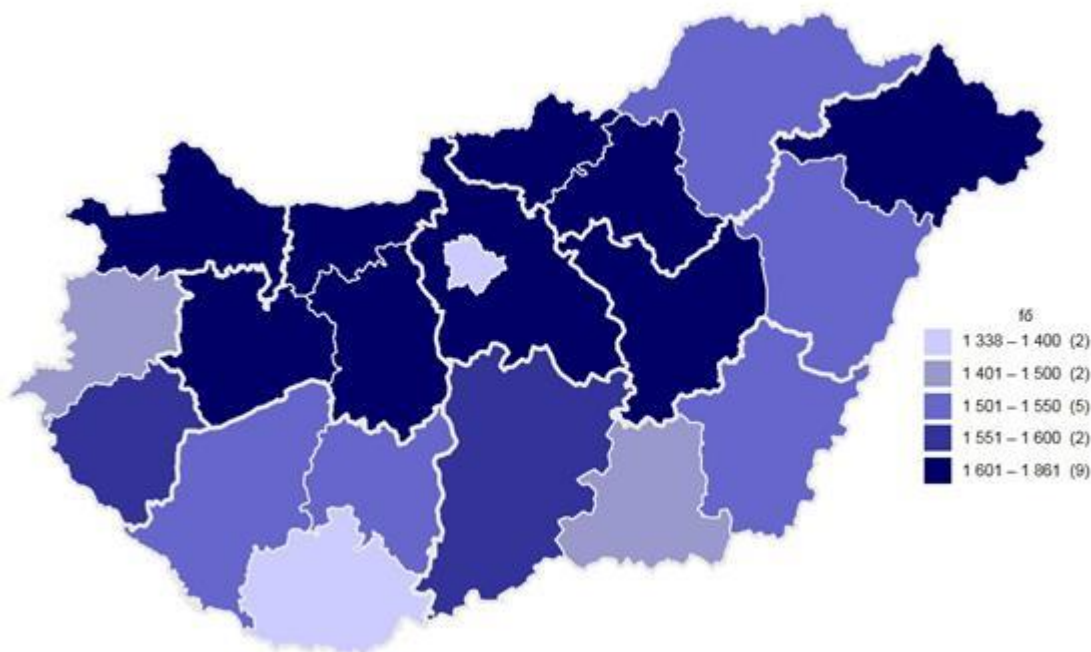
Év	A házi orvosok, házi gyermek-orvosok száma	Egy házi orvosra, házi gyermek-orvosra jutó lakos	A működő kórházi ágyak száma	Tízezer lakosra jutó működő kórházi ágy	A gyógyszer-tárak száma
1990	5 864	1 769	101 954	98,3	1 479
1995	6 538	1 579	92 603	89,7	2 024
2000	6 729	1 516	83 430	81,8	2 045

2005	6 589	1 529	79 605	79,0	2 070
2010	6 451	1 548	71 216	71,3	2 541

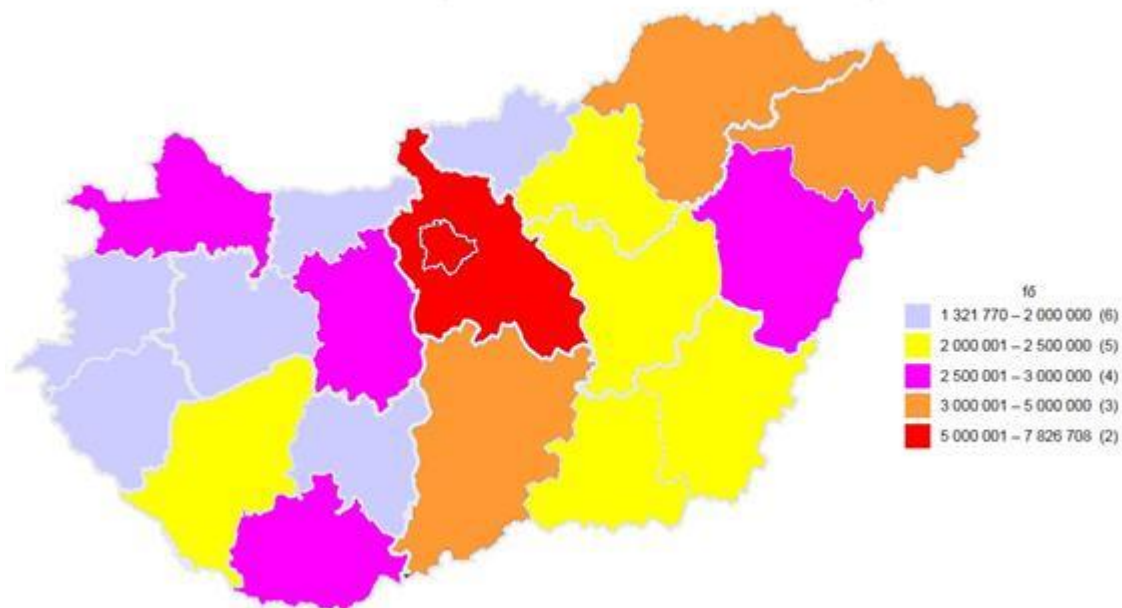
Adatok forrása: KSH

Az adatok alapján megállapítható, hogy a házi orvosok száma a kezdeti növekedés után lassú csökkenésnek indult. A nagyobb városoktól távolabbi területeken, különösen a hátrányos helyzetű térségekben jelent problémát napjainkban a megüresedett praxisok betöltése. A házi orvosi ellátás másik problémája az orvosok egyre növekvő átlag életkora. Az elmúlt 20 év egészségügyi reformjainak egyik látványos következménye a kórházi ágyak számának csökkenése. Az elmúlt 20 évben mintegy 30%-kal csökkent a működő kórházi ágyak száma, amely azonban nem járt együtt az egészségügyi rendszer finanszírozási problémáinak megoldásával, a rendszer hatékonyabb működésével. Jelentősen mintegy 70%-kal nőtt viszont a gyógyszerárak száma a rendszerváltás óta eltelt időszakban.

Érdeemes megvizsgálni az ellátás, az ellátórendszer területi különbségeit is. Az egy házi orvosra, illetve házi gyermekorvosra jutó lakos alapján, megyei szinten a fővárosban és Baranya megyében találjuk a legalacsonyabb értéket. (2. ábra) A különbségekről többet elárulnak a kistérségi bontású adatok, ezek alapján 2000 főt is meghaladó lakosságszám tartozik pl. az észak-pest megyei kistérségek körzetéhez. A legnagyobb lakosságszám az észak-magyarországi Abaúj-hegyközi kistérségben található 2344 fő. A legalacsonyabb (Óriszentpéteri kistérség) 920 fős adatának ez több mint a 2,5 szerese.



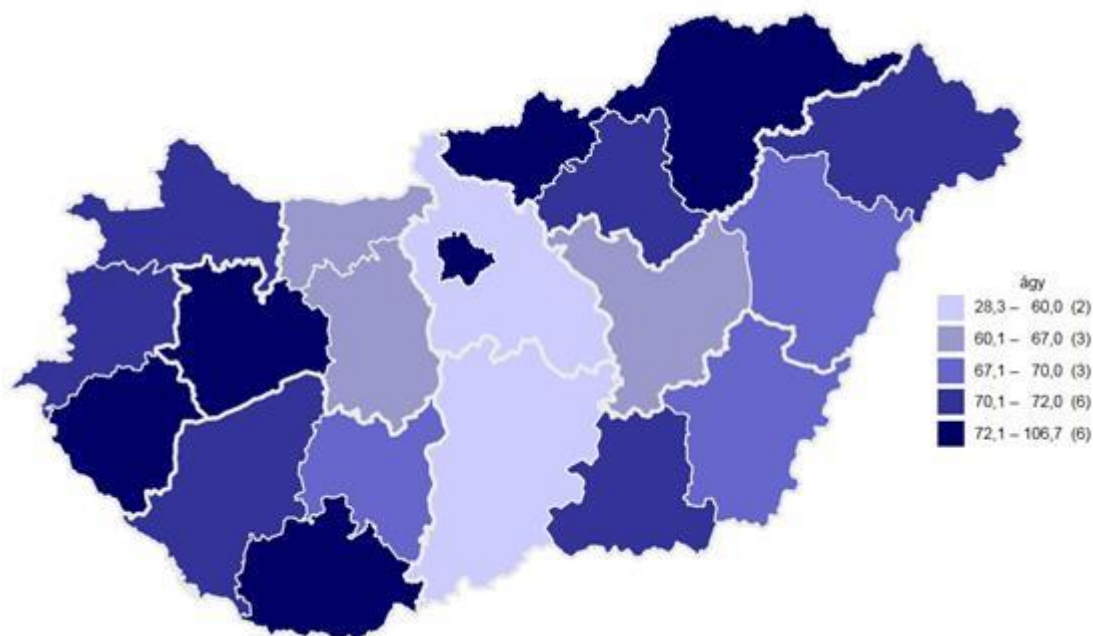
2. ábra: Egy házi orvosra, illetve házi gyermekorvosra jutó lakos megyék szerint (2010) (forrás KSH)



3. ábra: A házi orvosok betegforgalma megyei bontásban (2010) (forrás KSH)

Teljesen eltérő képet kapunk, ha a házi orvosok betegforgalmát vizsgáljuk meg. (3. ábra). Ebből a szempontból a főváros kiemelkedik, hiszen az itteni orvosok betegforgalma meghaladja a 7,5 milliót (7 826 708 fő). Ennek természetesen oka a nagyobb lélekszám, de vélhetően hozzájárul az adathoz a főváros előregedő korszerkezete is. Ebből a szempontból a különbség mintegy hatszoros a kistérségek között.

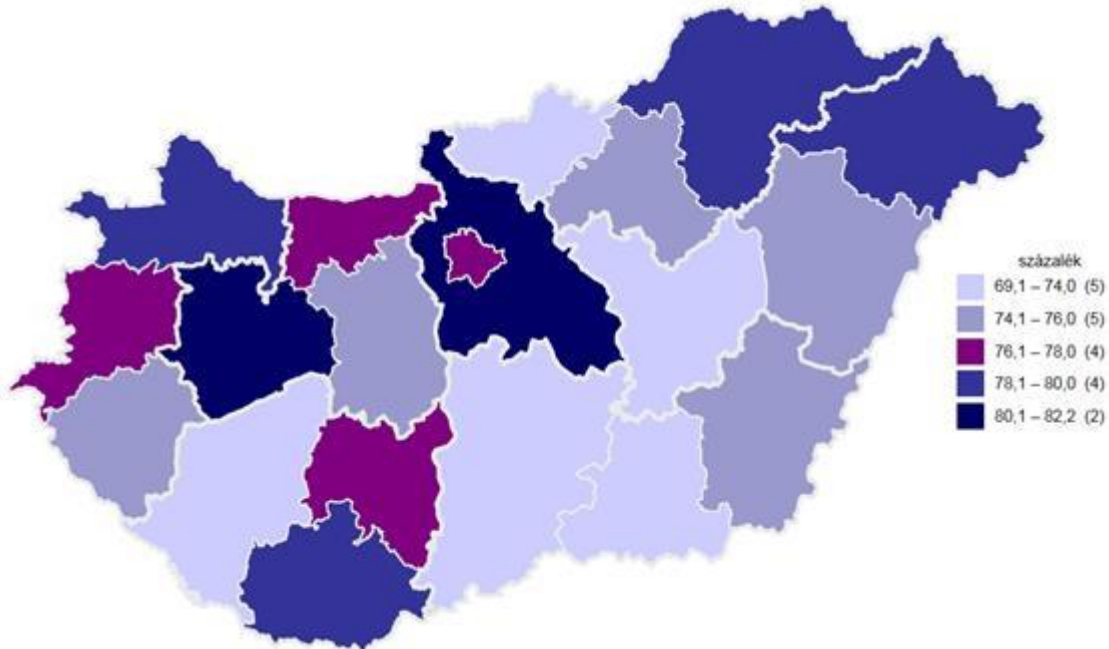
Az ellátás fontos eleme a kórházi ellátás, amelynek mérőszáma az egységnyi lakosság-számhoz viszonyított kórházi ágyak száma. Ezt mutatja be megyei bontásban a 4. ábra.



4. ábra: A működő kórházi ágyak 10 000 lakosra vetítve megyei bontásban (2010) (forrás KSH)

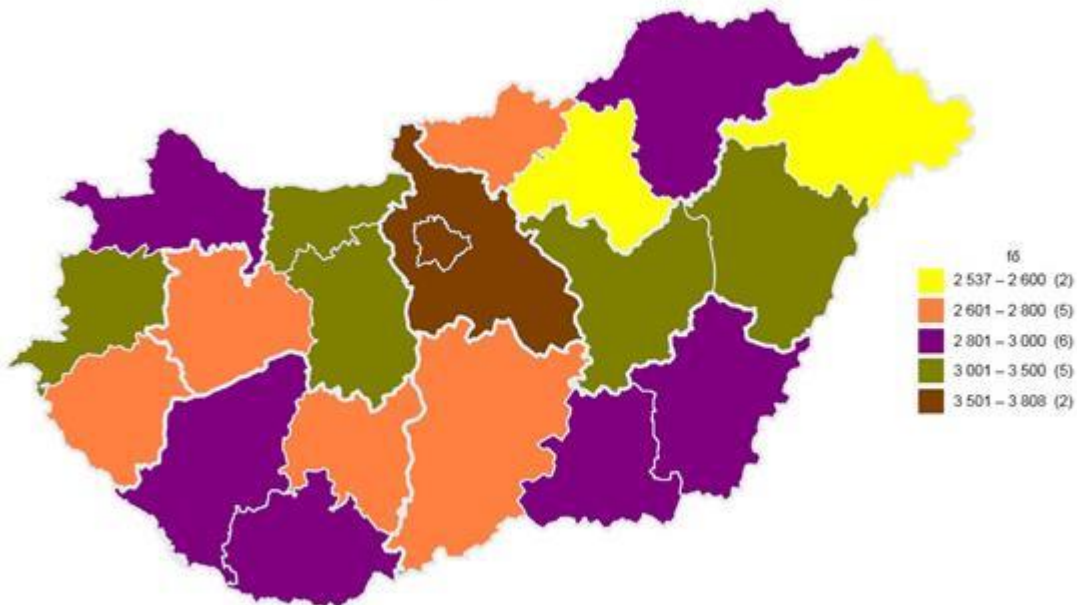
A kórházi ágyak száma esetében két érdekes megfigyelés, az egyik Pest megye és a főváros kapcsolata, amely a részletesebb adatok alapján azt igazolja, hogy a főváros meghatározó egészségügyi szolgáltató a vonzáskörzetében. A másik érdekességet csak kistérségi bontásban figyelhetjük meg. Ez Hévíz és környéke. Az önálló Hévízi kistérségben 265 ágy jut 10 000 lakosra, ha már a Keszthely–Hévízi kistérséget nézzük, akkor ez a

szám csupán 69. Ha a kihasználtságot vetjük össze, akkor Hévíz átlag feletti, 96%-os kihasználtsággal rendelkezik, míg a másik csak 74%-kal. Ez az adat Hévíz sajátos egészségügyi központ szerepét támasztja alá. A kórházi ágyak kihasználtságával kapcsolatban elmondható, hogy a vidéki kisebb területi kórházak (kistérségi, illetve járási székhelyek kórházai) ágykihasználtsága jóval magasabb, mint a nagyobb központokban lévők. Ezen a szinten kapacitáshiány is megfigyelhető pl. Szarvas, Tiszafüred térsége. A kórházi ágyak kihasználtságáról az. 5. ábra tájékoztat.



5. ábra: Ágykihasználási százalék megyei bontásban (2010) (forrás KSH)

Ugyancsak az ellátórendszer színvonalát tükrözi a gyógyszerészeti hálózat kiépítettsége. Az egy gyógyszerészre jutó lakos számáról a 6. ábra tájékoztat.



6. ábra: Az egy gyógyszerészre jutó lakosok száma megyei bontásban (2010) (forrás KSH)

A gyógyszerári ellátottságot illetően viszonylag egyenletes területi lefedettséggel találkozunk, a különbségek inkább a helyi sajátosságokból adódnak. A legjobb ellátottsággal a Balatonfüredi, a legrosszabbal a Vasvári kistérség rendelkezik. Az egy gyógyszerárra jutó lakosok száma alapján két terület rajzolódik ki, ahol az átlagosnál jóval magasabb az egy gyógyszerárra jutó lakosok száma: a fővárost övező kistérségek és Debrecen környéke.

7.3. Összefoglalás

A hazai egészségügyi rendszer jellemzője az osztott feladatellátás és felelősség az állam, az önkormányzatok és az Egészségbiztosítás között. Az ellátórendszerünk a háziorvosra épülő alapvetően kétszintű rendszer. Tulajdonviszonyára az állami és az önkormányzati tulajdon túlsúlya jellemző. Az egészségügy finanszírozása dualisztikus: a beruházás, a fenntartás költségei a tulajdonost terhelik, a szakmai működési költségeket az Egészségbiztosítási Pénztár fedezi.

7.4. Ellenőrző kérdések

1. Mivel igazolható a hazai egészségügyi rendszer duális jellege?
2. Mi jellemzi az alapellátást?
3. Mi jellemzi a szak- és a kórházi ellátást?
4. Milyen területi sajátosságok figyelhetők meg az ellátórendszerben?

7.5. Tesztfeladatok

Az A oszlopban egy-egy megállapítás első felét a B oszlopban a lehetséges folytatását olvashatja. Kapcsolja össze a megfelelő mondatrészeket, és írja a megfelelő folytatás betűjelét a mondat elő fele után a vonalra! Nincs minden mondatkezdetnek párja.

	A		B
1.	A gyógyszerári ellátottságra	a)	a főváros túlsúlya jellemző.
2.	A területi kórházak ágyainak kihasználtságára	b)	a csökkenés jellemző.
3.	A háziorvosok betegforgalmában a	c)	viszonylagos területi egyenletesség jellemző.
4.	A gyógyszerárak számának változására az elmúlt 20 évben	d)	az átlagosnál nagyobb arány jellemző.
5.	A működő kórházi ágyak számára az elmúlt 20 évben		

Megoldás: 1. c, 2. d, 3. a, 4 -, 5. b

8. 7. Környezet-egészségtan

Célkitűzés:

A téma feldolgozásának célja a legfontosabb környezet-egészségügyi mutatók megismertetése, a környezetminőség és az egészségi állapot közötti kapcsolat bemutatása. Annak felismertetése, hogy a környezet szennyezése napjainkra a társadalmak jövőjét is veszélyeztető egészségügyi tényezővé vált. Célja továbbá, hogy felhívja a figyelmet a társadalom és az egyén felelősségére az egészséges környezet megőrzésében, illetve helyreállításában.

Tartalom:

1. Környezet-egészségügyi mutatók
2. A környezet-egészségügy magyarországi vonatkozásai

8.1. 1. Környezet-egészségügyi mutatók

8.1.1. 1. Szennyezettségi határérték

A szennyezettségi (immissziós) határértékek a lakosságot, a környezetet érő terhelésre vonatkoznak. A szennyezettség mértékét a kibocsátóktól távol elhelyezett háttérszennyezést mérő állomásokon ellenőrzik. A mérés célja a lakosság veszélyhelyzettől történő megóvása. A szennyezettség mértéke alapján megkülönböztetnek egészségügyi, tájékoztatási és riasztási határértékeket. A szennyezettségi határértékeket Magyarországon a 14/2001.(V.9.) és a PM10-es kiegészítést tartalmazó 25/2008. (X.17.) Köm-EüM-FVM együttes rendeletek szabályozzák.

8.1.2. 2. Egészségügyi határérték

Az adott szennyező gáznak (anyag) az a maximális koncentrációja, amely az emberi egészségre sem rövid, sem hosszú távon nem fejt ki káros, vagy kellemetlen hatást. Megállapításuk orvosi kutatásokon alapul.

A hazai jogszabályokban az egészségügyi határérték területileg, ill. időben is differenciált. Az emberi szervezet rövid ideig nagyobb szennyezést képes elviselni, mint hosszabb időn át, ezért az éves egészségügyi határérték alacsonyabb, mint a 24 órás. A területi eltéréseket pedig az indokolja, hogy az ember ipari területeken általában csak a munkaidejét tölti, míg a lakóhelyén hosszabb ideig tartózkodik. Ezért az utóbbira (lakótelepek, családi házas övezetek) szigorúbb határérték vonatkozik (védett I. terület), mint az előbbire (védett II. terület). A legalacsonyabb határérték a kiemelten védett területekre (pl. kórházak, természetvédelmi területek) érvényes.⁷

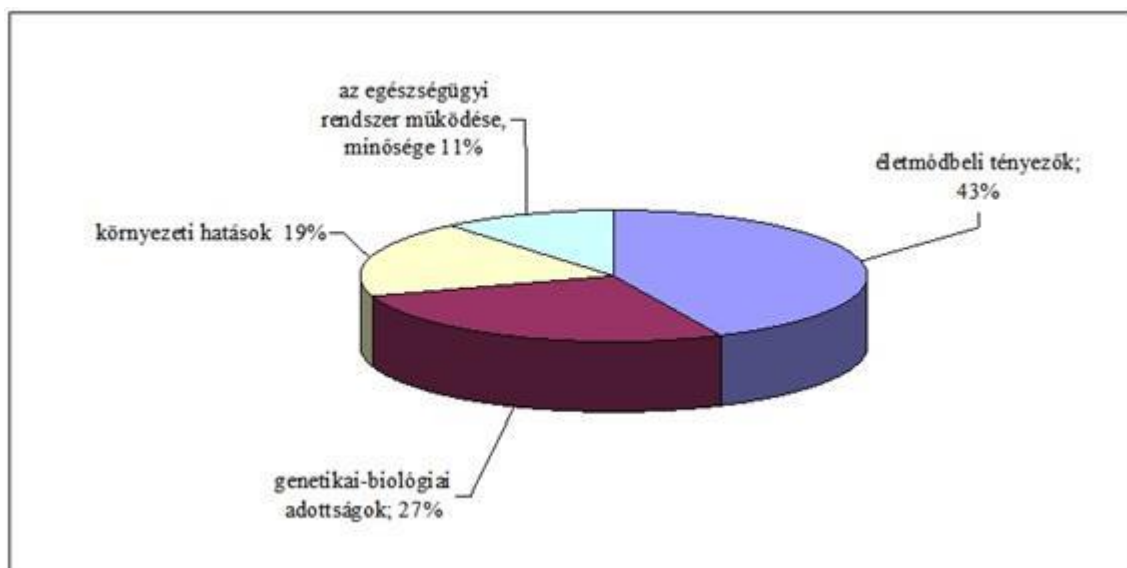
8.1.3. 3. Tájékoztatási és riasztási határérték

Ezek elsősorban jogi fogalmak, olyan koncentrációkat jelölnek meg, amelyeknél megfelelő védelmi lépéseket kell fogantatosítani. A tájékoztatási határérték elérésekor az érintett lakosságot a média útján tájékoztatni kell. Ezt a határértéket annál a koncentrációnál jelöli meg, amelyik az érzékeny csoportok (gyerekek, idősök, légzőszervi vagy keringési betegségben szenvedők, kismamák) számára az egészségkárosodás közvetlen veszélyét jelenti. A riasztási határérték elérésekor azonnali korlátozó intézkedéseket kell bevezetni a légszennyezettség csökkentése érdekében. Ez a koncentráció már a teljes lakosság számára az egészségkárosodás közvetlen veszélyét jelenti.

8.2. A környezet-egészségügy magyarországi vonatkozásai

A környezet minőségének egészségre gyakorolt hatását számos kutatás bizonyította. Ezt igazolja is, ha megvizsgáljuk a betegségek kialakulásában szerepet játszó meghatározó jelentőségű tényezőket. (1. ábra)

⁷ Dr. Kerényi Attila: Környezettan - Természet és társadalom - globális szempontból Mezőgazda, 2003



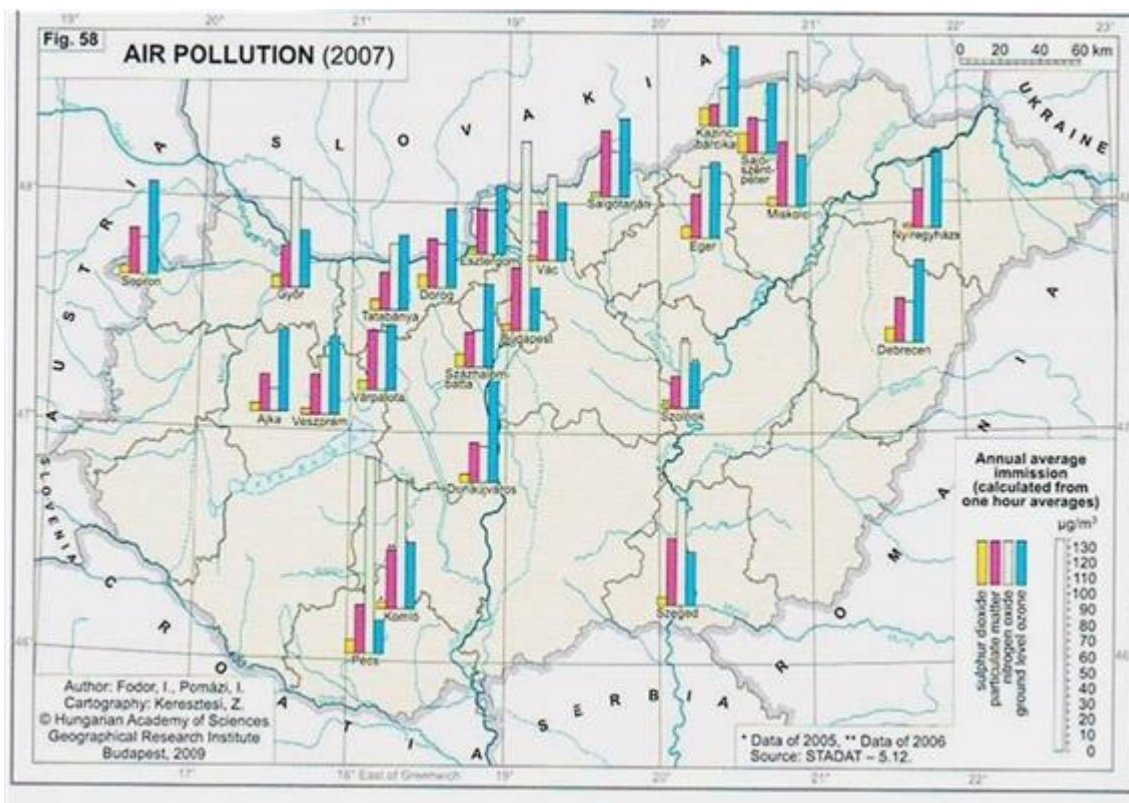
1. ábra: Az egyes tényezők szerepe az egészségi állapot meghatározásában (Forrás: Kökény M – Dura Gy, 2002)

Az ábra alapján megállapítható, hogy az egészségi állapot alakulásában jelentős szerepe van a környezeti tényezőknek, amelyek között alapvető jelentőségű a környezet fizikai állapota (levegő-, víz-és talajminőség, illetve az ezekkel kapcsolatos ételminőség). Különösen fontos a környezeti tényezők szerepe akkor, ha figyelembe vesszük, hogy az egészségi állapotot meghatározó tényezők mellett háttértényezők (befolyásoló tényezők) is szerepet játszanak egy adott betegség adott körülmények közötti kialakulásában. Ezek között is jelentős szerepe lehet a környezet minőségének (pl. a londoni 1952- es szmog idején fellépő légszűrési és asztmatikus betegségek kialakulása). A rizikótényezők, amelyek a betegségre hajlamosító, illetve azt fenntartó nem közvetlen hatású, másodlagos faktorok, közöttük ugyancsak megjelennek a környezeti tényezők, pl. a szennyezett levegőjű belvárosi lakosok körében gyakoribbak a felső légúti megbetegedések.

Az 1994-ben Helsinkiben megrendezett Második Környezet és Egészség Miniszteriális Konferencián a WHO európai régiójának miniszterei elfogadták azt a javaslatot, amely alapján minden ország számára azt javasolták, hogy készítsék el saját környezet-egészségügyi programjukat. Ennek kapcsán 1996-ban hazánkban is megkezdtek a Nemzeti Környezet-egészségügyi Akcióprogram (NEKAP) kidolgozását. A program fő célja az egészséget támogató környezet kialakításának elősegítése, a legfőbb környezet-egészségügyi problémák áttekintése, illetve a nemzetközi együttműködés elősegítése. A program része volt a magyar lakosság egészségi állapotának felmérése és a pontos környezetszennyezési adatok megismerése.

A levegőben mérhető légszennyezőanyag-koncentrációt (az imisszió során a légkörbe került és ott elnyelődött szennyeződést) 2002-óta a Környezetvédelmi Felügyelőségek (KTVF) regisztrálják a korábban létrejött Országos Imissziómérő Hálózat segítségével. Ezek a mérőállomások mérik a levegő kén-dioxid, szén-monoxid, nitrogén-dioxid, ózon és szállópor koncentrációját. A levegőminőség jellemzésére három minőségi kategóriát különböztettek meg: szennyezett levegőjű település, mérsékelten szennyezett levegőjű település és megfelelő levegőminőségű település.

A levegőminőség szempontjából a főváros, illetve a nagyobb vidéki városok, valamint a jelentősebb ipari tevékenységgel rendelkező települések helyzete a legkedvezőtlenebb. Az 1990-ig összefüggő, nagy szennyezett területet jelentő ipari tengely (a középhegységek elő észak-kelet- dél-nyugati előtere) mára felszakadozott és több önálló szennyezett régióra oszlik pl.: Miskolc, Kazincbarcika, Sajószentpéter, Tiszaujváros, illetve a Dunántúli-középhegység előterének városai. (2. ábra)



2. ábra: A levegőszennyezettség területi különbségei hazánkban 2007. (Forrás: Kocsis K. – Schweitzer F. szerk.: Hungary in Maps MTA-FKI 2009)

A kén-dioxid kibocsátása 1964 óta folyamatosan csökken hazánkban, bár még mindig 1,6-szer magasabb, mint a többi OECD országban. A csökkenés oka a széntüzelés visszaszorulása és a nehézipari termelésnek a rendszerváltást köveztő drasztikus visszaesése. A kén-dioxid egészségkárosító hatása: izgatja a nyálkahártyát és a légutakat, sőt ezek gyulladását is okozhatja. De ismert az idegvégződéseket irritáló hatása is. Sőt a kutatások szerint a fogszuvasodás kialakulására is hatással lehet.

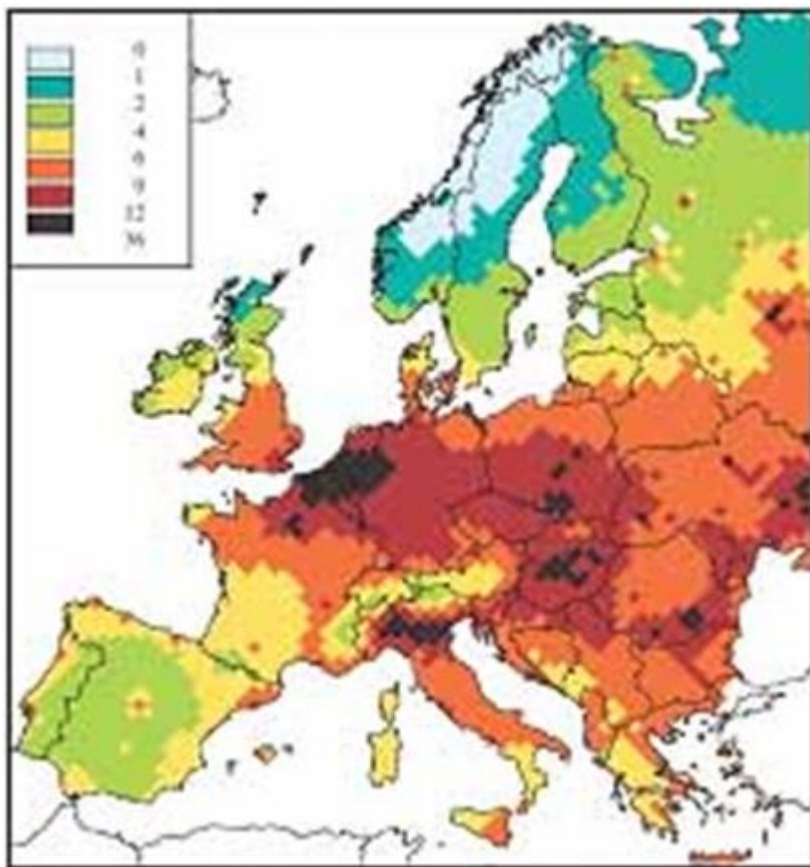
A kén-dioxid kibocsátással szemben a nitrogén-oxidok imissziója az 1990-es évek elejétől folyamatosan nő. Ennek oka egyértelműen a mind nagyobb mértékű motorizáció. A nitrogén-oxidok egészségügyi szempontból is agresszív szennyezők. A légúti nyálkahártyán megkötődve salétrom-, illetve salétromos savvá alakulnak. Ez erősen károsítja a légutakat, meggátolja a csillós hámsejtek csilló-mozgását, illetve a macrophagok működését. Károsítja a tüdőszövetet, és akár tüdővérzést is okozhat. Vezethet még oedemás és akut gyulladáshoz.

A szén-monoxid terhelés 1990 óta folyamatosan csökken. Ennek oka a fűtőkorszerűsítés, a közlekedés technológiai fejlődése. Élettani hatása: a szén-monoxid gátolja a vér (haemoglobin) oxigénszállítást és leadását. A heveny mérgezés jellemző tünetei a hányás, a fejfájás, a nehézlégzés. A hosszantartó kis dózisú expozíció az idegrendszer működésének zavarát, az alapanyagcsere gyorsulását és a vércukorszint emelkedését is okozhatja. Az idült mérgezés tünetei a hányás, fejfájás, álmatlanság, parkinsonizmus és pszichózis is lehetnek.

A metán kibocsátás 1990 és 1996 között alig változott, de az utóbbi tíz évben enyhe csökkenést mutat. Fő szennyező források: mezőgazdaság, vízgazdálkodás-szennyvízkezelés. A metángáz hozzájárul az üvegházhatás fokozódásához.

A nehézfém kibocsátás az ólommentes üzemanyagok elterjedésével jelentősen csökkent. A levegőbe kerülő ólom 70%-a továbbra is a közlekedésből származik. Emellett az ólomtartalmú festékek, az ólommal szennyezett por, víz, játékok, kozmetikumok és talaj az ólommérgezés legfőbb forrásai. A 6 év alatti gyermekek különösen érzékenyek az ólom mennyiségére, a mérgezés súlyos szellemi és fejlődésbeli károsodást, illetve csontképződési zavart okozhat náluk. Előfordulhat az ún. ólomszegély kialakulása is a fogínyen. Az ólomszennyezés károsítja a veséket és akár agykárosodáshoz is vezethet. A felnőtteknél főleg a vérkép megváltozását idézi elő, kialakulhat a vörösvérsejt indukálta vérszegénység (haemolyticus anemia). Emellett súlyos emésztőszervrendszeri és idegrendszeri károsodás léphet fel.

A levegőben lévő ülepedő és szálló por mennyisége területenként jelentősen eltérő. Hazánk levegőjének porszennyezettségét európai kitekintésben a 3. ábra szemlélteti.



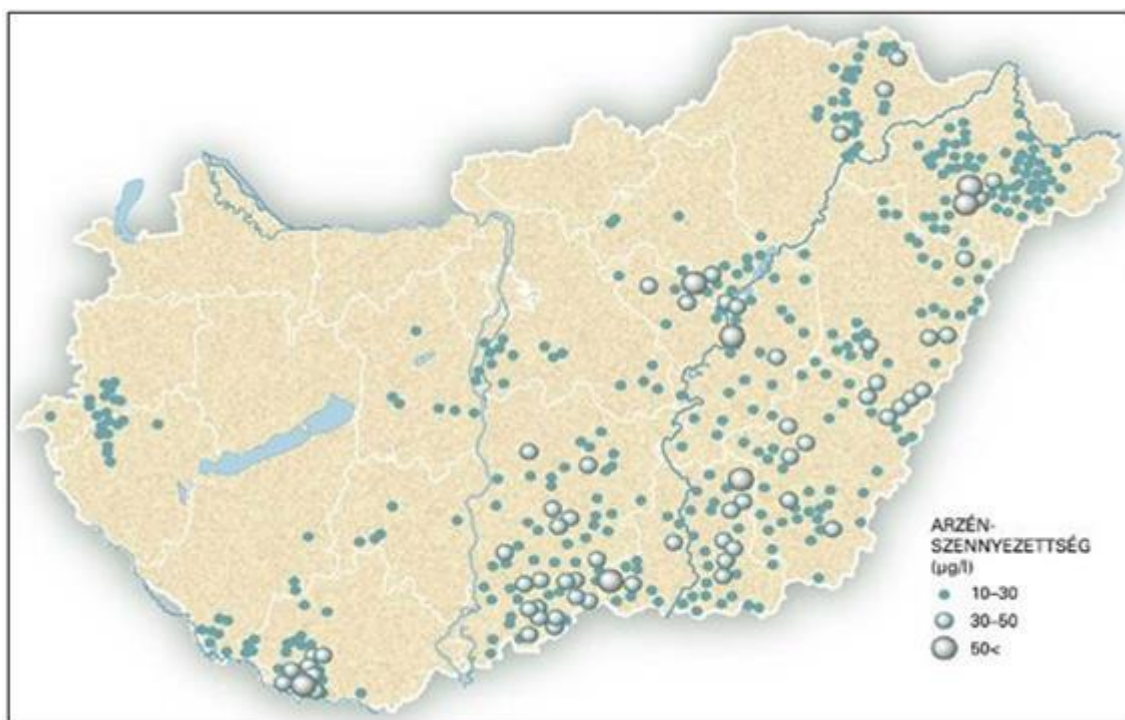
3. ábra. A szállópor szennyezés okozta a várható élettartam csökkenés (hónapokban 0-tól 36) Európában 2000-ben. (Forrás: Impact Assessment of the Thematic Strategy on Air Pollution, SEC Report 1133, 2005.)

Hazánkban a legszennyezettebb területek, pl. Budapest, a győri és pécsi agglomeráció, illetve Beremend, Lábtalan, Vác környéke. A levegő szennyezettsége fontos szerepet játszik a különböző légzőszervi megbetegedések kialakulásában és fenntartásában (krónikus bronchitis, asztma), emellett jelentős rizikófaktora a rosszindulatú daganatok megjelenésének.

Az ózon réteg elvékonyodására (valójában az ózonkoncentráció csökkenésére) az 1970-es évektől figyeltek fel. A földi élet szempontjából fontos ózonréteget elsősorban a halogénezett szénhidrogének, az ún. CFC-gázok veszélyeztetik. Ezek főleg a szórópalackok vivőgázaiból, a hűtőfolyadékokból, illetve ipari tevékenység hatására kerültek a légkörbe. A magaslégkörbe jutó halogénezett szénhidrogének molekulái az UV sugárzás hatására felbomlanak, és belőlük klór-, illetve fluor-atomok szabadulnak fel, amelyek elbontják az ózon molekulákat, így megbomlik az ózonréteg egyensúlya. Bár a nemzetközi összefogásnak köszönhetően csökken a károsanyag-kibocsátás, és megállt az „ózon lyuk” növekedése, ennek mérete 2000-ben így is elérte a 11,4 millió négyzetmérföldet. Az ózonréteg elvékonyodása következtében egyre több káros UVB sugárzás éri az embert. Ez gyengíti az immunrendszer működését, és hatására megnő a bőrrákos megbetegedések aránya. A bőrrák főleg a világos bőrű és idősebb korú embereket veszélyezteti. Az UNEP adatai alapján a sztratoszféra ózontartalmának tartós, 1%-os csökkenése a bőrrák előfordulásának 2%-os növekedését eredményezi. Emellett nő a szemkárosodás, a szürke hályog kialakulásának, veszélye. Amíg a magasban az ózon ritkulása jelent veszélyt, addig a földfelszín közelében a légkör ózontartalmának növekedése okoz gondot. A felszín közeli ózonkoncentráció növekedéséért alapvetően a gépkocsi-közlekedés a felelős. A megnövekedett szennyezőanyag-kibocsátáson kívül bizonyos időjárási helyzetek kialakulása is hozzájárul a magas ózonkoncentrációhoz. Ilyen hazánkban a Kárpát-medence időjárását alakító anticiklonális hatás, amely nyáron tartósan száraz, napos, meleg és szélszáraz időjárást eredményez. Az egymást erősítő hatás az ún. fotokémiai szmog kialakulásához vezethet. A túlzott ózonkoncentráció és a szmog más összetevői súlyos szem- és nyálkahártya irritációhoz, gyulladáshoz, asztmához, és komoly tüdőkárosodáshoz vezethetnek.

A légköri szennyezés mellett beszélnünk kell a vízszennyezés következményeiről is. Vizeink minőségének megóvása egyre nehezebb feladat. Ezt támasztja alá az a tény is, hogy hazánk teljes megújuló vízkészletének 95%-a a határon túlról érkezik, és az ottani vízgyűjtő területeken gyakoriak a szennyeződések. Emellett a hazai gazdasági tevékenység (ipar, mezőgazdaság, kommunális tényezők) szintén hozzájárul a felszíni és felszín alatti vizek elszennyeződéséhez. Vizeinket elsősorban nehézfém, műtrágya illetve peszticid szennyeződések veszélyeztetik. Hazánk felszíni vizeinek minősítése alapján a vizek szennyezettségi szintje szerint 5 szintet különböztetünk meg. Legszenyettebb folyóink a Hernád, a Sajó és az Által-ér. A Duna és a Tisza közepesen szennyezett.

Vizsgálatok derítettek fényt a vízkeménység élettani hatásaira. A keményebb víz kedvező egészségügyi hatás ma már orvosilag bizonyított. A víz keménységének egyik okozója a kalcium rendkívül fontos a csontok, illetve a fogazat épségének megőrzésében, és nélkülözhetetlen a vér normális alvadásához. A keménység másik összetevője a magnézium az idegrendszer és az izomzat működésében játszik fontos szerepet. Ha szervezetünkben hiányzik, fáradékonyságot érzünk, és teljesítményünk csökken. Emellett a magnézium hiánya az artériák szűkülését és szívinfarktus kialakulását segíti elő. Nem véletlen, hogy ott, ahol az emberek keményebb vizet isznak, az érrendszeri megbetegedések és a szívinfarktus előfordulása is kisebb. A víz lágyulásával összefüggésben egyre nő az esélye a magas vérnyomás és a szív koszorúér megbetegedések kockázatának, valamint a velőcső-záródási betegségek kialakulásának. Fontos még a víz fluor tartalma is. Tudjuk, hogy a fluor hiánya fogszuvasodáshoz és a fogzománc foltos elváltozásához vezethet. Magyarországon a lakosság közel 98%-a fogyaszt alacsony fluor tartalmú vizet, így ezzel is magyarázható, hogy hazánkban igen magas a szuvas fogú emberek száma. A világon egyre több helyen számolnak be a víz arzén koncentrációjának természetes növekedéséről, pl.: USA, Németország, de ez hazánkban is megfigyelhető. (4. ábra) Az arzén igen káros a szervezetre. Előidézhet bőrrákot, de a tápcsatornába, tüdőbe, májba felszívódva ezeknek a szerveknek a daganatos elváltozását is előidézheti. Emellett növeli a halvaszületés veszélyét is.



4. ábra: A hazai ivóvizek arzénszennyezettsége. Forrás: <http://www.muszakiforum.hu/cikk/53283/arzenes-ivoviz-kapcsolat-a-cukorbetegseggel?wa=egri0818h>

A talaj a földkéreg legfelső, laza, termékeny rétege. Állapota, szennyezettsége a mezőgazdaságon, az élelmiszereken, ivóvízen keresztül közvetlenül hat a lakosság egészségi állapotának alakulására. Közvetett hatása ellenére igen fontos, meghatározó jelentőségű tényező. Hazánk területének ivóvizei és taljai geológiai adottságunk következtében jórészt szegények, így az itt termesztett növények jó tartalma is alacsony. Gyakorlatilag Szolnok és Békés megye egyes területeinek kivételével valamennyi tájunk jóhiányos. Az alacsony jó bevétel a pajzsmirigy működésének zavarát okozza, ami a pajzsmirigy golyvás megbetegedéséhez vezethet.

Egészségügyi szempontból nagyon fontos a szilárd hulladék, valamint a veszélyes hulladék megfelelő kezelése. A hulladékból a talajba került és a talajban felhalmozódott szennyezőanyagok (pl. higany, kadmium) a táplálékláncba kerülve magát az embert is veszélyeztetik. A talaj szennyeződése a felszín alatti vizeket is veszélyezteti, amely az ivóvízbázis károsodásához vezethet.

Egészségföldrajzi szempontból fontos megemlíteni az atomreaktor-baleseteket is. A súlyos balesetek szerencsére ritkák, de a sugárfertőzésnek rövid és hosszú távon is jelentős egészségkárosító hatása van. A sugárbetegség tüneteinek megjelenése a sugárdózis nagyságától függ, a leggyakoribb rövid távú (akut) tünetet a hányinger és hányás. Gyengébb fertőzés (1-2 Gray dózis)⁸ esetén általában 1-2 napon belül jelentkeznek. Esetleg fejfájás, szédülés, gyengeség is előfordulhat. Közepes (2-3,5 Gy) dózisonál a tünetek akár fél napon belül kialakulhatnak. Jelentkeznek láz, hajhullás, véres hányás, csökkent véralvadási képesség. Súlyos esetben reszketés és igen magas láz alakulhat ki. A legsúlyosabb (5,5-8 Gy) esetben a tünetek már fél órán belül jelentkeznek disorientáció és alacsony vérnyomás mellett. A túlélés esélye ebben az esetben kevesebb, mint 50%. Azoknál, akik a sugárzás káros hatásainak hosszabb távon vannak kitéve, jellemzően rákos megbetegedések (leukémia, pajzsmirigy), illetve genetikai rendellenességek alakulnak ki. A jelentős környezeti hatással járó sugár-balesetek közül meg kell említeni az 1986. április 26-án bekövetkezett csernobili balesetet. A robbanás következtében 8 tonna radioaktív fűtőanyag szóródott szét a létesítmény közelében. Az atomerőmű környezetében okozott károk mellett a szennyezőanyag a levegőbe kerülve eljutott Európa távolabbi részeire is, de az egész északi féltekén érzékelhető volt a hatása. Hazánkban a Szombathely–Debrecen tengelytől északra eső területen nőtt meg jelentősebben a sugárterhelés, de a legtöbb vizsgálat eredménye alapján ennek egészségre káros hatása nem volt kimutatható. Vannak azonban olya adatok is, amelyek hazánk keleti területén a robbanás után mintegy 6 évvel a haematológiai betegségek körében tapasztalt esetszám emelkedést a baleset következményeiként tartják számon.

Külön kell szólnunk a globális éghajlatváltozás lehetséges egészségügyi vonatkozásairól. A globális klímaváltozás hatására gyakoribbá válnak az időjárási szélsőségek. Kutatások igazolják, hogy a rendkívüli meleg napokon megnő a halálozások száma, amely mögött általában érrendszeri (agyi és szív), illetve légzőszervi megbetegedés áll. A nagyon hideg napokon a halálozás növekedéséért a kihűlés, a fagyhalál a felelős.

A hirtelen meleg (kánikulai) napokon tapasztalható halálozási ráta emelkedésének hátterében az a tény áll, hogy az emberi szervezetnek hosszú idő kell ahhoz, hogy élettani szempontból is alkalmazkodjon a nagy meleghez. Egy átlagos meleg frontoz is csak pár nap alatt alkalmazkodik a szervezet. Ezzel is magyarázható, hogy az első tavaszi meleg frontok idején jóval magasabbra emelkedik a halálozási arány.

Hazánk kontinentális klímája mellett a száraz melegben szerveztünk 5 liternyi verejték kiválasztásáig tudja fenntartani a só-víz-háztartás egyensúlyát. Ennél nagyobb mértékű verejtékezés esetén kialakul a hőkimerülés. Ez a jelenség tulajdonképpen a dehidratáció, amikor a keringő vér mennyisége csökken, ami hypovolaemiás sokkhoz vezethet, amelynek a keringés-összeomlása a következménye. Viszont a nagymennyiségű, de elektrolitban szegény víz fogyasztása ugyancsak problémát okoz, mert az ún. vízmérgezés veszélye áll fenn. Ennek tünete a látászavar, izomgörcsök és a légzés megváltozása, az úgynevezett Kussmaul-légzés (szapora, mély ki- és belégzések sorozata.) kialakulása.

Az alacsony hőmérséklet is okozhat károsodásokat. Legtöbbször a már fent említett fagyási sérülések alakulnak ki. Egyeseknél allergiás reakció is felléphetnek pl.: megjelenik a csalánkiütés. A hűléses megbetegedések elsősorban reumás ártalmak, bronchitis, endocarditis és nephritis, valamint láz, hányás és hidegrázás kialakulásához vezethetnek. A testhőmérséklet 25 fok alá csökkenése tudatvesztést, és a halál kamra fibrilláció vagy légzésbénulás miatti kialakulását okozza.

Az éghajlatváltozás következtében a különböző betegségek (malária, Dengue-láz, kullancsencephalitis) elterjedése is megváltozhat. Például hazánkban is megjelenhetnek olyan betegségek, amelyek addig csak tőlünk délebbre fordultak elő. Az éghajlat változása miatt egyre szárazabbá válhatnak az erdők, és ezért csökkenhet a kullancs által okozta agyhártyagyulladások száma, mivel a korokozóval fertőzött kullancspopuláció a nedvesebb északi erdők felé vándorol.



⁸ A sugáradagot 1 J/kg -ra vonatkoztatjuk, mely 1 Gy (Gray). Azaz, 1 Gray a dózis, ha forrásból jövő sugárzás 1J energiát ad le 1kg anyagban.



7. animáció: Klímaváltozás és egészség

Linkek:

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/environment-and-health-information-system-enhis>

<http://www.matud.iif.hu/2010/03/06.htm>

http://phd.lib.uni-corvinus.hu/261/1/puskas_aron.pdf

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1247192/>

8.3. Összefoglalás

A környezet szennyeződéséről tájékoztatnak a környezet-egészségügyi mutatók, ezek közé tartozik az egészségügyi, a tájékoztatási és a riasztási határérték. A levegő, a víz, a talaj a társadalmi-gazdasági tevékenységek hatására napjainkra már jelentősen szennyeződött, ezért a környezet állapotának romlása egészségügyi tényezővé vált. Bár hazánk környezeti állapota általánosságban kielégítő a környezetszennyezettség egészségi következményei nálunk is megfigyelhetők. A globális klímaváltozás hatására szélsőségesebbé váló időjárásunkhoz szervezetünk csak lassan képes alkalmazkodni, egészségügyi következményekkel ebben az esetben is számolnunk kell.

8.4. Ellenőrző kérdések

1. Mit nevezünk egészségügyi határértéknek?
2. Mi a különbség a tájékoztatási és a riasztási határérték között?
3. Milyen tényekkel támasztható alá a környezetminőség és az egészségi állapot kapcsolata?

8.5. Tesztfeladatok

Az első oszlopban környezeti problémákat, a másodikban ezek egészségügyi hatásait soroltuk fel. Párosítsa a következményeket a kiváltó okokkal! Írja az egészségügyi következmények sorszámát a megfelelő probléma után a vonalra! Nem tud minden következményt kiváltó okhoz kapcsolni.

A) Az ózontartalom növekedése a talaj közeli légrétegben.	1. A légúti nyálkahártyán megkötődve irritáló hatású salétrom-, illetve salétromos savvá alakulnak.	
B) Egyre gyakoribb hirtelen kialakuló kánikula.	2. Nő a rákos (leukémia, pajzsmirigy) megbetegedések aránya, genetikai mutáció alakulhat ki.	
C) A levegőben lévő szálló por mennyiségének növekedése.	3. Súlyos szem- és nyálkahártya irritációhoz, gyulladásához, asztmához, és komoly tüdőkárosodáshoz vezethet.	
D) Alacsonyabb dóziszú, de tartós sugárterhelés.	4. A pajzsmirigy működésének zavara, ami a pajzsmirigy golyvás megbetegedéséhez vezethet	
E) Növekvő légköri nitrogén-oxid	5. Keringési és vízháztartási	

imisszió.	probléma, hypovolaemiás sokk alakulhat ki.	
	6. Légzőszervi megbetegedések kialakulása pl. krónikus bronchitis, asztma, rosszindulatú daganatok megjelenése	

Megoldás: A: 3., B: 5., C: 6., D: 2., E: 1.

9. 8. A táplálkozás és az egészség földrajzi összefüggései

Célkitűzés:

A téma feldolgozásának célja a táplálkozás és az életminőség összefüggéseinek bemutatása. A Földünkön tapasztalható területi különbségek, az egy időben jelen lévő éhezés és túlfogyasztás következményeinek feltárása.

Tartalom:

1. Táplálkozás és életminőség
2. Az egészséges táplálkozás kérdései
3. Táplálkozás és életkilátások a fejlett világban
4. Kihívások a fejlődő világban

9.1. 1. Táplálkozás és életminőség

A táplálkozás az élet egyik fontos feltétele, alapvető életjelenség, amely biztosítja a szervezet megfelelő működését. Olyan élettevékenység, amely során az élőlények megszerzik az élettevékenységeikhez szükséges energiát, illetve hozzájutnak a szervezetük felépítéséhez, és egészséges működéséhez szükséges anyagokhoz. Szorosabb értelemben a táplálkozás a táplálék megszerzését és felhasználásra alkalmassá tételét jelenti, a táplálék lebontása, a felhasználás szempontjából elengedhetetlen kémiai átalakítása, illetve a felesleges anyagok eltávolítása az anyagcsere során történik meg.

Táplálkoznunk tehát kell, e nélkül nem létezhetnénk. Az azonban egyáltalán nem mindegy, hogy mennyi és milyen táplálékot fogyasztunk. Az sem véletlen, hogy már az ókori görögök is máig érvényes, megfontolandó megállapítást fogalmaztak meg ezzel kapcsolatban: „Nem azért élek, hogy egyek, hanem azért eszem, hogy éljek.” (Quintilianus)

A táplálkozás mértékét a szervezet szükséglete, illetve a felvett tápanyagok tápértéke határozza meg. A tápérték az adott tápanyagból a lebontás során felszabadítható energia mennyiségével jellemezhető: 1 g zsír elégetésekor 9,3; 1 g szénhidrát 4,1 és 1 g fehérje 5,6 (élettani hasznosítási értéke 4,1) kilokalória (kcal) energia szabadul fel. (A kalória (cal) az energiamértékegysége: 1 kalória 1 gramm víz hőmérsékletét 1 °C-kal emeli meg. Az SI mértékegységrendszer bevezetésekor a joule (J) lépett a helyébe, de az élelmiszerek energiatartalmának mérésében ma is általánosan elterjedt. Egy kalória megközelítően 4,2 joule.) Az energiatartalmat általában 100 g élelmiszere határozzák meg.

Az sem mindegy azonban, hogy ezeket a tápanyagokat milyen arányban fogyasztjuk a napi érkezéseink során. Az ember átlagos napi igénye a fő tápanyagokból: 70 g fehérje, 50 g zsír és 500 g szénhidrát, amelyet az élelmiszerek elfogyasztásával viszünk be a szervezetünkbe. A szervezet energiaigénye több tényezőtől is függ, pl. nagyobb fizikai igénybevételével esetén nő a szervezet energiaigénye, több energiára van szükség hidegben, mint melegben. Fontos azonban, hogy a tápláléknak mindig kell tartalmaznia megfelelő mennyiségű és minőségű fehérjét. Fontos az is, hogy a táplálék megfelelő mennyiségben tartalmazzon úgynevezett járulékos tápanyagokat, vitaminokat. Ezekből általában kis mennyiségre van szüksége az emberi szervezetnek, de hiányuk súlyos működési zavarokat okozhat, sőt betegségek kialakulásához is vezethet. Az egészséges, kiegyensúlyozott

táplálkozás fontosságát már régen felismerte az ember. Ezt igazolja az alábbi idézet is: "Táplálékod legyen gyógyszered, s a gyógyszered a táplálékod." (ókori mondás).

A szervezet a felvett tápanyagot több célra fordítja: egy részéből a különféle élettevékenységek energiaszükségletét fedezi, más részüket a szervezet anyagainak pótlására, illetve gyarapítására (pl. növekedés) használja fel.

A táplálkozás legfontosabb célja, hogy a szervezet egészséges működéséhez közvetlenül szükséges tápanyagforrást biztosítsa. Ha ennél több tápanyagot fogyasztunk el, akkor a fel nem használt anyagokat a szervezet (glükogén, zsírok formájában) elraktározza. Ennek köszönhető, hogy szervezetünk képes elviselni a hosszabb-rövidebb ideig tartó éhezést, mert ilyenkor az elraktározott tápanyagokat hasznosítja. Huzamosabb idejű éhezés esetén azonban már nemcsak az elraktározott zsír és glikogén kerül hasznosításra, hanem már a szervezet felépítésében szerepet játszó anyagok is felhasználódhatnak, ami a szervezet legyengüléséhez vezet.

Láthatjuk, hogy a táplálkozás biológiai szükséglet. Azt is megállapíthatjuk azonban, hogy a táplálkozás ezen túlmenően szorosan összefügg az életminőséggel is. A megfelelő életminőség (egészséges, aktív életvitelre való képesség, munkaképesség, elégedettség, jól lét stb.) elengedhetetlen feltétele a megfelelő mennyiségű és minőségű táplálék folyamatos biztosítása. Ez a fejlett országok lakóinak nagy többsége számára nem jelent problémát, annál nehezebben valósítható meg a Föld népességének mind nagyobb hányadát jelentő fejlődő világban. A fejlődő országok népessége számára már a szervezet normális működéséhez szükséges tápanyagmennyiség folyamatos biztosítása is nehézséget jelent, gyakori probléma az ún. mennyiségi éhezés, amely általában együtt jár az egyoldalú táplálkozás következtében fellépő minőségi éhezéssel is. A fejlett országokban általában az egészségtelen, a túlzott energia bevitellel járó táplálkozás okoz egészségügyi problémát. Éppen ezért bármennyire is furcsa, de a fejlett országok népességét is veszélyezteti a minőségi éhezés. (1. táblázat)

1. táblázat: A napi élelmiszerfogyasztás mennyiségi és minőségi mutatója a világ különböző fejlettségű országcsoportjaiban

Országcsoportok	Élelmiszermennyiség (kcal/fő/nap)	Fehérjebevitel (g/fő/nap)
Alacsony élelmezési színvonalú országok	2500 alatt	50 alatt
Kielégítő élelmezési színvonalú országok	2500-3000	50-80
Jó élelmezési színvonalú országok	3000 felett	80 felett

Megjegyzés: Egy átlagos felnőtt férfi szervezetének napi energiaszükséglete ülő tevékenység mellett 2500 kcal.

Az Európai Unió Élelmiszeripari Szövetsége (Confederation of the Food and Drink Industries of the EU, francia nevének Confédération des Industries Agro-Alimentaires de l'UE rövidítéséből CIAA) már az 1990-es évek végén kidolgozta a napi táplálékbevitellel kapcsolatos ajánlásait, ez az Irányadó Napi Beviteli Érték (INBÉ) (angolul GDAs: Guideline Daily Amounts). A CIAA ajánlása szerint a nők számára átlagosan napi 1800-2200, a gyermekek számára 1500-2000 és a férfiaknak napi 2200-2700 kcal energia bevitelére van szükség. Az alábbi (2. táblázat) egy átlagos felnőtt szervezet napi INBÉ megoszlását mutatja be 2000 kcal energiaértékre vetítve.

2. táblázat: Irányadó Napi Beviteli Érték felnőttek részére (2000 Kcal energiabevitel esetén)

Tápanyagok	INBÉ
Összes zsír	Nem több mint 70g
Telített zsír	Nem több mint 20g
Szénhidrátok	270g

Összes cukor	Nem több mint 90g
Fehérje	50g
Rost	Legalább 25g
Nátrium (só)	Nem több mint 2,4g (6g)

Az energia és a tápanyagbevitel mellett a táplálkozás fontos feladata a szervezet normális működéshez szükséges vitaminok és ásványi anyagok biztosítása is. Ezért az INBÉ-hez hasonlóan megfogalmazták a napi javasolt vitamin és ásványi anyag bevitel mennyiségét is (Recommended Dietary Allowance, rövidítve: RDA). (3. táblázat) Természetesen az, hogy mennyi ásványi sóra és vitaminra van szükségünk – hasonlóan az energia és egyéb tápanyagok beviteléhez –, számos tényezőtől, pl. életkortól, nemtől, fizikai aktivitástól, táplálkozási szokásoktól, szervezetünk biokémiai funkcióitól, a táplálék egyéni felhasználási képességétől is függ.

3. táblázat: A felnőttek számára ajánlott napi vitamin és ásványi anyag beviteli referencia értékei (RDA) a Magyar Élelmiszerkönyv 1-1-90/496 sz. előírása alapján

Tápanyag	Mértékegység	Érték
A-vitamin	µg	800
D-vitamin	µg	5
E-vitamin	mg	12
K-vitamin	µg	75
C-vitamin	mg	80
Tiamin	mg	1,1
Riboflavin	mg	1,4
Niacin	mg	16
B6-vitamin	mg	1,4
Folsav	µg	200
B12-vitamin	µg	2,5
Biotin	µg	50
Pantoténsav	mg	6
Kálium	mg	2 000
Klorid	mg	800
Kalcium	mg	800
Foszfor	mg	700

Magnézium	mg	375
Vas	mg	14
Cink	mg	10
Réz	mg	1
Mangán	mg	2
Fluorid	mg	3,5
Szelén	µg	55
Króm	µg	40
Molibdén	µg	50
Jód	µg	15

Forrás: OETI

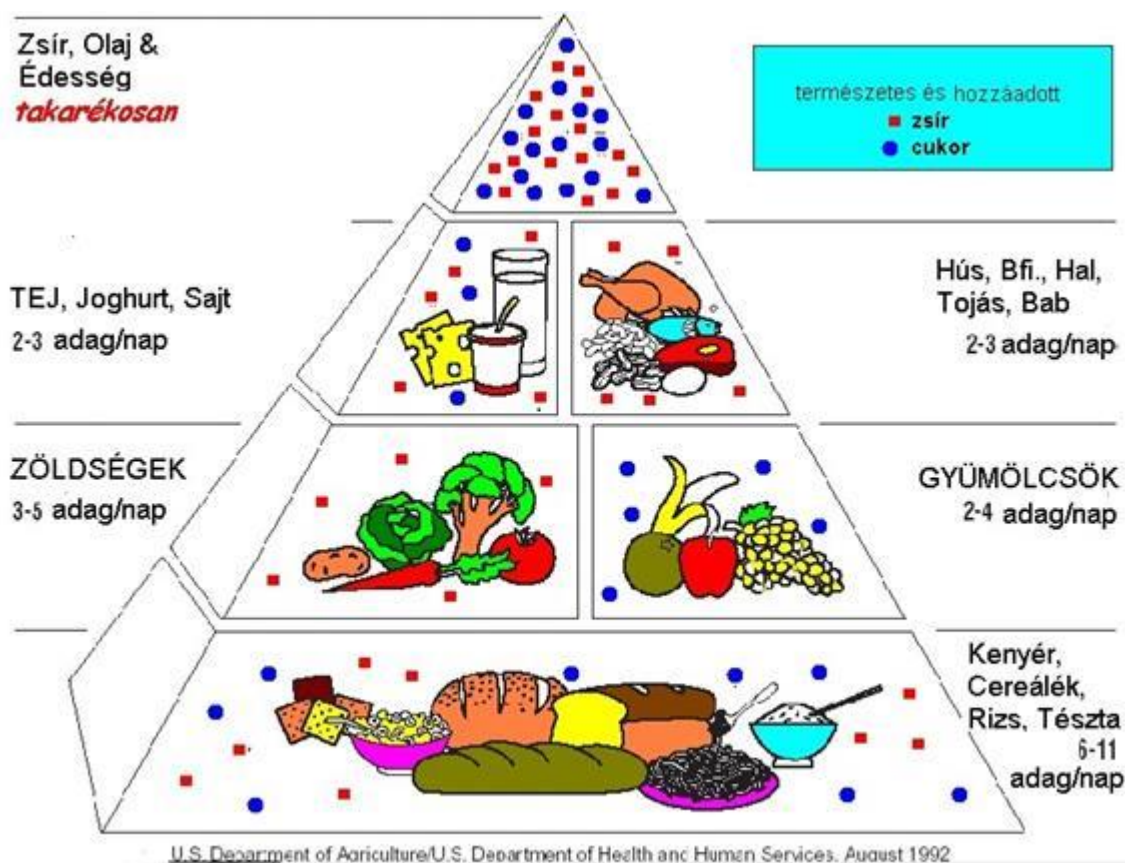
Javasolt link: <http://www.eufic.org/index/hu/>, <http://www.oeti.hu/index.php>

Az INBÉ és az RDA meghatározásának fontos ételminőségi, ételmezési hatásai is vannak. Ma már az élelmiszerek előállításainak fel kell tüntetniük a csomagoláson az adott élelmiszer tápanyagtartalmát. Fontos elvárás, hogy élelmiszergyártók a terméken tüntessék fel azt is, hogy az adott készítmény elfogyasztásával bevitt vitamin vagy ásványi anyag mennyisége, hány százaléka egy átlagos szervezet napi szükségletének (RDA %). Ennek célja, hogy elősegítse az egészséges táplálkozás tudatos elterjedését, hozzájáruljon a táplálkozási problémák (vitaminhiány, egyoldalú táplálkozás, minőségi éhezés stb.) megelőzéséhez, illetve ösztönözze az élelmiszergyártókat az egészségesebb élelmiszerek előállítására.

9.2. 2. Az egészséges táplálkozás kérdései

„Ha olyan ételeket eszünk, amelyeket a szervezetünk a legkisebb erőfeszítéssel képes hasznosítani, akkor a jó egészség elkerülhetetlenül jön magától.” (Dr. Ted Mörter) A táplálkozás és az egészség szoros kapcsolatát már régóta ismerjük. Az egészséges táplálkozás kérdése elsősorban az életszínvonal emelkedésének köszönhetően – nem lebecsülve természetesen a táplálkozás- és az orvostudomány fejlődését – került az érdeklődés középpontjába. Főként azokban az országokban vált fontos kérdéssé, ahol a lakosság számára az alapvető élelmiszerekkel való ellátás már nem okoz problémát, ezért a táplálék mennyiségének kérdése helyett, annak minősége kerülhetett az érdeklődés középpontjába. A fejlett gazdaságú országok népessége számára ma már a túlzott táplálkozás, a túlfogyasztás okoz egészségügyi problémákat.

Az 1990-es évektől kezdődően az egészséges táplálkozás fontosságának felismertetése érdekében számos táplálkozási modellt dolgoztak ki, amelyekben a tápanyagbevitel helyes arányával ismertették meg az embereket. Az első modellek közé tartozott az Amerikai Egyesült Államokban 1993-ban megjelent táplálkozási piramis, amely arra adott javaslatot, hogy milyen arányban fogyassunk az egyes tápanyagokból. A piramis alapján helyezkednek el a gabonafélék, ez azt jelzi, hogy ezekből kell a legtöbbet a szervezetbe juttatni. Ezután következnek a zöldségek és gyümölcsök. Ennél kisebb mennyiségben kell tejterméket és húsokat fogyasztanunk. A piramis csúcsán elhelyezett zsírokra, olajokra, édességekre van a legkisebb mennyiségben szükségünk.

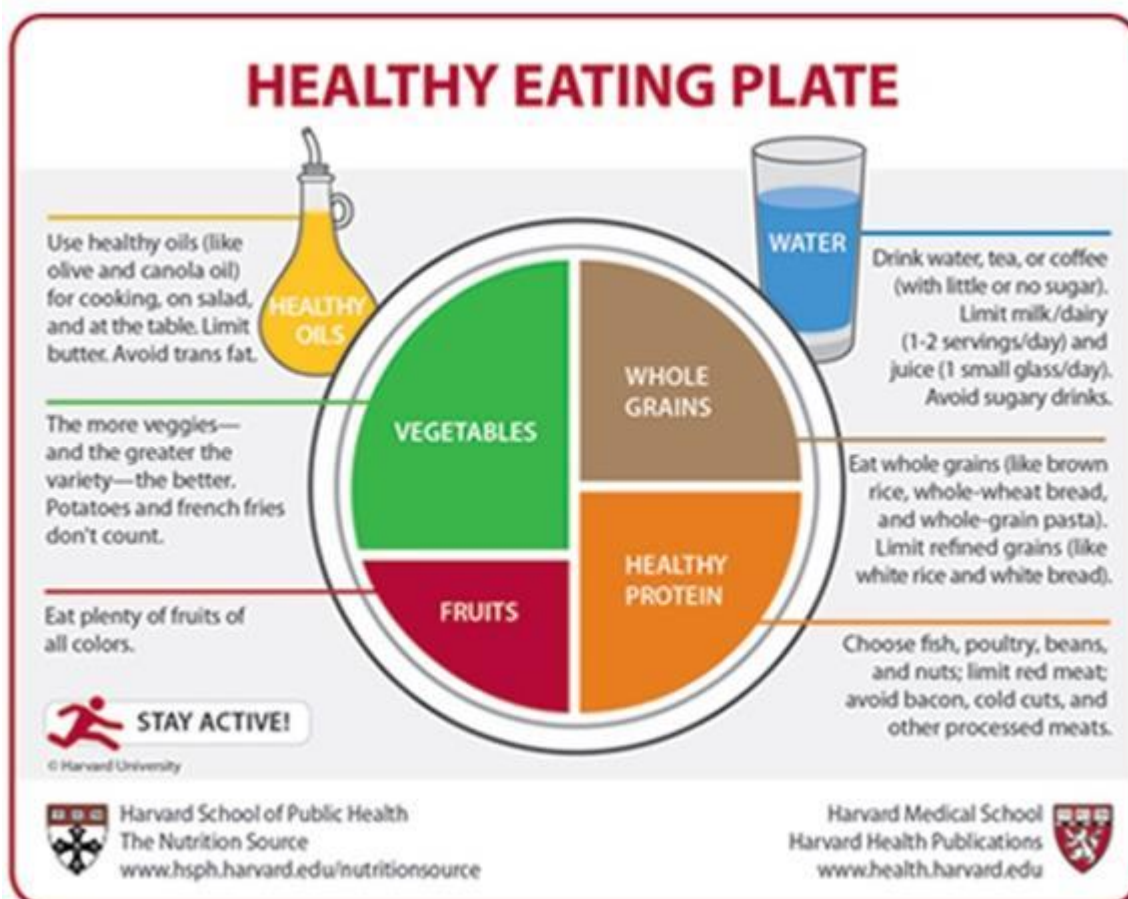


1. ábra: Az amerikai táplálkozási piramis (kezdetben csak a tápanyagok százalékos megoszlását tüntették fel)

A kép forrása: http://mkk.szie.hu/dep/aet/tanweb/tapelet/kalakul_html/kialakul.htm

Az alapmodell mintájára ezt követően sorra jelentek meg az egyre újabb táplálkozási modellek. Ilyen volt pl. 1996-ban a kanadai táplálkozási szívárvány. A szívárvány egymást követő színei, mint táplálék héjak jelentek meg. A külső héjon a gabonaféléket, majd a zöldségeket és gyümölcsöket találjuk. Egyre beljebb haladva jelennek meg a tejtermékek, húsok, majd a legbelső héjon a zsírok és az édességek. Ez a modell már összevethető egységekben határozza meg az egyes tápanyagfélésekből javasolt napi mennyiségeket: pl. 1 egységnek felel meg 1 db kifli, 1 db alma, 2dl joghurt, 1 db háromszög sajt, 10dkg csirkecomb, 2 szelet sajt. Az ajánlás 5-9 egység gabonaféle, 5-8 egység zöldség, gyümölcs, 3-4 egység tejtermék, 2-3 egység sovány hús félét határoz meg naponta.

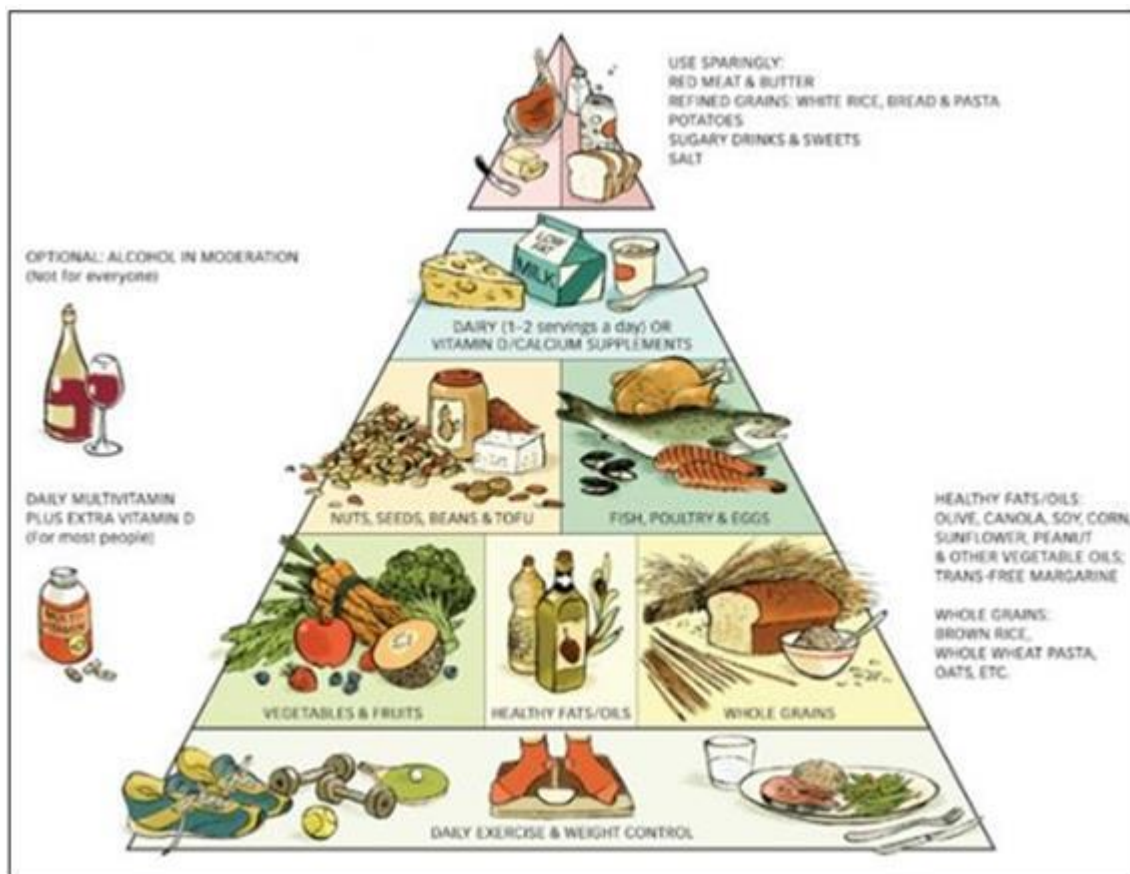
A tányérmodell az 1990-es évek végén terjedt el. A tányér felosztása az egyes csoportok pl. a gyerekek táplálkozására ad javaslatot. A modell szerint a gyermekek tányérjára egyharmad részben húst, egyharmad részben szénhidrát féleket pl. rizst, burgonyát és egyharmad részben zöldségfélét kell tenni. A tányérmodell egyik változatát a 2. ábra mutatja be.



2. ábra: A Harvard egyetem kutatói által kidolgozott tányérmodell. A témához kapcsolódó bővebb információk: <http://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/>

A legújabb táplálkozási modell a „görög oszlop”, amely a 2000-es évek elején jelent meg az USA-ban. A modell alapján négy fontos kifejezés, jellemző is megjelenik: változatosság, mértékletesség, energiaegyensúly és arányosság. Maga az oszlop a hét egyes napjaira lebontva adja meg, hogy mely két tápanyagtípus bevitelére kell hangsúlyt fektetni. Így vasárnapra sovány húst és tésztát, a hétfői napra zöldségféléket és halat, keddre szárnyas húst és zöldségféléket, szerdára halat és omlettet, csütörtökre sovány húst zöldséggel, péntekre szárnyas húst salátával, szombatra halat és sovány húst javasol, persze kis mennyiségben. Mindezek mellé meghatározott és korlátozott mennyiségben olívaolajat, barnakenyeret, sajtot, alacsony zsírtartalmú tejterméket, gyümölcsöt és gyümölcsleveket,ogyorót, hagymát, fokhagymát, gyógynövényeket, fűszereket, rizst, tésztát, vizet és egy pohár bort fogyaszthatunk.

Az korábbi modellek a tudományos eredmények és a fogyasztási szokások változásainak figyelembe vételével időközben szintén fejlődtek, módosultak. A táplálkozási piramis kiegészült pl. a mozgás szükségességének hangsúlyozásával, a megfelelő folyadékbevitel feltüntetésével (3. ábra).



3. ábra: A kiegészített táplálkozási piramis



8. animáció: Táplálkozási piramis

Hazánkban is egyre többen foglalkoznak az egészséges táplálkozás kérdésével. Ehhez hozzájárul az európai viszonylatban alacsony születéskor várható élettartam, az okspecifikus halálozási jellemzők és a túlsúlyos, illetve elhízott emberek magas aránya a népességben. Ez utóbbi önmagában is rizikótényező. A Táplálkozási Fórum munkatársai összeállították az egészséges táplálkozás és életmód 12 pontját. További információk: <http://www.taplalkozasinfo.hu/index.php>

1.	Minél változatosabban, minél többféle élelmiszerből, különböző ételkészítési módok felhasználásával állítsuk össze étrendünket. Ne legyünk előítéletesek és próbáljunk ki új ételeket. A változatos étrend önmagában is biztosíték arra, hogy szervezetünk minden szükséges tápanyagot megkapjon.
2	Kerüljük a zsíros ételeket: a főzéshez, sütéshez margarint vagy olajat használjunk. Részesítsük előnyben a zsírmentes főzési eljárásokat (párolást, a fóliában, teflonedényben vagy fedett cserépedényben, mikrohullámú sütőben való ételkészítést). A rántás helyett kevés liszttel, keményítővel készített habarással sűrítsük az ételeket.
3	Kerüljük a túlzott sóhasználatot, a kész ételek esetében válasszuk a kisebb sótartalmút. Különösen fontos ez a

	gyermekes esetében, mert az ekkor kialakult ízlés az egész életre kihat. A sót változatos fűszerekkel pótoljuk.
4.	Hetenként legfeljebb egy-két alkalommal és akkor is csak az étkezés után fogyasszunk édességeket, süteményeket. Lehetőség szerint egyáltalán ne cukrozzuk az ételeket, ha kell, használjunk inkább mézet. Szörpök helyett igyunk inkább természetes gyümölcs- és zöldséglevet.
5.	Fogyasszunk naponta kb. fél liternyi tejet vagy tejterméket (pl. sajtot, túrót, aludttejet, kefirt, joghurtot). Mindig válasszuk a kisebb zsirtartalmúakat.
6.	Rendszeresen, naponta többször is együnk nyers gyümölcsöt, zöldségfélét párolt főzeléknövényt vagy zöldséget.
7.	Fogyasszunk barnakenyeret. A rizs vagy tészta helyett inkább a burgonyát és a párolt zöldségfélét válasszuk
8.	Minél egyenletesebben osszuk el a napi táplálékbevitelt. Étkezzünk négy-öt alkalommal naponta. Együnk nyugodtan, kényelmes körülmények között. Legyen rendszeres étkezési "menetrendünk".
9.	A szomjúság csökkentésére fogyasszunk vizet (ásványvizet). Kerüljük az energiafelesleget is jelentő alkoholos italok fogyasztását.
10.	A helyes táplálkozás nem jelenti egyetlen ételnek, élelmiszernek a tilalmát sem, célszerű azonban egyeseket előnyben részesíteni. Nincsenek tiltott táplálékok, csak kerülendő mennyiségek! Böven fogyaszthatóak: gyümölcsök, zöldség- és főzelékfélék, hal, továbbá barnakenyér, burgonya. Mérsékeltlen fogyasztható: sovány húsok és húskészítmények, zsírszegény tej és tejtermékek, zsiradék (zsír helyett inkább olaj, a vaj helyett a margarin), tojás, tészta, száraz hüvelyesek. Csak kis mennyiségben és ritkán: édességek, cukrozott készítmények, zsíros húsok és ételek, tejszín, cukor, cukros üdítők, só, tömény italok, sör, bor. Ezek ismeretében tudatosan válasszunk élelmiszereket.
11.	A helyes táplálkozás kedvező hatásait hatékonyan egészíti ki a dohányzás teljes mellőzése és a rendszeres testmozgás.
12.	A helyes táplálkozás fedezi a szervezet energia- és tápanyag-felhasználását. Cél a megfelelő táplálkozás mellett a kívánatos testtömeg kialakulása.

9.3. 3. Táplálkozás és életkilátások a fejlett világban

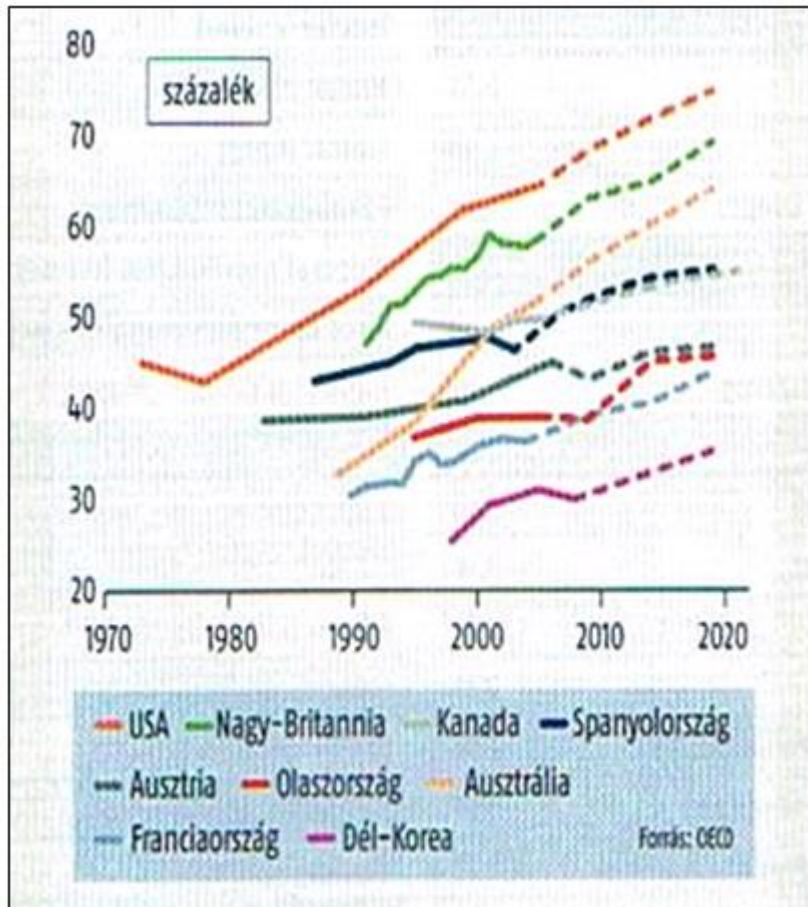
A klasszikus értelemben vett fejlett világban, azaz Nyugat-Európában és az USA-ban a 18. század végétől tapasztalható az életfeltételek látványos javulása. Ennek háttérében az egyre bővülő egészségügyi, orvosi ismeretek, a javuló higiéniai körülmények, a növekvő iskolázottság, a gazdasági fejlődésnek köszönhetően javuló élelmiszerellátás, a csökkenő alultápláltság húzódnak meg. A javuló életfeltételeknek köszönhetően a népességszám gyors növekedésnek indult, és ezzel párhuzamosan emelkedett a születéskor várható élettartam. Fokozatosan megszűntek a nagy halálos áldozatot követelő járványok. Ez a folyamat a háborús időszakokat leszámítva egészen a 20. század második feléig az életkilátások fokozatos javulását eredményezte.

Az OECD országokban azonban az 1980-as években fordulat következett be. Az életszínvonal emelkedése ugyanis együtt járt a táplálkozási szokások és az életmód átalakulásával. A hagyományos táplálkozási formák mellett (helyett) egyre inkább előtérbe kerültek a divatos gyors éttermek, büfék. Az élelmiszerek között tért hódítottak a magas cukortartalmú üdítőitalok, édességek, illetve az erősen fűszeres, sokszor mesterséges ízfokozókat tartalmazó ételek. Fogyasztásuk különösen a fiatalok körében nőtt látványosan. Ebben természetesen óriási szerepe volt a reklámoknak is.

Az új táplálkozási szokások átvétele egyben az anyagi jólét mutatójává is vált. A gyorséttermek főleg a fiatalok körében fontos közösségépítő helyszínné is váltak. A táplálkozási szokások átalakulásának leglátványosabb jele a túlsúlyos, illetve elhízott népesség arányának gyors növekedése. 1980-tól kezdődően a túlsúlyosak aránya 10%-ról 50%-ra nőtt, a kórosan elhízottak aránya is megközelíti a 20 %-ot.

Az elhízáshoz a táplálkozás átalakulás mellett az életvitel megváltozása is hozzájárult. A munkavégzés során nagymértékben lecsökkent a fizikai munka, a mozgással járó aktív tevékenységek aránya. A felgyorsult munkatempó mellett nem jut idő az érkezésre, csak arra, hogy „gyorsan bekapjunk valamit”. A rohanóvá vált élet stresszhatásai ellen sokan éppen a „boldogító evéssel” védekeznek. Hozzájárul az elhízáshoz a növekvő alkoholfogyasztás is, amelyet sokan szintén stresszoldóként használnak. Természetesen jelentős különbség figyelhető meg a súlyproblémákkal küzdők arányában az egyes országok között, amelynek okai elsősorban a kulturális és személetmódbeli különbségekre vezethetők vissza – az amerikaiak 68, Japánok 24%-a tekinthető túlsúlyosnak. (4. ábra)

4. ábra: A túlsúlyosak arányának várható alakulása néhány fejlett országban (forrás: HVG 2011. szeptember 10.)



A túlsúly jelentős egészségügyi kockázattal is jár. Az elhízottak körében jóval gyakoribbak a keringési, szív- és érrendszeri megbetegedések, a cukor- és vesebetegség, valamint a mozgásszervi problémák. Statisztikák bizonyítják, hogy körükben a születéskor várható élettartam 8-10 évvel alacsonyabb, mint az átlagos testsúlyú kortársaik esetében. A fejlett országok előregedő társadalmi miatt amúgy is nehéz helyzetben lévő egészségbiztosítás számára a jólét betegségének nevezett elhízás ugyancsak komoly terhet jelent. A probléma társadalmi, egészségügyi következményei, az elhízásból adódó megbetegedések arányának növekedése miatt a fejlett országok különböző módon és módszerekkel igyekeznek megoldani vagy legalább csökkenteni az epidemiológiai krízist.

Ezek között első helyen van a prevenció. A tudatos és egészséges táplálkozás fontosságának felismertetése, a szemléletformálás, amelyet már kisgyermekkorban el kell kezdeni. Felvilágosító kampányok szervezése, amelyekben szakemberek hívják fel a figyelmet a túlzott só, a hozzáadott cukor fogyasztásának veszélyeire; a telített zsírsavak, a finomított gabonából készült ételek nagymértékű fogyasztásának kockázataira. Olyan programokat, rendezvényeket szerveznek, ahol megismerhetik az érdeklődők a korszerű főzési technikákat, illetve szükség esetén személyre szabott tanácsokat kaphatnak dietetikus szakemberektől. Néhány országban – köztünk hazánkban is – külön adóval sújtják a nagy mennyiségű hozzáadott cukrot, illetve só-tartalmazó élelmiszerek előállítását. Hozzá kell azonban tenni, hogy az egészséges – pl. alacsony zsírtartalmú vagy bio élelmiszerek – a legtöbb országban jóval drágábbak a hagyományos készítményeknél. Így a kevésbé jómódú fogyasztók számára csak nehezen elérhetőek. Kutatások igazolják, hogy a fejlett országokban a szegényebb családok körében terjed nagyobb mértékben a gyári készítmények fogyasztása, főként az anyagi nehézségekkel küzdők választják az olcsó, gyors ételeket. Az Európai Unió 27 tagállamban 43 millió ember nem táplálkozik egészségesen – kevés fehérjét (húst, halat) fogyaszt.

Ugyancsak az egészségesebb táplálkozás elterjedését segítik a reklámokra vonatkozó szabályozások, illetve az elárúsítókra érvényes rendelkezések, pl. hazánkban az iskolai büfék áru között csökkenteni kell a cukrozott üdítők, édességek, fehér lisztből készült pékáruk arányát, és helyettük gyümölcsöknek, teljes kiőrlésű lisztből készült termékeknek kell megjelenniük a kínálatban.

A mediterrán országok lakosságát már rég óta egészségesen táplálkoznak tartjuk, köszönhetően a sok gyümölcsnek, zöldségnek, az olívaolajnak és az omega-3 zsírsavakban gazdag tengeri halak fogyasztásának. A globalizáció és a 2008-ban kezdődött gazdasági visszaesés azonban ebben a térségben is átalakítja a táplálkozási szokásokat. A Bolognai Egyetem kutatója, Mario Mazzoichi felmérése alapján ma már a mediterrán országokban minden harmadik gyermek kórosan elhízott lesz felnőtt korára. A változás legfőbb okának az egyszerűbb és olcsóbban elkészíthető gyorsételek, félkész- és készételek terjedését tartja. Az internetes felmérés tanulságai alapján a gazdasági válság miatt átalakultak a mediterrán étkezési szokások is. A korábban népszerű, a barátokkal közösen szervezett főzőcskézések helyett inkább az olcsóbb „bekapnivalón” alapuló vendéglátás terjedt el. Ma már a gyári kész ételek olcsóbbak, mint a friss alapanyagból otthon megfőzhetőek, ezért ha spórolni kell, akkor a családok jelentős része ezt választja. A korábban gyakori, nagy hagyományokkal rendelkező tradicionális családi étkezések is ritkábbá váltak, és szinte csak a vasárnapokra korlátozódnak.

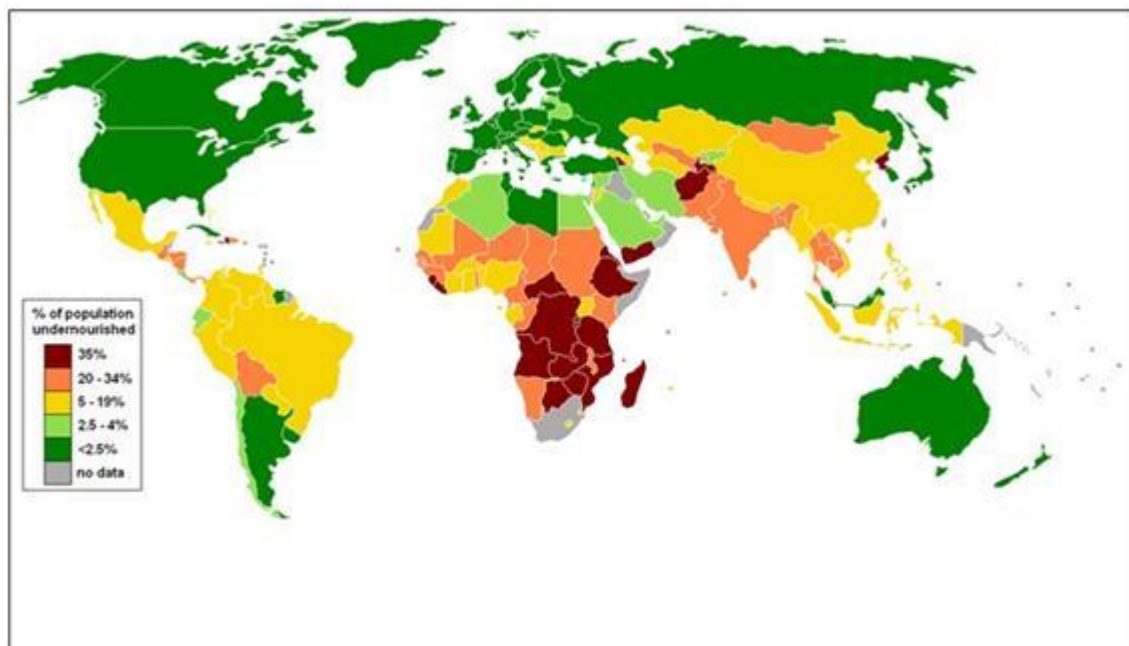
Javasolt link: http://www.hazipatika.com/taplalkozas/kalorialeadas_kalkulator

9.4. 4. Táplálkozás és életkilátások a fejlődő világban

A fejlődő világ országaiban napjainkban is hatalmas problémát jelent a lakosság alapvető élelmiszerekkel történő ellátása. Ennek oka részben a duális szerkezetű mezőgazdaság, amelyre a korszerű, exportra termelő ültetvények (pl. kávé, banán) és az elmaradott, a lakosság ellátást szolgáló hagyományos mezőgazdálkodás egyaránt jellemző. Ez utóbbi nem képes ellátni a gyorsan növekvő számú népességet élelmiszerekkel. Az országoknak pedig általában nincs pénzük arra, hogy importból fedezzék a lakosság élelmiszerek szükségletét. Afrika egyes vidékein a helyzetet tovább nehezítik az aszályok, Dél-Ázsiában pedig a monszun okozta áradások. A társadalmi-gazdasági problémák, a hatalmas korrupció, a gyakori polgárháborús állapotok szintén felelősek a probléma kialakulásáért. A jelentős nemzetközi élelmiszersegélyek csak alig enyhítik az éhínséget.

A fejlődő világban – különösen Afrika Szaharától délre fekvő területein, illetve Délnyugat-Ázsiában – napjainkban is a mennyiségi éhezés jelenti a legnagyobb problémát, azaz a bevitt tápanyag tápértéke nem fedezi a szervezet hő és munka formájában leadott energiameennyiségét. (5. ábra) Földünk 7 milliárd lakosából 1 milliárd ember éhez, ami ennél is elszomorítóbb, hogy köztük több mint 200 millió 5 éven aluli gyermek van. Döntő hányaduk a fejlődő világ országaiban él. Fekete-Afrika területén minden harmadik ember alultáplált és naponta több ezren halnak éhen napjainkban is, hasonló a helyzet Bangladesben is, ahol mintegy 8 millió kórosan alultáplált gyermek él. Különösen elgondolkodtató John Aylief (az ENSZ Világélelmészeti Programjának (UNWFP) vezetője) megállapítása: „A fogantatás és a gyermek 2. születésnapja közötti idő

meghatározó, ha nem megfelelő a táplálás sem a test, sem az agy nem fejlődik kellően. Bármit teszünk később, már soha nem jöhetnek rendbe”.



5. ábra: Az alultáplált népesség aránya az egyes országokban (forrás: WHO)

A tartós mennyiségi éhezés önmagában is veszélyezteti az életet. Ha a szervezet glikogén és zsírraktárai már felhasználásra kerültek, megkezdődik a fehérjék lebontása. Az éhezés halálhoz vezet, ha a raktározott fehérjék harmada, fele felhasználódik. Ha a tartós éhezés nem is vezet halálhoz, az alultáplált szervezet legyengül és kevésbé áll ellent a betegségeknek, a fertőzéseknek. Az alultáplált anyák újszülöttei kis súllyal, fejletlen, a betegségeknek kiszolgáltatott szervezettel érkeznek a világra. A rossz higiéniai körülményekkel és az elmaradott egészségügyi ellátórendszerrel együtt ez a tény is hozzájárul a fejlődő világban a születéskor várható alacsonyabb élettartamhoz és a magas halálozási rátához. A mennyiségi éhezés mellett a minőségi éhezés is jelen van, amelynek oka az egyoldalú táplálkozás pl. a fehérje- és vitaminhiány. Ez szintén a szervezet legyengüléséhez, ellenálló képességének csökkenéséhez, végső soron a rosszabb életkilátásokhoz vezet.

A globalizációnak köszönhetően a táplálkozási szokások átalakulása a fejlődő világ országaiban is megfigyelhető. Sorra jelennek meg a fejlett világban elterjedt gyorsétterm-láncok, és a globalizálódó élelmiszerfogyasztás tipikus világtermékei. Érdeemes megjegyezni, hogy amíg a fejlett országokban inkább a szegényebb rétegekben, addig a fejlődő világban inkább a jobb módú, elsősorban városi népesség körében hódítanak a gyorséttermek, illetve a gyári készítmények, és válnak a jólét szimbólumává.

9.5. Összefoglalás

A táplálkozási lehetőségek, illetve a táplálkozási szokások alapvetően befolyásolják az ember életminőségét és életkilátásait. Az emberi szervezet igényeit kielégítő, mennyiségi és minőségi szempontból egyaránt megfelelő táplálék bevitel biztosítja az egészséges táplálkozást. Földünkön napjainkban az éhezés és a túlfogyasztás egyaránt jelen van. A fejlett országok népességének egészségi állapotát a túlfogyasztás, a túlzott cukor és só bevitel mellett a minőségi éhezés veszélyezteti. A fejlődő világ országaiban a mennyiségi és a minőségi éhezés egyaránt problémát jelent.

9.6. Ellenőrző kérdések

1. Mi a különbség a mennyiségi és a minőségi éhezés között?
2. Mi jellemzi az egészséges táplálkozást?
3. Milyen táplálkozásból eredő problémák jellemzik a fejlett és a fejlődő országokat?
4. Miért nevezhetjük Afrikát „éhező kontinensnek”?

9.7. Tesztfeladatok

Döntse el, hogy igazak vagy hamisak az alábbi megállapítások! Írjon I betűt az igaz, és H betűt a hamis megállapítások sorszámára elé!

- 1. A tápérték az adott tápanyagból a lebontás során felszabadítható energia mennyiségével jellemezhető:
- 2. Legmagasabb tápértéke a fehérjéknek van.
- 3. A kielégítő élelmezési színvonalú országokban a napi ételmiszerfogyasztás 2500-3000 kcal, és a fehérjefogyasztás meghaladja a 100 grammot.
- 4. A napi javasolt vitamin és ásványi anyag bevitel mennyiségéről az RDA tájékoztat.
- 5. A táplálkozási piramis csúcsán helyezkednek el a fehérjék és a cukrok.
- 6. A fejlett világ országaiban nincsenek élelmezési problémák.
- 7. A mennyiségi éhezés leginkább Fekete-Afrikát és Délnyugat-Ázsiát sújtja.

Megoldás. 1. I, 2. H, 3. H, 4. I, 5. H, 6.H, 7. I

10. 9. A globalizáció egészségügyi következményei

Célkitűzés:

A téma feldolgozásának célja, hogy bemutassa a globalizáció mint a 21. század elejének meghatározó társadalmi-gazdasági folyamatának hatását a világ népességének egészségügyi helyzetére. Bemutassa azokat a kihívásokat, amelyekkel szembe kell néznie, és amelyekre megoldást kell találnia a 21. század emberének.

Tartalom:

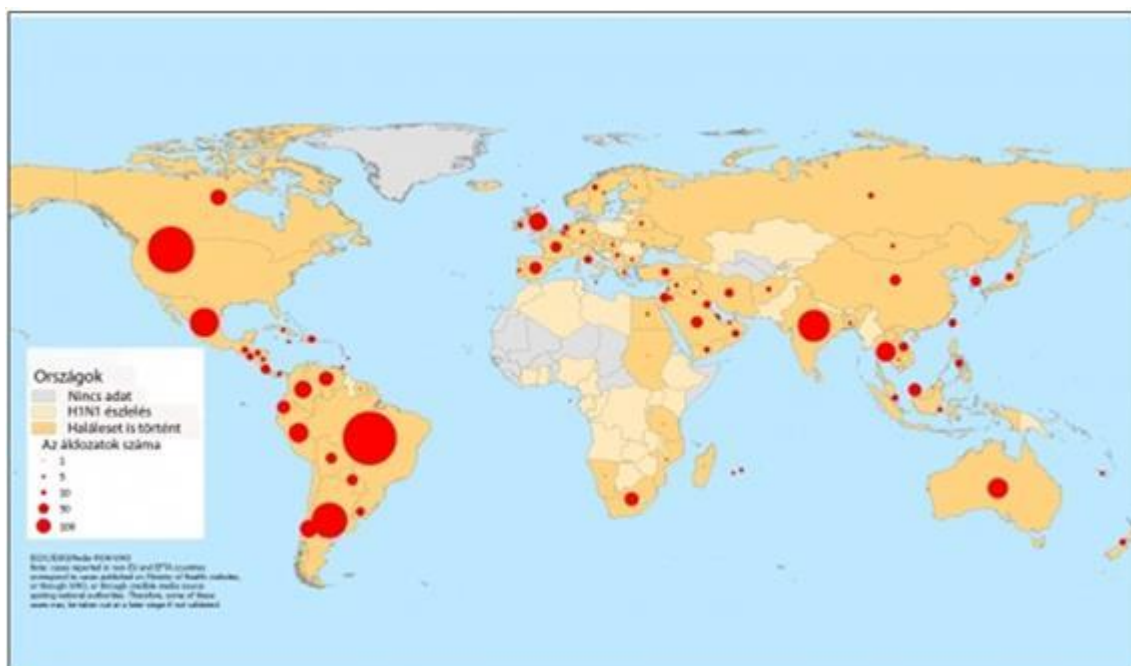
1. Átalakuló élet, változó veszélyek
2. A felgyorsult életvitel egészségügyi következményei
3. A nagyvárosi élet kihívásai

10.1. 1. Átalakuló élet, változó veszélyek

„A globalizáció a világot átfogó társadalmi kapcsolatok intenzitásának növekedése, amely révén távoli helyek úgy kapcsolódnak össze egymással, hogy az egyik helyen bekövetkező eseményeket sok kilométernyi távolságban lejátszódó folyamatok befolyásolják, és viszont”. . Anthony Giddens

A globalizáció első csírái már a középkori kereskedővárosok felvirágzásában felismerhetők, igazi kiteljesedése azonban csak a 20. század végén következett be. A globális világ napjainkra az egész bolygónkat érintő rendszerének kiépülését a közlekedés, a távközlés, a kommunikáció, de legfőképpen az internet fejlődése tette lehetővé. Ez a jelenség, amely lerövidítette a távolságokat, elérhető közelségbe hozta a távoli világokat jelentősen átalakította az egészségügyi kihívásokat is.

Az idegenforgalom fejlődésének, a mind gyorsabb és nagyobb távolságra történő utazásoknak, az áruszállítás kiszélesedésének következtében jelentősen felgyorsult a betegségek világszintű terjedése. Egy fertőzött vírushordozó néhány óra alatt a fertőzés helyétől nagy távolságra juthat el, különösen a hosszabb lappangási idejű betegségek esetében a betegség megjelenéséig sok ember fertőződhet meg. Ennek tipikus példája volt a 2009-es influenza-pandémia, amely szerencsére ugyan a városokhoz képest kevesebb megbetegedést okozott, de rövid idő leforgása alatt minden kontinensen megjelent. (1. ábra)



1. ábra: A H1N1 előfordulása és a halálesetek száma 2009 novemberében. Forrás: <http://www.webbeteg.hu>

Egy ritka trópusi betegség megjelenésére egy távoli ország egészségügyi rendszere alig tud felkészülni, problémát jelenthet magának a betegségnek a felismerése, azonosítása is. Veszélyt jelenthet, hogy az itt élő a lakosság védtelen egy ismeretlen fertőzéssel szemben. A „megszokott környezettől” eltérő feltételek között megjelenő kórokozók esetleges mutációja a szokásos kezelési protokoll hatástalanságát is okozhatja.

Többen vetik fel a bioterrorizmus veszélyét is, hiszen néhány óra leforgása alatt egy veszélyes kórokozó vagy mérgező anyag messzire és nagy területek re juthat el. Egy ilyen támadás lehetséges eszközeként tartják pl. a himlővírust. A tényleges veszélyre hívta fel a figyelmet a 2001. szeptember 11 utáni antrax spórákkal fertőzött küldemények megjelenése is.

Ugyancsak a globalizáció, a termelés és a kereskedelem világméretű szerveződése hívta fel a figyelmet a vegyi- és élelmiszerbiztonsággal kapcsolatos veszélyekre. A közelmúlt ilyen eseményei közé tartozott pl. a hazai pirospaprika aflatoxinnal történt szennyeződése (2004), 2011-ben Németországból származó dioxonnal szennyezett disznó- és baromfihús került a boltokba, veszélyes hasmenéses járványt okozó kólibaktérium fertőzés volt az ún. uborkabotrány 2011-ben. A nemzetközi élelmiszerárúház-láncokkal a szennyezett és esetlegesen veszélyes élelmiszerek távoli országokba is eljuthatnak.

Az egyre nagyobb méreteket öltő, globális hatású környezetszennyezésnek ugyancsak vannak egészségügyi vonzatai, pl. az allergiás megbetegedések jelentős emelkedése, a fertőzött ivóvíz okozta megbetegedések stb.

A globalizáció uniformizáló hatásának köszönhető a táplálkozási szokások jelentős átalakulása, és az ehhez kapcsolódó egészségügyi problémák megjelenése pl. a növekvő szénhidrát- és zsírfogyasztás következményei.

Link: http://ec.europa.eu/health-eu/my_environment/bio_terrorism/index_hu.htm

10.2. 2. A felgyorsult életvitel egészségügyi következményei

A 21. század emberének, különösen a nagyvárosokban élőknek, az életvitel átalakulásából, a felgyorsult élettempóból adódóan több, az egészségre is ártalmas kihívással kell megbirkóznia. Ezek közül a leggyakoribb probléma a stressz. A stressz fogalma Selye János kutatómunkájának köszönhetően vált ismertté az 1930-as években. A mindennapi élet eseményei, váratlan helyzetei hatással vannak az emberi szervezetre, és befolyásolják annak működését. Stresszről akkor beszélünk, ha egy olyan eseménnyel állunk szembe, melyre viselkedés-változással reagálunk, ezek háttérben összetett élettani folyamatok húzódnak meg. Selye a stresszt az élet velejárájának, fontos védekezési és alkalmazkodási funkciójának tartotta, amely nélkül nem tudnánk a kihívásokra megfelelően reagálni, és nem is fejlődhetnénk. A stressz tehát eredendően jó és hasznos dolog, mi okozza akkor a problémát? A rövid távú, időként fellépő stressz-hatásra szervezetünknek szüksége van. Más a

helyzet viszont a gyakori, sőt sokszor folyamatos kihívásnak. Selye megállapította, hogy a tartós stressz elsősorban az szív- és érrendszerben, az immunrendszerben, a mellékvesében és a vesékben, az emésztő rendszerben, illetve a bőrön okoz elváltozásokat. Ezek a változások betegségek, testi és lelki problémák kialakulásához vezethetnek. A megoldhatatlannak vélt kihívások tartós félelemérzet és szorongás kialakulását idézhetik elő.

Az elmúlt évtizedekben egyre több, olyan hatásnak vagyunk kitéve, amelyek a tartós stressz kialakulásához vezethetnek. Ilyenek pl.:

- a nagyvárosokban tapasztalható túlszűfoeltság,
- a közlekedési dugók, zsúfolt utak,
- az időhiány, a rohanás,
- a megoldatlan lakásproblémák,
- parkok, játszóterek, pihenésre alkalmas zöld területek hiánya,
- teljesítménycentrikus szemlélet, a munkahelyen való túlzott megfelelni akarás
- az emberi kapcsolatok hiánya,
- a családi szerepek átalakulása, a munka és a család összeegyeztetése,
- a munkanélküliség, illetve annak veszélye,
- társadalmi bizonytalanság,
- anyagi problémák,
- hírdömping,
- a fogyasztói társadalom fogyasztási kényszere, szemléletének ördögi köre: egyre nagyobb igény - egyre több munka

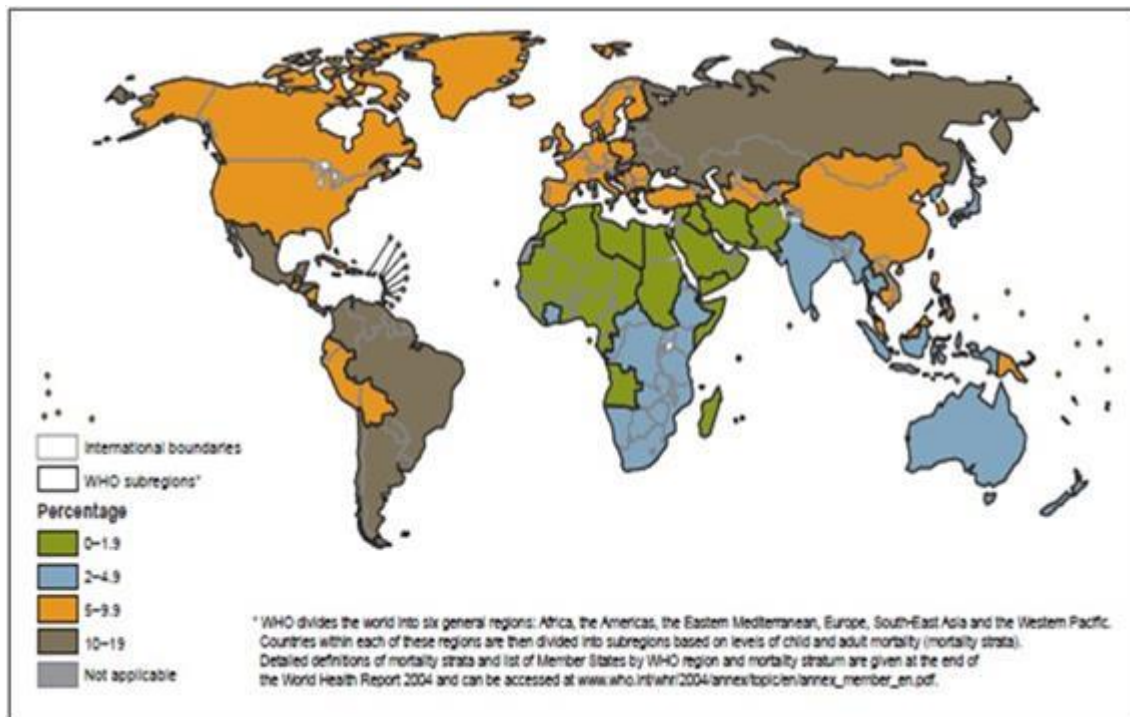


9. animáció: Nagyvárosi gondok

Az, hogy szervezetünk hogyan válaszol a kihívásokra (az élettani és pszichológiai reakciók nagysága, milyensége) elsősorban az egyéntől függ. Van, akinél a reakciók inkább érzelmi változásokat jelentenek, másoknál az igerom vegetatív panaszokban (gyomorgöröcs, fejfájás stb.) nyilvánul meg. A tartós stressz következményei lehetnek pl. alvászavar, emésztési problémák, szív- és érrendszeri, illetve idegrendszeri panaszok, hozzájárul a migrén kialakulásához is, sőt újabb kutatások szerint szerepe lehet az öregedés folyamatának felgyorsításában is. A stressz összefügg a mind jobban szaporodó allergiás, asztmás megbetegedésekkel is. Gyakori probléma, hogy a fizikai tünetek megjelenése újabb stresszt okoz, és így a folyamat ördögi körré alakul.

Ha a stressz-helyzet, a feszültség állandósul az érzelmi, pszichés problémák a depresszió kialakulásához is vezethetnek. A depresszió nem átmeneti rossz hangulat vagy akaratörővel leküzdhető gyengeség, hanem egyre gyakoribb mentális betegség, amely felborítja az ember érzelmi egyensúlyát, tartósan és lényegesen rontja az életminőséget (a munkaképességet és a személyes kapcsolatokat). A depresszió tünetei: állandó fáradtság, erős szorongás, nyugtalanság, ürességérzés, reménytelenség, önmaga hibáinak túlértékelése, a külső körülmények iránti érdeklődés hiánya, döntési képtelenség, amelyhez mentális és szomatikus tünetek is kapcsolódhatnak. A tünetek felismerésében és a mielőbbi gyógyulásban a környezetnek (család, barátok) nagyon fontos szerepe van. Más mentális betegségekkel összevetve a depresszió kezelési eredményei a legkedvezőbbek. A megfelelően (antidepresszánsokkal) kezelt betegek 80%-a teljesen meggyógyul. Az elsődleges gyógyszeres kezelés mellett az odafigyelésen, támogatáson alapuló pszichoterápiás módszerek is sokat segítenek. Nagyon fontos a család és a barátok biztató-támogató hozzáállása.

Ugyancsak a túlzott idegi megterhelés, a tartós stressz járul hozzá az egyre gyakoribb pánikbetegség kialakulásához, amely valójában testi tünetekben megnyilvánuló szorongásos állapot. A legfrissebb felmérések szerint a nők legalább öt, míg a férfiak három-négy százaléka érintett. A betegeknek a gyakran heves szorongással, rettegéssel, néha halálfélelemmel járó, szomatikus és mentális jeleket produkáló pánikrohamok hirtelen törnek ki és rövid időn belül (20-30 perc) spontán el is múlhatnak. A betegség kezelésére a gyógyszerek mellett pszichoterápiás tréningeket (relaxáció, kognitív légzéskontroll, családterápia stb.) is alkalmaznak.



2. ábra. Az alkohol szerepe az egészségkárosodással korrigált életévek (DALYs) alakulásában az egyes WHO alrégiókban (% , 2004) (Forrás: WHO)

Érdeemes röviden megemlíteni a kiégés (vagy ismert idegen szóval: burnout) szindrómát is. Ezt klasszikus értelemben azokkal az emberekkel kapcsolatban használják, akik munkájukkal olyan segítő tevékenységet végeznek, amihez az átlagnál sokkal nagyobb mértékű empátiára van szükségük (orvosok, ápolók, szociális munkások, pedagógusok, stb.). Ma már használják a kifejezést a sok beosztottat irányító, felelős vezetők esetében is. A kiégéshez több ok is vezethet: a folyamatos stressz helyzetek, döntési kényszer, intenzív lelki megterhelés, de okozhatja a munka iránti motiváció csökkenése, a munkahelyi elismerés hiánya, a munkahelyi kapcsolatok megromlása is. A probléma forrása lehet a nem reális énkép, az önmagunk elé állított túlzott elvárás, amelynek, ha nem tudunk megfelelni, gyorsan beindul a kiégés folyamata.

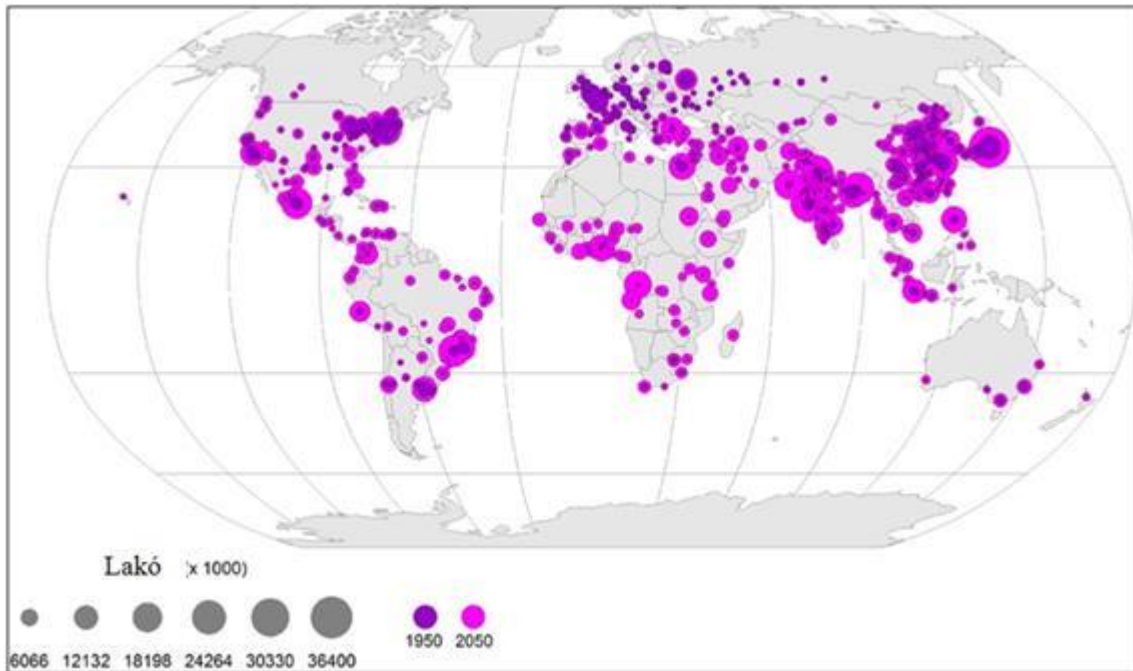
Napjainkban a szaporodó munkahelyi, iskolai problémák egy sajátos következménye az ún. mobbing jelenség. (kiközösítés, a viselkedéssel egy másik ember megalázása). Ilyenkor a felgyülemlett feszültséget sajátos viselkedésükkel a közösség egy tagján vezetik le a többiek, pl. elhallgatnak, ha közeledik, nem kínálják meg, gúnyosan végigmérik az öltözékét, mindig a „nemszeretem” feladatokat bízzák rá stb.

Link: <http://www.webbeteg.hu/cikkek/psziches/2758/a-munkahelyi-stressz-es-a-mobbing>

10.3. 3. A nagyvárosi élet kihívásai

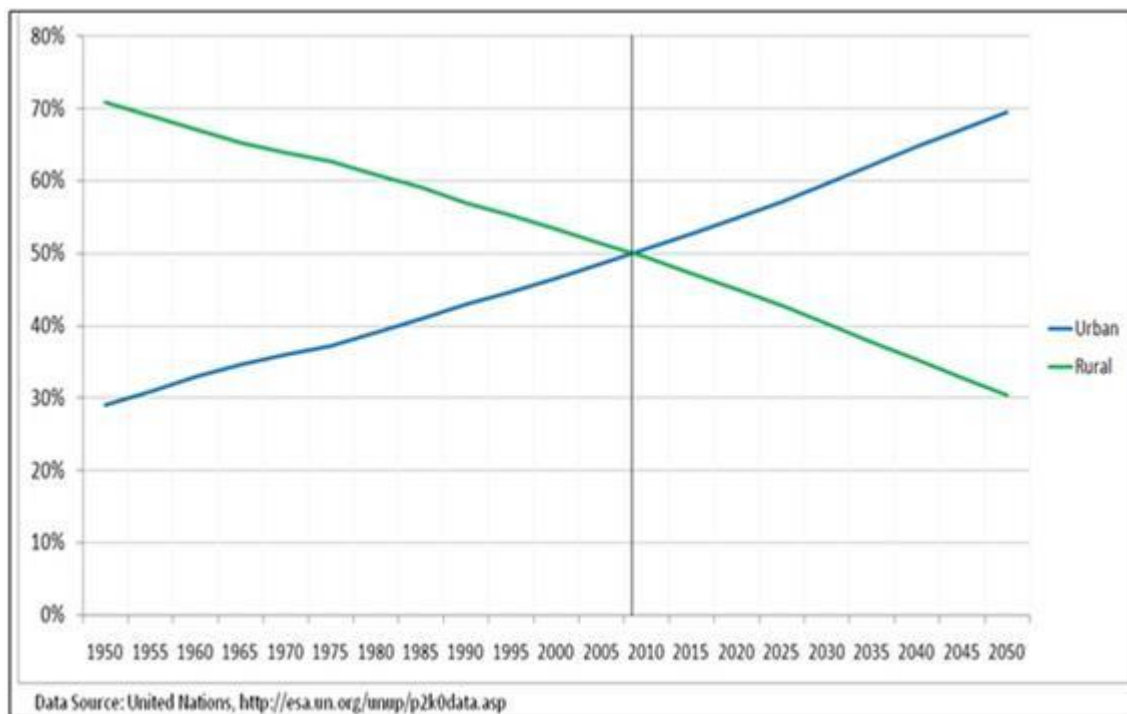
A 20. század a nagyvárosok fejlődésének, az agglomerációk kialakulásának százada volt. A gyors urbanizáció napjainkban a fejlődő világ országaiban folytatódik. A nagyvárosi élet a számtalan előnye mellett azonban hátrányokkal is jár. Ezek elsősorban az egészséges környezet zsugorodásában, a rohanó életmódban, az átalakuló táplálkozási és életviteli szokásokban öltönek testet, és számos negatív környezet-egészségügyi következménnyel járnak. A WHO adatai szerint a városok felelősek az üvegházhatású gázok kibocsátásának 60, az energiafelhasználás, illetve a hulladéktermelés 75 százalékáért. A városlakók 92 %-a él olyan környezetben, ahol a levegő szennyezettsége meghaladja a WHO által előírt értékeket. A nagyvárosban élők esetében a zajszennyezettség napjainkra az egyik legkomolyabb stressz-tényezővé vált. Hasonlóan nagymértékben járul

hozzá a nagyvárosi élet okozta stressz kialakulásához a személyes élettér lecsökkenése, a zsúfoltság. A folyamatos információáradat, az emberekre zúduló reklámözön hosszabb távon ugyancsak kedvezőtlen élettani hatásokkal jár. A motorizáció és a jellemző munkavégzési szokások, körülmények (iroda, számítógép stb.) a mozgásszegény életmód kialakulásához vezetnek, amely a táplálkozási szokások megváltozásával együtt már komoly egészségügyi kockázatot hordoz. A rohanás, a szinte örökös időkénszer átalakítja a társadalmi kapcsolatokat is – kevesebb idő marad a másokkal való törődésre, a családi és a baráti kapcsolatok ápolására –, amelyek a lelki egészség szempontjából lennének nagyon fontosak. Főként az idősök között sok a magát magányosnak, feleslegesnek érző ember. Mivel a város lakók számának növekedése továbbra is világtrend, a város lakók aránya 2050-re várhatóan eléri a népesség 70%-át, a nagyvárosi élet kedvezőtlen hatásai ezért a Föld egyre nagyobb területén okoznak társadalmi-egészségügyi problémát. (3-4. ábra)



3. ábra: Az agglomerációk fejlődése 1950-2050

Forrás: <http://hu.wikipedia.org/w/index.php?title=F%C3%A1jl:>



4. ábra: A világnépesség megoszlása a falvak és a városok között (%) Forrás: ENSZ

Link: http://www.eletforma.hu/orvosi_rendelo/a_nagyvarosi_elet_az_egeszsegre_artalmas.html

A városi élettel kapcsolatos problémák felismerése indított útjára néhány sajátos mozgalmat is. Ilyen pl. a WHO Európai Egészséges Városok Mozgalom, amelynek célja a városi élet egészségkárosító hatásainak mérséklése, az egészség megőrzése és a fenntarthatóság szemléletének előtérbe állítása. A konkrét feladatok között szerepel pl. a lakosság aktív életvitelét is lehetővé tevő zöldterületek növelése, a környezetbarát közlekedési rendszer fejlesztése. A magyar települések közül elsőként Pécs csatlakozott a hálózathoz, de mára már 22 másik település is részt vesz a programokban.

A városok számára egyre fontosabb kihívás a lakosság egészségének és életminőségének javítása. Az egészségtudatos város működésére jellemző, hogy

1. a döntések során figyelembe veszik a lakosság igényeit és elvárásait,
2. foglalkoznak a bevándorlók igényeivel és a társadalmi kirekesztés kezelésével.
3. megfelelő egészségügyi és szociális ellátást nyújtanak a lakosoknak, és törekszenek az egészségügyi műveltség, az egészségtudatos gondolkodás fejlesztésére
4. megteremtik az egészséges életmód elterjedésének feltételit pl. egészséges közösségi színtereket és dohányfüst-mentes területek alakítanak ki, határozott módon és megfelelő eszközökkel lépnek fel az alkohol- és drogproblémák megoldásáért, segítik az egészséges táplálkozás elterjedését, biztosítják ennek feltételeit, segítik az aktív életvitel megvalósítását, az erőszak és a balesetek számának csökkentésével hozzájárulnak a lakosság közérzetének javításához.
5. az épített környezetet úgy alakítják ki, hogy az segítse a rekreációt és a társadalmi kapcsolat kialakítását, szolgáltatásai mindenki számára hozzáférhetőek legyenek.
6. a lakosságot ösztönzik a sajátos kulturális értékek megőrzésére és a kreatív közreműködésre az élhető környezet kialakításában.

Link: http://www.hahc.hu/az_egeszseges_varosokrol_otodik_ciklus.php

Sajátosan lép fel a rohanó élet, a globalizáció ártalmait ellen az 1986-ban Rómában megalakult Slow Movement, vagyis a „lassúság mozgalom”. A mozgalom az élet számtalan területére kiterjed a táplálkozástól a divaton át az

utazásig. A tagok az életvitel átalakításával a felgyorsult világ és a mértéktelen globalizáció ellen tiltakoznak. A mozgalom egyik eleme a Slow City-k kialakítása is. A hálózathoz kapcsolódó települések célja a minőségi városi élettér megteremtése a környezettel összhangban. A mozgalomhoz az 50 ezer főnél kisebb népességszámú városok csatlakozhatnak, akik vállalják a környezetbarát közlekedés kialakítását és fejlesztését, a zöld területek arányának növelését és a helyi termelés támogatását. A „lassú város” szerkezetéhez és működéséhez a mintát az olasz reneszánsz városok főtér köré rendeződő szerkezete jelenti. Eddig a világon mintegy 120 város érdemelte ki a Slow City címet.

10.4. Összefoglalás

A globalizáció jelentősen átalakította a 20-21. század emberének életét, és egyben új egészségügyi kihívásokkal is járt. Az élet felgyorsulása, az életmód átalakulása nagymértékben hozzájárult a korunkra jellemző tartós stressz-helyzetek kialakulásához. A tartós stressz a felelős több betegség, köztük a depresszió és a szenvedélybetegség nagymértékű elterjedésért. Az urbanizáció, a városi életmód terjedése szintén felerősítette ezt a folyamatot, ezért napjaink egyre fontosabb törekvése az élhető város, illetve lakókörnyezet megteremtése.

10.5. Ellenőrző kérdések

1. Milyen egészségügyi vonzatai vannak a globalizációnak?
2. Milyen tényezők járulnak hozzá a káros stressz-helyzetek kialakulásához?
3. Milyen egyéb betegségek kialakulása vezethető vissza a stresszre?
4. Milyen egészségügyi problémákat hozott a felszínre az urbanizáció felgyorsulása?

10.6. Tesztfeladatok

Döntse el, hogy igazak vagy hamisak az alábbi megállapítások! Írjon I betűt az igaz, és H betűt a hamis megállapítás sorszámára elé!

- 1. A globalizáció uniformizáló hatásának köszönhető a táplálkozási szokások jelentős átalakulása.
- 2. A nagyvárosi életmód terjedésének köszönhetően sokat javult a városi környezet állapota, minősége.
- 3. A kiégés jelensége sajátos munkahelyi ártalomként is értelmezhető.
- 4. A pánikbetegség kialakulásában is szerepe van a tartós stressznek.
- 5. A globalizálódó ételmiszer-előállítás kedvezően hat az ételmiszerbiztonságra.

Megoldás: 1. I, 2. H, 3. I, 4. I, 5. H

11. 10. Járványok a 21. század elején

Célkitűzés:

A téma feldolgozásának célja, hogy a hallgatók megismerjék a legfontosabb járványtani fogalmakat, megértsék a járványok kialakulásának okait, megelőzésük feltételeit. Megismerjék a legelterjedtebb fertőző betegségeket.

Tartalom:

1. Járványtani alapfogalmak és mutatók
2. Fertőző betegségek a 21. század elején

11.1. 1. Járványtani alapfogalmak és mutatók

A járványtan a betegségeket azok földrajzi, gazdasági és társadalmi környezetében, azokkal összefüggésben vizsgálja. Ez alapvető jelentőségű a különböző megbetegedéseket előidéző tényezők feltárásában. A járványtan történetét a legtöbben Dr. John Snow angol orvos kutatásaival kapcsolják össze, aki az 1854-es kolerajárvány

terjedését tanulmányozta London Soho városrészében. A megbetegedésekről térképet készített, és ennek alapján jutott arra a következtetésre, hogy a fertőzés forrása a nyilvános vízhálózat volt. A fertőzött kutakat lezárták, és ennek köszönhetően a kolera terjedése megállt.

11.1.1. 1.1. Járvány (epidémia)

Járványról beszélünk, amikor egy fertőző betegség viszonylag rövid időn az átlagosnál jóval nagyobb mértékben okoz megbetegedést. Endémia, ha a fertőző betegség egy kisebb, meghatározott területre korlátozódik, pandémia, ha több országot, a világ nagy részét érintő megbetegedések fordulnak elő.

A járványok kialakulásában szerepet játszó legfontosabb tényezők:

1. A mezőgazdasági gyakorlatban, az élelmiszernövények termesztésében, az állattenyésztésben bekövetkezett változások.
2. A társadalomban és az emberekben bekövetkezett változások (pl. kulturális és táplálkozási szokások átalakulása, globalizáció hatása).
3. Az egészségügyi ellátórendszer hiányosságai, kórházak és orvosi beavatkozások problémái.
4. Alultápláltság, rossz életkörülmények, az ellenálló-képességet csökkentő betegségek.
5. A kórokozók evolúciója (rezisztencia, mutáció stb.).
6. A környezet szennyeződése (vízkészlet, levegő, talaj, élelmiszerek szennyeződése stb.), környezeti ártalmak.
7. Felgyorsult, nagy területeket átívelő nemzetközi utazások.
8. Egészségügyi programok, felvilágosító kampányok hibái, eredménytelenségei.
9. Nemzetközi kereskedelem.
10. Éghajlatváltozás – a kórokozók elterjedésének módosulása.

11.1.2. 1.2. Járványtani mutatók

Ezek a mutatók abban segítenek, hogy a járványtani szakemberek átláthassák az adott járvány jellemzőit, a lakosság egészségi állapotát és ennek alapján meghozhassák a szükséges intézkedéseket.

Kockázat: Egy adott népességcsoport egy adott időtartam alatti megbetegedésének vagy halálzásának valószínűségét jelenti. Általában 1000 főre vetítve határozzák meg. A mutató egy sajátos változata az élethosszig tartó kockázat, amely azt határozza meg, hogy mekkora az esélye annak, hogy valaki az élete során megbetegedjen az adott betegségben. A kockázat meghatározásánál azt is figyelembe kell venni, hogy valaki egy adott betegséget több alkalommal is elkaphat pl. influenza.

Prevalencia: Egy betegség prevalenciája azt mutatja meg, hogy mekkora az adott betegségben szenvedők aránya a vizsgált populációban. Ez vonatkozhat egy meghatározott időpontra (pontprevalencia) vagy adott időszakra (pl. egy adott járványidőszak).

Incidencia: Egy meghatározott időtartam (egy hét, egy hónap, stb.) alatt fellépő új megbetegedések gyakorisága, azaz az adott időintervallumban felismert esetek és a megfigyelési időszak kezdetén a betegségtől mentes személyek aránya egy népességcsoportra vetítve. Az incidencia segíthet a rizikócsoportok meghatározásában, pl. kimutatható, hogy egy adott betegség a gyerekeket vagy az időseket támadja-e meg jobban, de a területi eltérések is felismerhetők a segítségével. Így pl. egy adott fertőzés okainak feltárását is elősegítheti.

A prevalencia értéke a vizsgált betegség incidenciájától és a betegség lefolyásának hosszától függ. A prevalencia azonban lassabban követi az incidenciát változását. Előfordul például, hogy miután valamely betegség megelőzésére hatékony módszert dolgoznak ki, a betegség incidenciája hirtelen csökken, míg a prevalencia még hosszú ideig magas marad.

Reprodukciós ráta: azt jelenti, hogy egy fertőzés hány további fertőzést okozhat egy védtelen népességben. A nettó reprodukciós ráta meghatározásakor figyelembe kell venni a lakosság védettségét is. Egy endémia

terjedésének megfékezésére a nettó reprodukciós ráta értékét 1-re kell lecsökkenteni. A járvány felszámolására a ráta értékének egy alá kell süllyednie. Minél alacsonyabb ez az érték, annál gyorsabban számolható fel a betegség. Néhány fertőző betegség reprodukciós rátája: malária: több, mint 1000, kanyaró: 15-18, gyermekbénulás: 6-8

A nettó reprodukciós ráta (N_0) kiszámítása: $N_0 = R_0 \times (100\% - n\%)$

R_0 : reprodukciós ráta, $n\%$: az immunizált (beoltott) népesség aránya

Megelőzés: A járványok kialakulásának megakadályozása érdekében végzett tevékenységek, foganatosított intézkedések, pl. védőoltások beadása és az egyéb megelőzést szolgáló kezelések, járványügyi szűrővizsgálatok, általános járványügyi feladatok ellátása, egyéni védőeszköz megismertetése, az egészségkultúra kialakítása, felvilágosítás

Védőoltás: a fertőző betegségekkel szembeni védetté (immunissá) tétel leggyakoribb eszköze. A védőoltás gyöngített vagy előlt kórokozókat, illetve már kész ellenanyagot tartalmazó oltóanyag, melyet a szervezetbe juttatva az adott betegséggel szemben védettség alakul ki (immunizáció). Aktív immunizációról beszélünk, ha az oltóanyaggal legyengített kórokozókat juttatnak a szervezetbe, így a szervezetet ellenanyag termelésére készítetik. Ettől kezdve, ha a szervezet ugyanezzel a kórokozóval találkozik, megkezdődik az ellenanyag termelése. A passzív immunizáció során az adott kórokozó elleni kész ellenanyagot juttatnak a védőoltással a szervezetbe. Ezt főleg a már elkapott fertőzéssel szemben, vagy legyengült immunrendszerű emberek esetében alkalmazzák, de olyankor is, amikor nincs idő a teljes oltássorozatra pl. külföldi utazás esetén. A passzív immunvédelem azonban csak addig tart, amíg a szervezetből ki nem ürülnek a beoltott ellenanyagok, azaz hatása jóval rövidebb (néhány hét, hónap) ideig marad fenn.

A fertőző betegségek megelőzése a világ minden országában fontos feladat, ezért az egyes országok saját oltási rendszert dolgoznak ki, amelyben meghatározzák a kötelező védőoltásaik beadási rendjét, (kit, milyen életkorban, mi ellen kell oltani) valamint a kötelező és ajánlott védőoltásokra, oltóanyagokra vonatkozó szabályokat, ajánlásokat.



10. animáció: Járványtan - kölcsönhatások



11. animáció: WHO

11.2. 2. Fertőző betegségek a 21. század elején

Ebben a fejezetben néhány olyan fertőző betegségre térünk ki, amelyek napjainkban is jelen vannak a Földön, és a világ számos országában jelentős arányban felelősek a halálozások alakulásáért.

11.2.1. 2.1. AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome , szerzett immunhiányos tünet együttes)

A betegséget a HIV (Human Immunodeficiency Virus) okozza letalitása gyakorlatilag 100%. Bár a vírus terjedése 1959-ig vezethető vissza, csak 1981-ben azonosították. A legtöbb tudós szerint a HIV Fekete-Afrikában alakult ki a 20. század első felében. Mára minden kontinensre kiterjedő pandémiává vált. A vírus az immunrendszert támadja meg, és elsősorban a T-limfocitákat pusztítja. A fertőzés hatására az immunrendszer fokozatosan leromlik, ez lehetővé teszi más fertőzések, illetve daganatok megjelenését, végső soron ez vezet a halálhoz is. A betegségre utaló tünetek átlagosan 5 éves lappangás után jelentkeznek, de a fertőzött ezen idő alatt is továbbadhatja a vírust. A fertőzés közvetlen érintkezéssel, a vér és egyéb a testfolyadékok közvetítésével terjed. A legfőbb fertőzés szexuális együttlétkor, fertőzött injekciós tű használatkor, illetve a fertőzött anya és csecsemő között a terhesség, a szülés és a szoptatás során alakul ki. De terjedhet nem ellenőrzött vércsökkentéssel pl. vérátömlesztéskor is. Bár az AIDS napjainkban sem gyógyítható, már léteznek olyan hatékony gyógyszerek, amelyek jelentős mértékben lelassítják a vírus szaporodását, és az immunrendszer leépülését. A betegség gyógyítását nehezíti, hogy a vírus nagyon gyorsan és könnyen mutálódik, így rezisztenssé válik a gyógyszerekre. Ennek veszélye a kombinációs terápia alkalmazásával csökkenthető. Az AIDS terjedésével kapcsolatos adatokat a 1-3. ábrák mutatják be.

Global summary of the AIDS epidemic | 2011

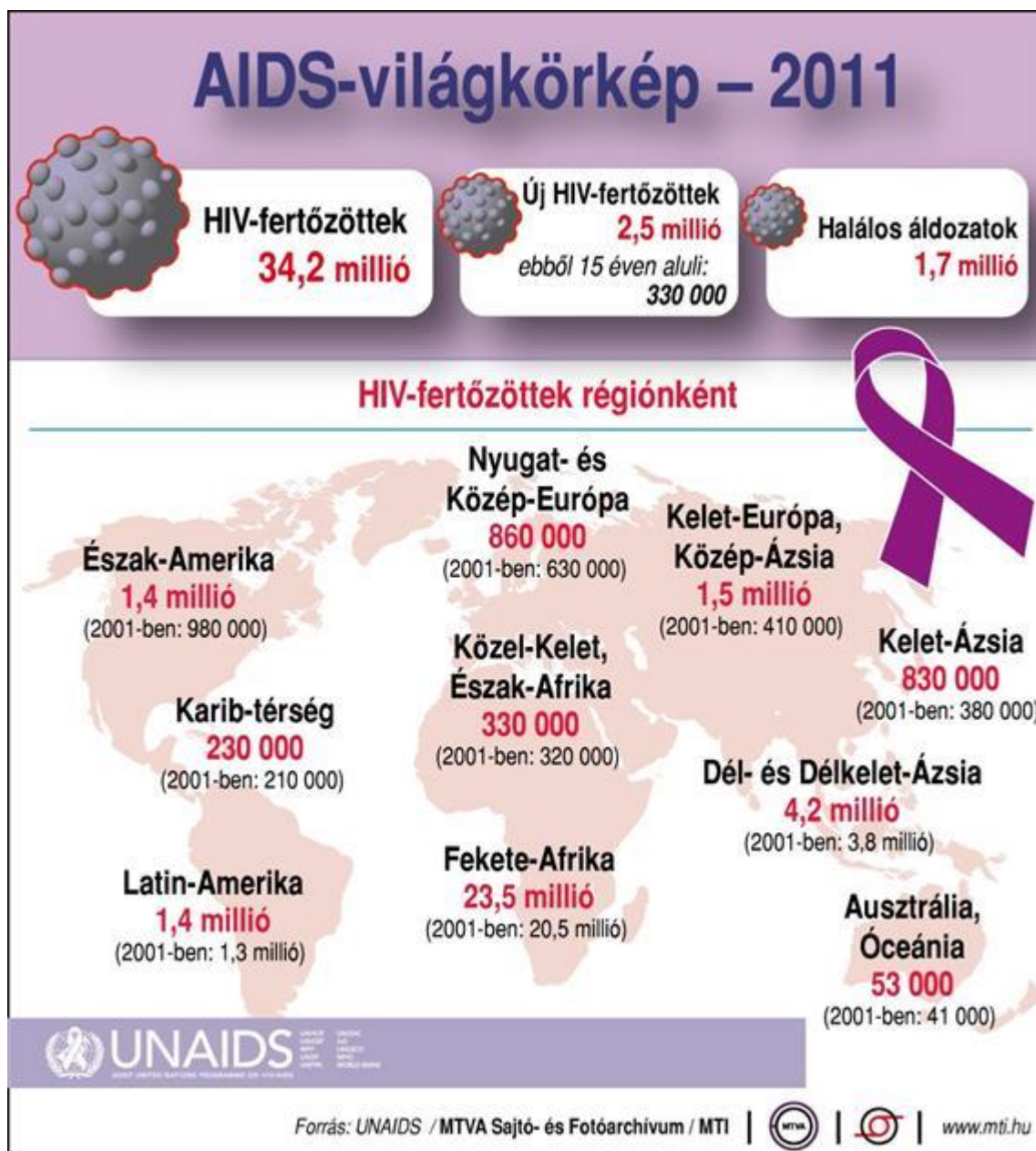
Number of people living with HIV	Total	34.0 million [31.4–35.9 million]
	Adults	30.7 million [28.2–32.3 million]
	Women	16.7 million [15.4–17.6 million]
	Children (<15 years)	3.3 million [3.1–3.8 million]

People newly infected with HIV in 2011	Total	2.5 million [2.2–2.8 million]
	Adults	2.2 million [1.9–2.4 million]
	Children (<15 years)	330 000 [280 000–390 000]

AIDS deaths in 2011	Total	1.7 million [1.5–1.9 million]
	Adults	1.5 million [1.3–1.7 million]
	Children (<15 years)	230 000 [200 000–270 000]



1. ábra: Az AIDS-helyzet 2011-ben – legfontosabb adatok (Forrás: WHO)



2. ábra: A fertőzések területi jellemzői 2011 (Forrás: WHO és <http://www.magyar-hirlap.ro>)

Antiretroviral therapy coverage in low- and middle-income countries, adults and children [combined], December 2011

Geographical region	Estimated number of people receiving ARV therapy	Estimated number of people needing ARV therapy	Antiretroviral therapy coverage
Sub-Saharan Africa	6 200 000	11 000 000	56%
Latin America and the Caribbean	580 000	850 000	68%
East, South and South-East Asia	1 100 000	2 400 000	46%
Europe and Central Asia	130 000	510 000	25%
North Africa and the Middle East	17 000	116 000	15%
Total	8 000 000	14 800 000 [13.7–15.6 million]	54% [50–60%]



3. ábra: Hatékony terápiaiban részesülők aránya az alacsony és közepes jövedelmű országokban (Forrás: WHO)

Javasolt linkek:

<http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2012/chapter-3-infectious-diseases-related-to-travel/hiv-and-aids.htm>

<http://www.youtube.com/watch?v=n61IAf07VAQ&feature=plcp> (WHO-AIDS startégia)

11.2.2. 2.2. Hepatitis

A májgyulladás különböző típusai közül a legelterjedtebb a Hepatitis A és B. Napjainkban a növekvő méretű turizmushoz, utazásokhoz kapcsolódóan megelőzésük fontos epidemiológiai feladat.

A gyengébb lefolyású Hepatitis A felelős a májgyulladások 75%-áért. Lappangási ideje 28-30 nap. A betegség hirtelen kezdődik, néhány napig tartó láz, elesettség, étvágytalanság és sárgaság kíséri. A fertőzőképesség időtartama a lappangási idő második felétől kezdődik és a sárgaság megjelenése után néhány nappal megszűnik. A hosszú lappangási idő kedvez a betegség nagyobb távolságokra történő elterjedésének is. A fertőzés megelőzhető az általános higiénés rendszabályok, a kézmosás, a körültekintő étel- és vízfogyasztás szabályainak betartásával. (Fertőzésveszély esetén csak forralt vizet vagy palackozott vizet fogyasszunk, ebben mossuk meg alaposan a zöldségeket és gyümölcsöket is, amelyeket ajánlott meghámozni. Fogmosáshoz is ilyen vizet használjuk. Ha valaki elkapta a betegséget tisztálkodási eszközeit különítsük el.) Különösen érdemes betartani ezeket az óvintézkedéseket a Hepatitis A-val jobban fertőzött földközi-tengeri térségében, Ázsiában és Afrikában. (4. ábra) A fertőzésveszélyes térségekbe történő huzamosabb (több hónapos) kint tartózkodás esetén javasolt a hepatitis A (és B) elleni védőoltás.



4. ábra: A hepatitis A elterjedése (Forrás: WHO, CDC)

A hepatitis B nagy fertőzőképességű, vérrel és testnedvekkel terjedő vírus, fertőzőképessége 10 szerese az AIDS-et okozó HIV-ének. A fertőzés a májat támadja meg és akut, illetve krónikus betegséget egyaránt okozhat.

Leggyakrabban szexuális kapcsolat, vérátömlesztés, valamint apróbb sérülések során a fertőzött olló és borotva használata révén terjed, de a fertőzés forrása lehet a nem steril, illetve a nem megfelelően fertőtlenített eszközökkel végzett tetoválás, piercing, pedikűr és manikűr is. Gyakran a fertőzött terhes kismama adja át gyermekének a kórokozót a szülés folyamán.

Lappangási ideje hosszú, leggyakrabban 60-90 nap, de lehet 180 nap is. A fertőzőképesség a lappangási időben, rendszerint több héttel a tünetek megjelenése előtt kezdődik és a heveny tünetek lezajlásáig tart. A tünetmentes hordozók és a krónikus betegek évekig, akár életük végéig fertőzőképesek maradhatnak

A betegség tipikus tünetei a sárga bőr és szemfehérje, sötét vizelet, erős fáradtság és levertség, hasüregi fájdalom, ízületi fájdalmak, étvágytalanság. A tünetek néha akár hónapokig, vagy évekig is jelentkezhetnek. A hepatitis B fertőzés általában a betegek 10%-nál krónikussá válhat, amely később súlyos, halálos kimenetelű betegségek okozója lehet (májzsugor, májrák). A hepatitis B fertőzés világszerte elterjedt, és jelenleg mintegy 2 milliárd embert érint, közülük kb. 360 millióan szenvednek krónikus betegségben. Évente 500-700 ezer haláleset történik a hepatitis B vírusfertőzés következtében, pedig a betegség ellen létezik hatékony védőoltás. Európában évente egy millióan fertőződnek meg újonnan és hozzávetőlegesen 14 millióra tehető a krónikus betegek száma. A krónikus hepatitis esetében döntő fontosságú a betegség felismerése, mert hosszú, gyakran élethosszig tartó gyógyszeres kezelésre van szükség. Hazánkban a hepatitis B elleni kötelező védőoltást 1999 óta minden 14 éves megkapja.

A hepatitis B rendkívül gyakori Kínában és Ázsia más országaiban is. Az emberek többsége itt már gyermekkorában elkapja a betegséget, és az ázsiai országok népességének 8-10%-a szenved krónikus hepatitis B-ben. Ezért a krónikus fertőzés következtében kialakuló májzsugor és májrák ebben a térségben a férfiak körében a harmadik, a nők körében pedig az első vezető halálok. Magas a fertőzöttségi szint az Amazonas vidékén, és a Közel-Kelet egyes országaiban. Kelet-Európa országaiban is nagyobb a fertőzöttség, mint a kontinens más részein. Nyugat- Észak- és Közép-Európában, illetve Észak-Amerikában a népesség kevesebb, mint egy százalékát érinti a hepatitis B fertőzés, de a növekvő migráció következtében egyre több fertőzött menekült érkezik ezekbe az országokba is. (5. ábra)



5. ábra: A Hepatitis B elterjedése és a megbetegedési valószínűsége: vörös: magas; narancs: közepes; sárga: alacsony (Adatok forrása WHO, kép: Wikipédia)

Javasolt linkek:

<http://www.youtube.com/watch?v=YLB6ELr72PY&feature=autoplay&list=UL2FzkCUfhAoo&playnext=1>
WHO-hepatitis day 2011

<http://www.cdc.gov/hepatitis/index.htm>

11.2.3. 2.3. Influenza (grippe)

Az influenzavírus által okozott fertőző betegség, amely emberek között cseppfertőzéssel vagy közvetlen érintkezés útján terjed. Fő tünetei a hirtelen kezdődő láz, izomfájdalom, elesettség, később pedig száraz köhögés. A betegség általában magától gyógyul, de ilyenkor javasolt az ágynyugalom és a lázcsillapítás, valamint fontos a megfelelő folyadékpótlás. Bár a betegség általában nem veszélyes, különösen az idősek körében léphetnek fel súlyos szövődmények (felső és alsó légúti gyulladás, szívizomgyulladás, tüdőgyulladás). Ez utóbbi idős korban és immunhiányos állapotúaknál gyakran halálos kimenetelű lehet. A 2009-es pandémiát okozó H1N1 influenzavírus-törzs különösen a terhes nőknél okozott tüdőgyulladásos szövődményeket, közülük több esetben halálos kimenetelű megbetegedést.

Az influenza vírusnak több típusa is létezik. Az A típusú influenzavírus az emberen kívül más emlősök és madarak között is elterjedt kórokozó. Ez vírus okozza a legnagyobb, akár az egész világra kiterjedő járványokat és a legsúlyosabb betegségeket. A fertőzőképesség oka a vírustípus nagyfokú változékonysága, ezért gyakran alakulnak ki újabb változatok, amelyekkel szemben még nem alakult ki védettség. A legelterjedtebb emberi kórokozók A-vírus altípusok: H1N1 és H3N2. A B típusú influenzavírus csak kisebb járványokat okoz, a C típusú pedig leginkább a gyermekközösségekben terjed, és csak enyhe lefolyású megbetegedést idéz elő.

Influenza megelőzésére védőoltás adható. Ez azoknak ajánlott, akiknél magas az influenza szövődményeinek kockázata (idősek, krónikus betegségben szenvedők, immunhiányosok). A H1N1 influenzavírus-törzs ellen javasolják a kismamák beoltását is.

A legutóbbi nagyobb influenza pandémiák:

1. 1889: orosz nátha (H2N2)
2. 1918: spanyolnátha (H1N1)
3. 1957: ázsiai influenza (H2N2)
4. 1968: hongkongi influenza (H3N2)
5. 2009-es influenza pandémia (H1N1)

Javasolt linkek:

<http://apps.who.int/ithmap/> International Travel and Health Interactive map

<http://www.who.int/ith/en/index.html>

11.3. Összefoglalás

Járvány, ha egy fertőző betegség viszonylag rövid időn belül az átlagosnál jóval nagyobb mértékben okoz megbetegedést, jellegét tekintve lehet endémia és pandémia. A járványok kialakulásában több tényező is szerepet játszik, de jelentős részük a higiéniai körülmények javításával, az egészségügyi ellátás fejlesztésével, illetve a kötelező védőoltások bevezetésével megelőzhető. A fejlett országok járványügyi helyzete sokkal kedvezőbb, de a turizmus, a nagyfokú migráció növeli a járványok kialakulásának veszélyét ezekben az országokban is.

11.4. Ellenőrző kérdések

1. Milyen tényezők járulnak hozzá napjainkban a járványok kialakulásához?
2. Milyen eszközökkel előzhető meg a járványok kialakulása, terjedése?
3. Miért válhatott korunk egyik legnagyobb egészségügyi veszélyforrásává az AIDS?
4. Miért alakulhat ki könnyen influenza pandémia?

11.5. Tesztfeladatok

Melyik betegsége vonatkoznak az alábbi megállapítások? Írja a betegség betűjelét a megállapítás sorszámára elé! Egy megállapításhoz több betegség is kapcsolódhat.

1. AIDS
 2. Hepatitis A
 3. Hepatitis B
 4. Influenza
1. A vírus az immunrendszert támadja meg.
 2. Elsősorban fertőzött élelmiszerekkel, vízzel terjedő enyhébb lefolyású májgyulladás.
 3. Van ellene védőoltás.
 4. Krónikus betegséggé alakul, illetve alakulhat.
 5. 2009-ben kisebb méretű pandémiát okozott.

Megoldás:

1: A, 2: B, 3: B, C, D, 4: A, C 5: D

12. 11. Az egészségturizmus

Célkitűzés: A téma feldolgozásának célja, hogy bemutassa az egészségturizmus jellemzőit. Megismertesse szerepének, jelentőségének fontosságát az egészség megőrzésében és visszaállításában. Bemutassa hazánk kiemelkedő adottságait az egészségturizmus területén.

Tartalom:

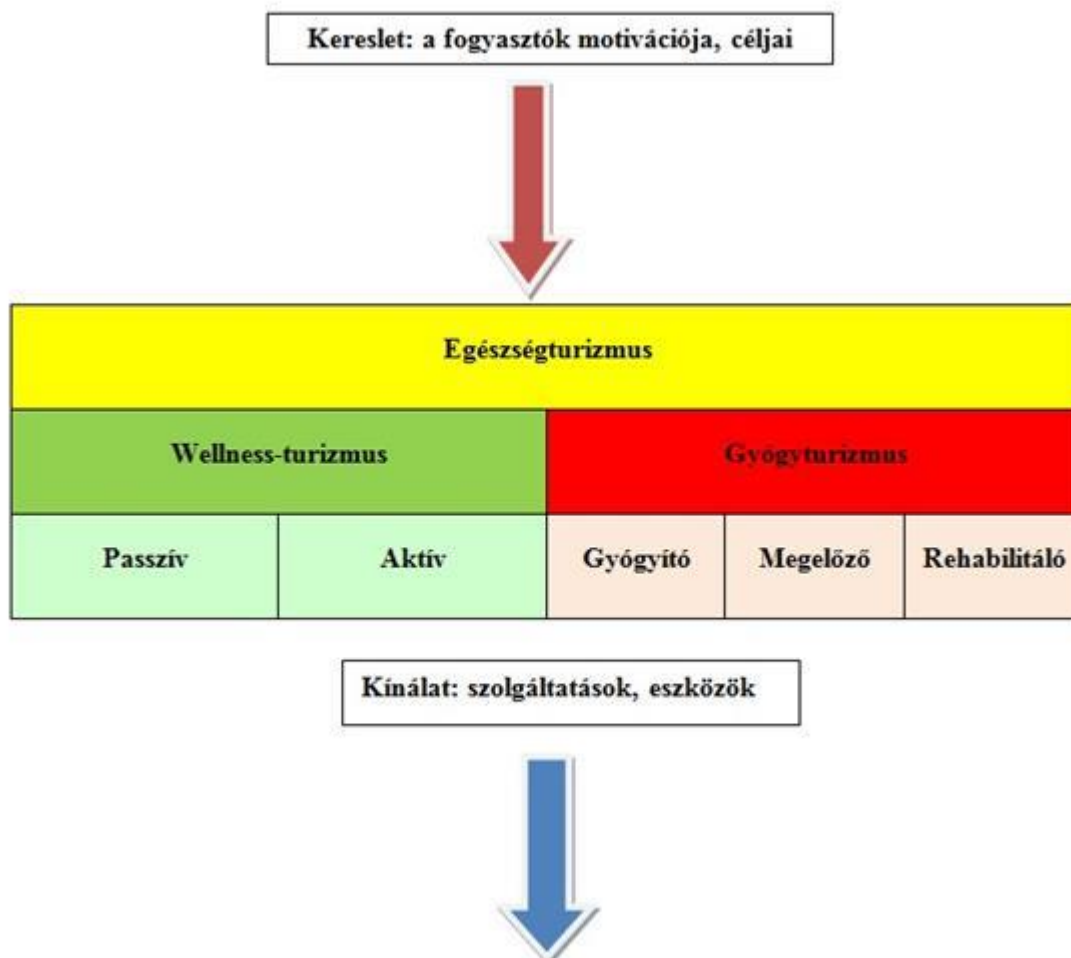
1. Az egészségturizmus fogalma és jellemzői
2. Az egészségturizmus legfontosabb típusai
3. A gyógyfürdők szerepe a hazai egészségturizmusban

12.1. 1. Az egészségturizmus fogalma és jellemzői

Az egészségturizmus új keletű fogalom, bár már az ókori orvosok is javasolták pácienseiknek a tengerparti pihenést bizonyos betegségek esetén, és szívesen keresték fel akár távoli a gyógyfürdőket is a Római Birodalom polgárai. Igazán azonban csak az életszínvonal látványos emelkedésével, a 20. század vége felé vált jelentőssé a fejlett világ országaiban. Talán ennek is köszönhető, hogy a meghatározása a mai napig viták tárgyát képezi. Csak abban mutatkozik egyetértés, hogy az egészségturizmushoz többféle szolgáltatás, illetve termék is tartozik, de ezek pontos köréről már megoszlanak a vélemények. Abban sincs egyetértés, hogy milyen mértékben kapcsolódik egyéb szolgáltatás- és terméktípusokhoz, pl. a sporthoz, a gyógyításhoz. A problémát az jelenti, hogy nehéz pontos határt húzni a szolgáltatások közé, egy-egy tevékenység, program (gazdasági szempontból termék) ugyanis egyszerre tartozhat a klasszikus turisztikai tevékenységhez, de emellett pl. az egészségügyi ellátáshoz is sorolható. Lehet, hogy valaki a lakóhelyén veszi igénybe azt az egészségügyi szolgáltatást, amelyért más valaki távolról utazik oda. Az egyik esetben egyszerű gyógyászati kezelés, a másik esetben már egészségturizmus. Lehet az is, hogy valaki orvosi beutalásra, de lehet, hogy saját elhatározásából választ, pl. gyógykezelést egy gyógyfürdőben. Azt sem szabad elfelejteni, hogy az egészségturizmus által kínált szolgáltatások köre is fokozatosan bővül.

Az azonban leszögezhető, hogy az egészségturizmus összetett gyűjtőfogalom, amely magában foglal minden, az egészséggel kapcsolatos utazási tevékenységet, típust. Az utazást egyrészt a résztvevők egészségi állapotának javítása – a gyógyulás, gyógyítás, rehabilitáció -, illetve annak megőrzése (betegségmegelőzés, prevenció) motiválja. Megvalósulhat hazai (belföldi) és nemzetközi viszonylatban egyaránt.

Az egészségturizmushoz tartozó széleskörű szolgáltatások (a kínálat) alapvetően két részre oszthatók. Egyik csoportba tartoznak a gyógyturizmushoz sorolható termékek, ezen belül megkülönböztethetünk a betegségmegelőzéshez, a gyógyászathoz és a rehabilitációhoz kapcsolódó szolgáltatásokat. A másik csoportba tartoznak a wellness-turizmus termékei. Ezek lehetnek a résztvevők (fogyasztók) tevékenysége alapján, aktív és passzív típusúak. (1. ábra) Bár a kínált szolgáltatások sok esetben mindkét alaptípusban – gyógy- és a wellness-turizmus – megjelennek, a fogyasztók motivációja alapján azonban ezek elkülöníthetőek. Ebből a szempontból a gyógyászati és a rehabilitációs turizmus szétválasztása azonban továbbra is nehéz.



Lábra: Az egészségturizmus tagolódás

Az egészségturizmussal foglalkozó szakemberek nagyon fontosnak tartják a szolgáltatásokat igénybe vevők motivációját. A motivációelemzési kutatások alapján megállapítható, hogy az emberek igénylik a biztonságot, amely alatt nem csak a fizikai, hanem a biológiai biztonságot, az egészség meglétét is értik. Az egészségi problémák megjelenésével a biztonságérzet jelentősen csökken. Általánosságban elmondható, hogy ha egy adott gyógymód, vagy gyógytényező segíti az egészségügyi problémák megoldását, akkor az emberek hajlandóak ennek igénybevételére időt, energiát és pénzt áldozni. Ebből következik, hogy a gyógyturizmus motivációs alapja igen szilárd, és szinte mindenki potenciális fogyasztó lehet. A fogyasztók létszámát azonban erősen leszűkíti, hogy a specializált egészségügyi szolgáltatások drágák, de ellene hat az is, hogy sokan nem ismerik, vagy nem fogadják el a természetes gyógymódokat.

Kissé más jellemzi a wellness-turizmust. A wellness szolgáltatások, amelyek az egészségmegőrzése érdekében önként is cselekedni akaró, illetve képes fogyasztók igényeit elégítik ki, sokkal összetettebbek, rugalmasabbak és sok esetben magasabb szintűek. A wellness szolgáltatások fogyasztói általában az anyagi és fizikai biztonságban élő, egészséges, valamilyen társadalmi és családi közösséghez tartozó, illetve tartozni akaró rétegből kerülnek ki. Ők azok, akik számára az egészséges szellemi és fizikai állapot megőrzése a fontos, tudnak és hajlandóak is törődni saját egészségük megőrzésével, emellett nyitottak a természetes prevenciók módokat kínáló (wellness) szolgáltatások igénybevételére. Betegségük esetén természetesen ők is fogyasztói lehetnek a gyógyturizmus szolgáltatásainak.

A motorizáció okozta mozgásszegény életvitel, a civilizációs ártalmak és kísérő jelenségeik, a stressz az emberek mind jelentősebb részének érdeklődését keltette fel az egészségtudatos életmód iránt. Ez megjelenik a fizikai, a mentális és biológiai egyensúly megteremtését célul kitűző szolgáltatások – így az egészségturizmus - iránti igény növekedésében is. Emellett döntő szerepe volt ebben az állami szociális szerepvállalás csökkenésének is, amely hozzájárult az egyéni felelősség felismeréséhez az egészségmegőrzésben. Az egészségtudatos szemléletmód terjedésének köszönhetően fokozatosan nő az egészségturisztikai bevételek aránya az idegenforgalmon belül. Ez általában együtt jár a beruházások gyors növekedésével, a kínálati piac és a verseny élesedésével is. A 2000-es évek első évtizedében nemzetközi átlagban 6 egészségturisztikai vendégéjszakát töltöttek gyógyhelyen a vendégek, hazánkban ez a szám mindössze 3,6 éjszaka gyógy-, és csupán 2,5 éjszaka a wellness szállók esetében.

Hazánk rendkívül jó természeti adottságokkal rendelkezik az egészségturisztika területén. Magyarországon kívül kevés nemzet bír hasonló jelentőségű termálvízkészlettel. Termálvízkészletünk nagysága alapján ott vagyunk az öt legnagyobb termálvízkinccsel rendelkező ország között (Japán, Izland, Olaszország, Franciaország, Magyarország). A mennyiségi adatokon túl az is fontos, hogy Japán és Izland magas hőmérsékletű, de alacsony ásványi anyagtartalommal bíró vizekkel rendelkezik. Olaszországban és Franciaországban magas a vizek ásványi anyag tartalma, de a hőmérsékletük általában jóval alacsonyabb a Kárpát-medencében fellelhető vizekéhez képest. Magas hőmérsékletűek és magas ásványi anyag tartalmú gyógyvizeink tehát kiváló alapot jelenthetnek a gyógy- és wellness-turizmus számára. (Országos egészségturizmus fejlesztési stratégia, 2007)

12.2. 2. Az egészségturizmus legfontosabb típusai

12.2.1. 1. A gyógyturizmus

Konkrét betegség gyógyítása érdekében igénybevett szolgáltatás. A vendég általában betegként és nem turistaként éli meg a gyógyhelyen, vagy a gyógyüdülőben történő tartózkodást, amelynek hossza a betegség jellegétől, illetve a kezelési protokolltól függ. Az általában jól körülhatárolt, természeti gyógytényezőre (gyógybarlang, mikroklíma, gyógyvíz, gyógyiszap stb.) épülő szolgáltatások hangsúlya az ilyen helyeken a gyógyászati szolgáltatások irányába tolódik el. A turisztikai szolgáltatások szerepe inkább csak kiegészítő jellegű. (2. ábra) Gyógyászati központok létesülhetnek azonban természetes gyógytényezők hiányában is (pl. jól megközelíthető, egészséges környezetben létrehozott, korszerű technikával felszerelt rehabilitációs központ).



12. animáció: Egészségturizmus



2. ábra: A gyógyiszap felhasználása iszapkezelés során (www. jokrtv.hu)

A vendégek (betegek) – bár nem kizárólagosan – de többnyire szakorvosi (reumatológus, fizioterápiás, ortopéd, valamint mozgásszervi rehabilitációs szakorvos) beutalóval érkeznek. Ebben az esetben a kezeléseket az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) támogatásával vehetik igénybe. Ezek általában olyan orvosi rehabilitációs szolgáltatások, amelyek főként a krónikus reumatológiai, ortopédiai, neurológiai, illetve érbetegségek kezeléseknél alkalmaznak. Gyógyfürdők esetében támogatott szolgáltatás a gyógyvizes gyógymedence, a gyógyvizes kádfürdő, az iszappakolás, a súlyfürdő, a szénsavas fürdő, az orvosi gyögmasszázs, a víz alatti vízszugármasszázs, a víz alatti csoportos gyógytorna, a komplex fürdőgyógyászati ellátás, valamint a 18 éves kor alatti csoportos gyógyúszás. Bár a kezeléseket általában hosszabb ideig tartanak, a szállodai szolgáltatások nem tartoznak az egészségbiztosító által támogatott szolgáltatásokhoz. Az elmúlt években évente 7-8000 gyógyfürdő-kezelést finanszírozott az OEP. Problémát jelent ugyanakkor, hogy a becslések szerint a kezeléseket támogatása a fürdők ráfordításainak a felét sem fedezi. A fürdők ezért olyan szolgáltatásokkal bővítik kínálatukat, amely fizetőképes keresletet vonz pl. orvosi felügyelettel, tanácsadással összekapcsolt wellness részleg kialakítása, táplálkozási-életviteli tanácsadás. A hazai gyógyászati turizmus szolgáltatásait külföldiek is igénybe veszik, részben úgy, hogy országuk egészségbiztosítása különböző mértékben téríti a kezelés költségét, részben pedig saját térítésben. Különösen az ismert, a nyugati országrészben lévő gyógyfürdők (Hévíz, Balf, Zalakaros, Sárvár) és a fővárosi gyógyászati vonzanak sok külföldi gyógyulni vágyót. Kedvezően hathat a hazai gyógyturizmusra, hogy 2013-tól az uniós állampolgárok a külföldön igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokért ugyanakkora térítésre tarthatnak igényt, mint amennyit saját hazájukban fizetnének az adott kezelésért. Így az olcsóbb magyarországi kezeléseket lehetővé teszik, hogy a külföldi vendég újabb kezelésekre költse el a megmaradt keretét.

A gyógyturizmus jövője szempontjából fontos tény, hogy Európa és benne hazánk népessége is elöregszik. Ez pedig az egészségturizmus, és ezen belül elsősorban a gyógyturizmus legfontosabb mozgatórugójává válhat. Az időskorúak számának növekedésével hosszabb távon is nőhet a gyógyulás és rekreáció iránti igény, amely az ágazat további fejlődését vetíti előre.

A gyógyturizmus legfontosabb terápiás szolgáltatásait az 1. táblázat foglalja össze.

1. táblázat: A gyógyturizmus legfontosabb terápiás szolgáltatásai

Terápia	Típus (ismertebb példái)	Jellemzők
Balneoterápia Gyógyvizek alkalmazása	Konyhasós vizek (Sárvár, Gyula)	Hidegebb vizek, amelyek erősítik az immunrendszert és helyi anyagcsere fokozó hatásúak. Gyulladáscsökkentő hatás: bőr-, urológiai-, nőgyógyászati
Jódos, brómos vizek (Győr, Hajdúszoboszló)	Vércukor szint- és gyulladáscsökkentő hatás, műtéti utókezelés. Mozgásszervi, nőgyógyászati és urológiai betegségek kezelése.	
Földes, meszes vizek (Budapest)	Gyulladáscsökkentő hatású, mozgásszervi és urológiai (vese) problémák kezelésére.	
Szulfid tartalmú kénes vizek (Harkány, Balf, Mezőkövesd)	Bőrön át és belégzés útján is hat. Kopásos végtagizületi, szív- és érrendszeri betegségek, bőrbetegségek kezelésére kiválóan alkalmas.	
Szénsavas vizek (Kapunvár, Mátraderecske)	Anyagcsere javító kezelések. Szív-, érrendszeri- és tüdőbetegségek kezelésére, csontritkulás ellen.	
Radonos vizek (Hévíz, Eger)	Ritka víztípus, bőrön át és belégzés útján hat. Értágító, fájdalomcsillapító hatás.	
Ivókúra	Budapest (Lukács, Széchenyi fürdő ivócsarnoka)	Olyan ásványvizek, amelyeknek az oldott-, szilárd ásványianyagtartalma 500-1000 mg/l között van. Az ivókúra szempontjából fontos anyagok: kalcium, fluor, jód, magnézium.
Iszapkezelés alkalmazása	(Hévíz, Makó, Hajdúszoboszló)	Testre, testrészekre felhelyezett szerves vagy szervetlen iszap alkalmazásával. A kezelés az iszap hőtároló képességét használják ki. Alkalmazása kb. 42°C-on. Hatásai: roboráló, gyulladáscsökkentő

		hatás; lazító; nyugtató; anyagcsere fokozó
Hidroterápia	Balneoterápiás medence	36°C, 90 cm, gyógyvíz
Súlyfürdő medence	36°C, 120/150 cm, gyógyvíz	
Torna medence	32-33°C, 120cm, melegített csapvíz	
Úszómedence	24-28°C, 110/180 cm, melegített csapvíz	
Kneipp-kúra	a) Hideg és meleg víz váltakozó alkalmazása. b) Aktív és passzív mozgásterápia. c) Gyógynövények. d) Egészséges táplálkozás.	
Klimaterápia	Gyógybarlangok (Abaliget, Jósvalő, Budapest, Miskolc, Tapolca)	Inhalációs terápia a barlangokban. Légzőszervi megbetegedése, allergiás és aszmatikus tünetek kezelésére.
Klimatikus gyógyhely: (Miskolc-Lillafüred, Kékestető, Sopron-Lővérek, Kőszeg)		
Diétaterápia	Böjt-kúrák	Elsősorban a wellness-kínálatot gazdagítják.
Gasztroenterológiai kúra	Orvosi beutalóval, orvosi felügyelet melletti speciális diétakúra.	
Fizioterápia	Mechanoterápia	Gyógytorna, masszázs, ultrahang
Elektroterápia	Kis- és nagyfrekvenciás kezelés	
Fényterápia	Ultraibolya, infravörös, látható fény, lézer	
Termoterápia	Hőléggkamra, gőzkamra, szauna	

Országos egészségturizmus fejlesztési stratégia, 2007 alapján

12.2.2. 2. Wellness-turizmus

A wellness fogalma az 1950-es évek végén USA-ból indult hódító útjára. Két angol szó a well-being (jól lét) és a wholeness (valaminek a teljessége) összevonásából származik. A wellness célja a mentális, a fizikai és a biológiai értelemben vett egészség megteremtése, illetve megőrzése. Holisztikus egészségképe sokkal inkább az egészséges életmód, a tágran értelmezett egészséget a középpontba állító szemlélet kialakításával hozható kapcsolatba, mint a konkrét gyógyítással. A wellness általában összekapcsolódik az egészségtudatos magatartással, életformával, amely magában foglalja az egészséges táplálkozást, a rendszeres testmozgást. A wellness-turizmus ezeknek a céloknak a megvalósulását segíti komplex szolgáltatásaival, amelyek a fizikai állapot és állóképesség javítását, valamint a szellemi frissesség megőrzését is szolgálják. A széleskörű

szolgáltatások között találhatunk hagyományos gyógyászati szolgáltatásokat éppúgy, mint spirituális, mentális programokat vagy sporttevékenységeket Filozófiája feltételezi, hogy a vendég önmaga is törekszik egészsége megőrzésére, és abban aktívan közreműködik, illetve hogy ebben nem támaszkodik csupán a gyógyszerekre.

Az egészségturizmus marketingkonceptiója⁹ (2002) szerint a wellness fogalma négy alapelve épül:

1. a rendszeres, de nem megerőltető testmozgásra,
2. a tudományos eredmények alapján összeállított egészséges táplálkozásra,
3. a pszichés állapot javítására, (3. ábra)
4. a környezettudatosságra, amely a mindennapi élet szintjén foglalkozik a környezet- és egészségkárosító anyagok felhasználásának és az egészséges életmód kialakításának kérdéseivel.



3. ábra: A wellness szolgáltatások között gyakoriak a különféle gyógyító, relaxációt segítő masszázsok

A wellness holisztikus egészségértelmezésének köszönhető a rendkívül széleskörű szolgáltatási kínálat kialakulása. Ezek között aktív (pl. torna, vízitorna) és passzív (pl. szépcsészetű szolgáltatások) tevékenységeket egyaránt találunk. Külön meg kell említeni a fitness turizmust, amely az aktív sportolásra épít, de vendégei – hasonló motivációjuk miatt – gyakran vesznek igénybe wellness szolgáltatásokat is.

Ma, amikor már sok létesítmény hirdeti magát wellness hotelként, különösen érdekes lehet a wellness-szel összefüggő, de a létesítményt egyedivé, vonzóvá tevő (egyedi értékesítésű termék, Unique Selling Product) speciális programok megjelenése is. Ilyenek lehetnek például:

1. török vagy római fürdő
2. természetgyógyászat
3. táplálkozás centrum: emésztőszervi kezelés, dietetikai tanácsadás, reform ételek, ivókúra, böjt-kurák
4. termálvízre épülő szépségkúra
5. fitness, sport, kalandtúra
6. a természeti környezet lehetőségeinek kihasználása: ökoturizmus
7. menedzser kurák: keringési, emésztőszervi, rákszűrés, stressz-kezelés

⁹ Az egészségturizmus marketingkonceptiója (2002) Turizmus Bulletin VI. évf. 2. szám

8. konferencia és wellness lehetőségek összekapcsolása
9. családi üdülés, aquapark, élményfürdő, gyermekprogramok
10. távol-keleti gyógymódok és mozgásformák (pl. meditáció, jóga, hangterápia)

A wellness szolgáltatások a gyógyturizmussal ellentétben csak nagyon ritkán részesülnek állami vagy magánbiztosítói támogatásban. Nagyon nehéz ugyanis szétválasztani az egészségmegőrzést közvetlenül, illetve csak közvetve vagy csupán a pihenést szolgáló lehetőségeket. A wellness szállodák, szolgáltatások iránti kereslet hazai fellendülésében azonban fontos szerepet játszottak a munkáltató által nyújtott támogatások (üdülési csekk vagy az azt felváltó SZÉP kártya).

A közelmúltban új irányzatok is megjelentek a wellness szolgáltatásokhoz kapcsolódóan. Ezek nem annyira a jelenleg elterjedt rekreációs wellness szolgáltatásokra (masszázs, gyógyvíz, sport stb.) épülnek, hanem inkább a pszichés tényezőket helyezik előtérbe. Ezek közül a legfontosabbak:

Selfness

A selfness vallójában egy új életszemléletet jelent, amely önmagunk megismerésére helyezi a hangsúlyt. Követői a test és a lélek mind tökéletesebb összhangjára, az egészséges önkép kialakítására törekszenek. Saját magunk megismerése gyakran együtt jár a változás, az önfejlesztés igényével. A programokon résztvevők célja a kiegyensúlyozottság megteremtése (pl. work-life balance), a pozitív életérzés kialakítása.

Soulness

Kifejezetten a szellemi-lelki harmónia megteremtését, és az ennek eléréséhez szükséges eszköztár elsajátítását tűzte ki célul. A soulness-t az önmagukért és másokért felelősséget vállaló, a sikeres és ennek súlyát elviselni kényszerülő emberek, a menedzser szakmában dolgozó, folyamatosan stressz-helyzeteknek kitett vezetők számára dolgozták ki, és ajánlják.

Medical wellness

A szolgáltatástípus a gyógyászati tevékenységet kapcsolja össze a wellness-sel. Jellemzője, hogy a wellness szolgáltatásokhoz kapcsolódóan orvosi felügyelettel és programozottan tervezett egészségmegőrző szolgáltatásokat kínálnak. Jellemzői:

1. Orvosi vizsgálaton és ellenőrzésen alapul, célja az egészségmegőrzés.
2. Wellness szolgáltatások igénybe vétele orvosi programozottsággal történik.
3. Magas szintű szolgáltatás, amely mentális, emocionális, szociális és fizikai területre is kiterjed. Mindehhez személyre szabott, speciálisan vendégközpontú ellátás kapcsolódik.
4. Életmód és élettervek kialakítása a tartós egészség és jól lét eléréséhez.

12.2.3. 3. A spa koncepció

A spa fogalma rendkívül összetett, gyűjtő jellegű, és nagyon változatos szolgáltatásokat foglal magában. Spa-nak nevezünk minden olyan létesítményt, amely olyan szolgáltatásokat kínál, ami a vendégeket megnyugtatja, felélénkíti, meggyógyítja, egészségesebbé és kiegyensúlyozottabbá teszi. A spa fogalmának, jelentésének magyarul legjobban az egészség-szolgáltató központ kifejezés felel meg, bár a spa tartalmában országonként jelentős különbségek vannak.

1. Észak-Európában (például Finnországban vagy Izlandon) meleg vizes (élmény)fürdőt jelöl.
2. Közép-Európában főképpen gyógyászati szolgáltatásokat kínáló (termál)fürdővel kapcsolatban használják.
3. Az USA-ban, vagy Ázsiában bármely olyan szolgáltató hívhatja magát spa-nak, amely fizikai és/vagy mentális felfrissülést célzó szolgáltatásokat nyújt, akár termásvíz hiányában is.
4. Német nyelvterületen a vízre alapozott szolgáltatásokat nyújtó spa-ra inkább a "Therme" kifejezést használják.

5. Hazánkban kizárólag csak a termál/gyógyvízre alapozott egészségmegőrző szolgáltatókat tekintik spa-nak, bár az utóbbi időben sok szakértő javasolja a fogalom tartalmi kibővítését.

12.2.4. 4. Szépség- és fogászati turizmus

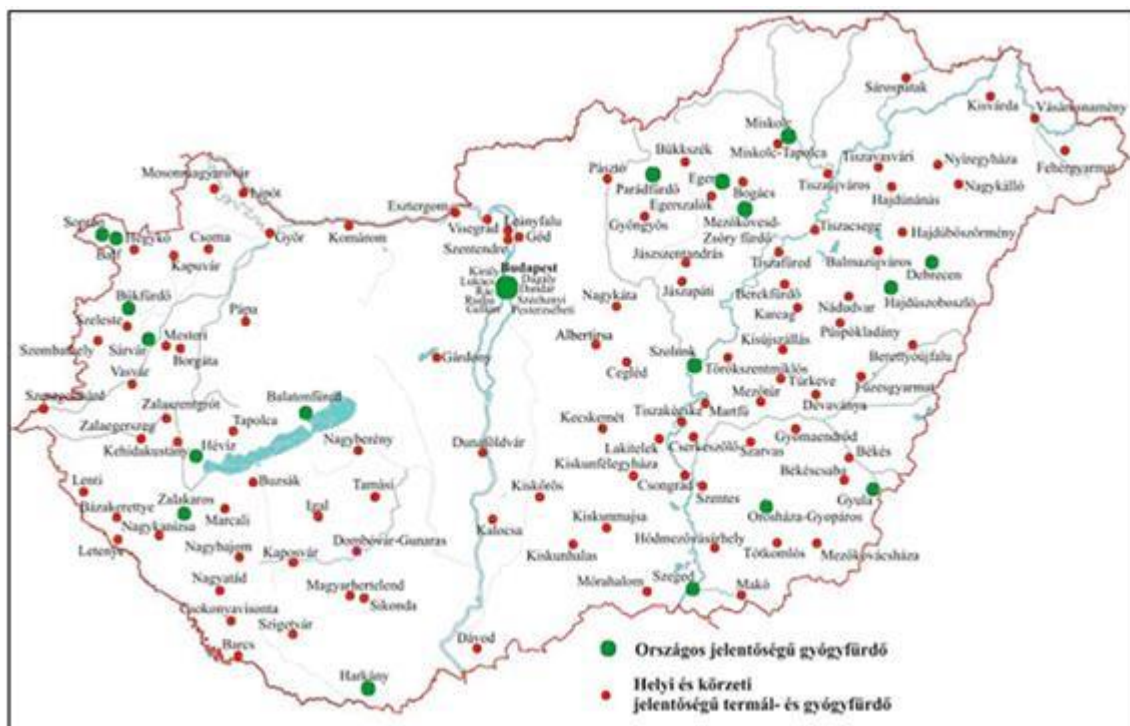
Nem tartozik a hagyományos értelemben vett gyógyturizmushoz. A rendszerváltás után indult igazán fejlődésnek, és a gazdasági válságnak köszönhetően még inkább felerősödött az a jelenség, hogy külföldi betegek kimondottan gyógyászati célból érkeznek Magyarországra. Érdeemes megjegyezni, hogy a nyugati határ mentén már a rendszerváltás előtt is sokan alapoztak az osztrák páciensekre, amelyből mára már teljes gyógyászati „iparág” fejlődött ki.

Napjainkban elsősorban fogászati kezelésekre érkeznek hazánkba a betegek. A hazai szolgáltatás, a kezelés típusától függően 50-80 százalékkal olcsóbb, és a vendégek a pénzükért akár magasabb színvonalú szolgáltatást is kapnak, mint hazájukban. A betegek főként Ausztriából, Németországból és Nagy-Britanniából érkeznek, de nő az érdeklődés hazánk iránt a skandináv országokban, és Franciaországban is. A nyugat-európai vendégkör több szakembert vonzott az osztrák határ közelébe, különösen a határátkelők szomszédságában pl. Sopronban, Mosonmagyaróváron, Szentgotthárdon nyílt egyre több fogorvosi rendelő. De a külföldiek által kedvelt balatoni üdülőhelyeken is megnőtt a rendelők száma. Egyre több külföldi keresi fel a budapesti fogászatokat is. A többnyire fapados járatokkal érkező vendégek a néhány napos itt tartózkodás alatt felkeresik a fővárosi gyógyfürdőket is. Becslések szerint a fogászati ellátásra alapuló turizmus országsszerte 12-15 ezer idegenforgalmi és egészségügyi dolgozót tart el. Számítás szerint a budapesti vendégéjszakák több mint tíz százalékát adják a fogturisták. A páciensek szervezésével, utaztatásával, kezelésük és programjaik megtervezésével külön erre szerveződött idegenforgalmi cégek foglalkoznak.

A fogturizmus mellett egyéb szépsészeti beavatkozásokra is egyre nagyobb az igény. Elsősorban a több napot igénylő, villanófényes, ráncfeltöltéses és botox kezeléseikért, zsírleszívásokért érkeznek a legtöbben. Itt is a minőség és az otthoninál akár ötven százalékkal alacsonyabb ár jelenti a vonzerőt.

12.3. 3. A gyógyfürdők szerepe a hazai egészségturizmusban

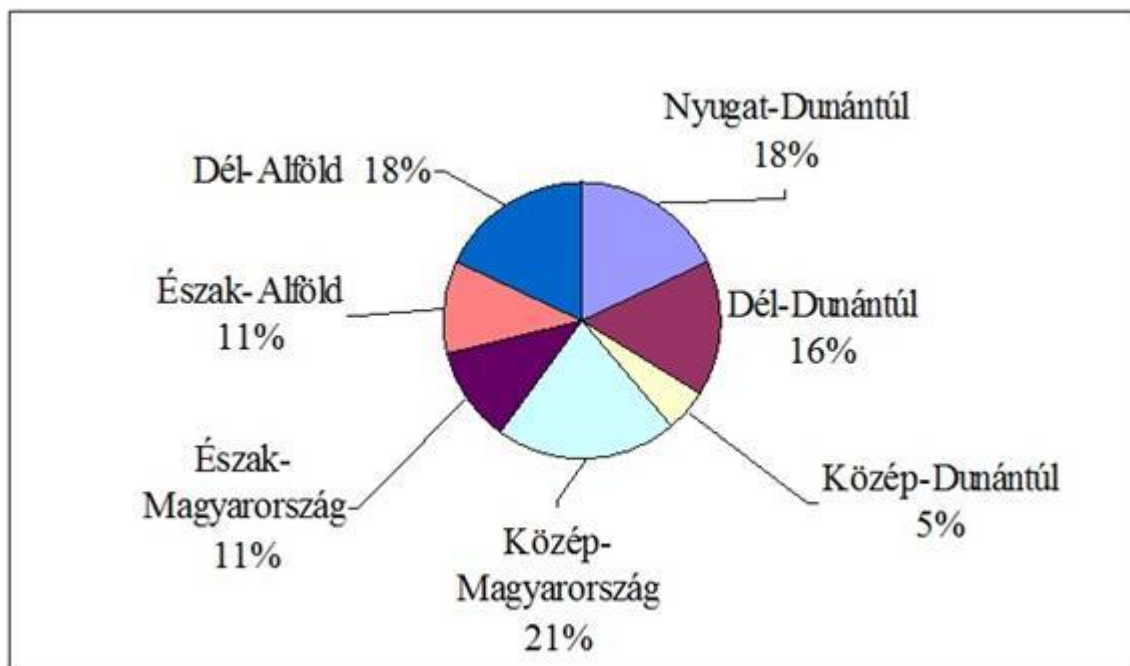
Hazánk hévizekben, gyógyvizekben való gazdasága, és az erre épülő fürdőkultúra több mint 2000 éves múltra visszatekintő hagyományai miatt külön is szólni kell a gyógyfürdők idegenforgalmi szerepéről. (4 ábra)



4. ábra: Magyarország termál- és gyógyfürdői Forrás: VITUKI – MÁFI – AQUAPROFIT

Magyarországon gyógyvíznek azokat az ásványvizeket nevezzük, amelyek fizikai tulajdonságaik, vagy kémiai összetételük miatt gyógyító hatásúak, és számukra rendelet alapján az ásványvíz, vagy gyógyvíz megnevezés használatát engedélyezték. A hazai gyógyvizeket az Országos Gyógyhelyi és Gyógyfürdőügyi Főigazgatóság (OGYFI) ellenőrzi. *A rendszeresen elvégzett vizsgálatokkal kell igazolni, hogy egy-egy hévíz valóban alkalmas az adott betegség kezelésére.* A szakemberek szerint a gyógyvizek elsősorban akkor hatásosak, ha orvosi ellenőrzés mellett, kúraszerűen alkalmazzák, illetve akkor, ha több, különböző kezelési módot alkalmaznak egy kezelés alatt. Egyes, főleg a mozgásszervi betegségek esetében a gyógyvízes kezelés akár a gyógyszeres kúrák kiváltására is alkalmas lehet.

Jelenleg Magyarországon 75 az Országos törzskönyvi nyilvántartásban szereplő gyógyfürdő üzemel. A gyógyfürdők területi megoszlását az 5. ábra szemlélteti.



5. ábra: A gyógyfürdők területi megosztása

A legtöbb gyógyfürdő Közép-Magyarországon található, ebből 9 Budapesten. Ezek közül négyet sorolnak a nemzetközi jelentőségűek közé. A nemzetközi jelentőségű fürdők tekintetében Nyugat-Dunántúl áll az élen, a 17 ide sorolható fürdő közül 5 található ebben a régióban.

12.3.1. 3.1. Regionális jellemzők

Budapest

A főváros 1934-ben kapta meg a fürdőváros címet. Budapest a világ gyógyvizekben és gyógyfürdőikben leggazdagabb fővárosa: 18 természetes forrásból, illetve fűrt kútból előtörő 21-78 fokos termálvíz hozama napi hetvenmillió liter. Az egyszerű, kevés oldott szilárd anyagot tartalmazó hévizek elsősorban a reumás betegségek kezelésére alkalmasak, de emellett szív- és gyomorbántalmak, bőrbetegségek, anyagcsere-folyamatok, mozgásszervi problémák és nőgyógyászati panaszok kezelésére alkalmas gyógyvizet adó források is szép számmal vannak. Legismertebb gyógyfürdői: a Lukács, a Gellért, a Rudas, a Rác és a Király Gyógyfürdő. Emellett számos ismert, bár a gyógyfürdő nyilvántartásban nem szereplő, de gyógyforrások vizét hasznosító egyéb fürdője is van.

Dél-Alföld

A leglátogatottabb helyszínek egyike Szeged. A 20. század elején végzett mélyfúrások alkáli hidrogén-karbonátos, magas jódtartalmú vizet találtak. A 2005-ben felújított Anna Gyógyfürdő vize a légúti megbetegedések mellett mozgásszervi, nőgyógyászati és egyes bőrbetegségek kezelésére is alkalmas.

A másik központ Gyula. A fürdő hat kútból kap vizet, amely alkáli-hidrogén-karbonátos-kloridos gyógyvíz, hőmérséklete 72°C. Mozgásszervi megbetegedések, helyi idegbántalmak és gyulladásozó nőgyógyászati

betegségek kezelésére alkalmas, de kiváló hatású a balesetek utáni rehabilitációs kezelések esetében is. 1985-ben a gyógyfürdő környékét gyógyhellyé nyilvánították.

Dél-Dunántúl

A Dél-Dunántúl országos viszonylatban kevés gyógyvízzel és fürdővel rendelkezik. Legismertebb gyógyfürdője a harkányi fürdő. A harkányihoz hasonló hatású gyógyvíz azonban csak Izraelben és Mexikóban található. Az itt feltörő gyógyvizet a reumatikus megbetegedések mellett nőgyógyászati panaszok, meddőség kezelésére is használják. Gyógyvize sikerrel alkalmazható a pikkelysömör kezelésére is. 2008-ban teljesen felújították a fürdőkomplexumot.

Nyugat-Dunántúl

Régi fürdőhagyományokkal rendelkező, gyógyvizekben gazdag régió. A nyugati határhoz közel fekvő gyógyfürdők kedveltek a német és az osztrák vendégek körében is. A fiatalabb gyógyfürdők közé tartozik a mosonmagyaróvári termálfürdő. A fürdőt ellátó 2000 méter mélyről feltörő, 74°C-os termálvíz Európa öt legjobb hatású gyógyvize közé tartozik. Az 1966-ban alapított fürdő 1999 óta működik gyógyászati központként is. A külföldiek körében is népszerű Bükfürdő forrása két kútból, 1282 méter mélyből tör a felszínre. A víz mozgásszervi, reumatikus és ízületi betegségek mellett nőgyógyászati és gerincbetegségek kezelésére is alkalmas. A fürdőszolgáltatások mellett a Fizioterápiás Intézet révén 1997 óta egészségügyi ellátásra is lehetőség nyílik. A nyugat-dunántúli gyógyfürdők közül meg kell említeni még az osztrák vendégek körében is népszerű Sárvárt, és a mozgásszervi műtétek utáni rehabilitációban fontos szerepet játszó Balfot is. A régió legismertebb fürdője azonban az egyedülálló természeti értéket képviselő forrás tóra épült Hévíz. A 4,44 hektáros kiterjedésű Hévízi-tó 38°C-os gyógyvize enyhén radioaktív, kiváló hatású a mozgásszervi betegségek kezelésében. A tófenék iszapja is kiváló gyógyhatással rendelkezik. Jelentős fürdőkomplexum alakult ki Zalakaroson is.

Észak-Magyarország

Az egyik legismertebb központ Miskolctapolca, ahol egyhelyen található termál-, barlang- és tavi fürdő. A 29°C-os hidrogén-karbonátos, jódos, brómos víz elsősorban a keringési zavarok kezelésére alkalmas, emellett idegnyugtató hatással is bír. A régió ismert gyógyfürdői találhatóak Egerben, Mezőkövesden is. A legújabb gyógyfürdőink közé tartozik Demjén és a termálvízből kiváló sódombjáról ismert Egerszalók. Egyedül álló a Mátraderecskei Széndioxid Gyógygáz-fürdő.

Észak-Alföld

A legismertebb gyógyfürdő a „Reumások Mekkája”-ként is emlegetett Hajdúszoboszló, amely nemzetközi hírnévre is szert tett. Az 1925-ben feltárt forrás vize 1090 méter mélyről tör fel. Az termálvíz alkáli-hidrogén-karbonátos és jelentős mennyiségű konyhasót, szódát, jódot és brómot tartalmaz. A kutatások szerint ízületi gyulladások, gerincbántalmak csökkentésére, csonttörés utáni utókezelésre, izomfájdalmak enyhítésére alkalmas.

12.4. Összefoglalás

Az egészségturizmus két fő ága a gyógyturizmus és a wellness-turizmus. Az előbbi gyógyászati célú, általában orvosi felügyelet mellett, a betegségek kezelését szolgálja, az utóbbi az egyén motivációjára épít, célja a testi és lelki egészség megőrzése. Szerepük az életszínvonal emelkedésének és az idősebb korcsoportok irányába eltolódó korszerkezetnek köszönhetően fokozatosan nő. Hazánk gyógyvízkincsének köszönhetően kiváló adottságokkal rendelkezik az egészségturizmus területén.

12.5. Ellenőrző kérdések

1. Miért nehéz az egészségturizmus fogalmának meghatározása?
2. Mi jellemzi az gyógyturizmust?
3. Milyen sajátos vonásai vannak a wellness-turizmusnak?
4. Miért lehet hazánk szempontjából kiemelt jelentőségű a gyógyturizmus?

12.6. Tesztfeladatok

A bal oldali oszlopban a megállapítások első felét, a jobb oldaliban a lehetséges folytatásait olvashatja. Párosítsa a megfelelő mondatrészeket! Írja az első mondatrész után a pontozott vonalra a helyes folytatás betűjelét! Nem tud minden mondatkezdethez befejezést kapcsolni.

1. Az egészségturizmuson belül nehezen határolható el a gyógy- és a wellness-turizmus, mert		a) a vendégek motivációja hasonló.
2. A spa fogalma rendkívül összetett, mert ...		b) a gazdag gyógyvízkincs sokféle szolgáltatást tesz lehetővé.
3. Az egészségturizmust alapvetően két ágra bontjuk, mert		c) a vendégek főként a biztosító által is térített gyógyító jellegű szolgáltatásokat veszik igénybe.
4. A fitness és a wellness- turizmus vendégei között jelentős átfedés van, mert		d) a gyógyászati célból érkező vendégek is igénybe vehetnek wellness szolgáltatásokat.
5. Hazánk adottságai kiemelkedők a gyógyturizmus területén, mert....		e) nagyon változatos szolgáltatásokat foglal magában.
6. A gyógyturizmus közelebb áll az orvosláshoz, mert		

Megoldás:

1. d), 2. e), 3. -, 4. a), 5. b), 6. c)

13. 12. Összefogással az egészséges életért

Célkitűzés:

A téma feldolgozásának célja, hogy megismertesse a hallgatókkal az egészségügy területén tevékenykedő legfontosabb nemzetközi és hazai szervezeteket, azok munkáját, feladatait. Ezen túlmenően szeretné felhívni a figyelmet a segélyszervezetek tevékenységének fontosságára.

Tartalom:

1. A WHO és törekvései
2. A Nemzetközi és a Magyar Vöröskereszt
3. Az egészségüghöz kapcsolódó egyéb szervezetek

13.1. 1. Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organisation, WHO)



1. ábra: Az ENSZ és a WHO zászlaja

A WHO és az ENSZ zászlaja nagyon hasonlít egymáshoz. Valójában az ENSZ lobogó kiegészítése a gyógyítás hagyományos jelképével – az orvosok és a gyógyítás görög istenének Aszklepiosznak pálcájával és kígyójával.

Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organisation, WHO) 1948. április 7-én alakult meg a Nemzetek Szövetsége Egészségügyi Szervezetének (Health Organisation, HO) utódjaként. Székhelye a svájci Genf. Az alapokmány életbelépésének dátuma egyben minden évben az egészségügyi világnap is. Az ENSZ egyik szakosított szervezete, amelynek feladata a nemzetközi közegészségügyi tevékenységek koordinálása.

A szervezet tevékenységét a 193 tagállam küldöttéből álló, minden évben ülésező közgyűlés irányítja. A közgyűlés döntéseit és politikai célkitűzéseit a Végrehajtó Testület valósítja meg. A testület a kormányok által kinevezett egészségügyi szakemberekből áll, és évente két alkalommal ülésezik. A WHO-nak mintegy 3500 alkalmazottja van.

Az Egészségügyi Világszervezet fő feladatai:

1. Iránymutatás az egészségügy területén a világ országai számára.
2. Együttműködés a kormányokkal a nemzeti egészségügyi programok tervezésében, irányításában és értékelésében.
3. Hatékony és korszerű egészségügyi technológia, illetve szabványok kifejlesztése, az ehhez kapcsolódó információátadás.
4. Az egészségvédelemhez kapcsolódó segélynyújtási, kutató- és irányítási tevékenység. Különösen a fertőző betegségek, a járványok, a gyermekbetegségek, a szív- és keringési zavarok, a rák és az AIDS kutatás – gyógyítás – megelőzés területén végzett tevékenységek összefogása.

A szervezet által irányított néhány fontosabb program és projekt:

1. Onchocerciasis (Robles-kór – vaksághoz vezető, élősködők által okozott betegség) megelőzésével kapcsolatos afrikai egészségügyi program;
2. Yellow Card vagy Carte Jaune (nemzetközi oltási igazolás (ICV)) program
3. Global Burden of Disease projekt;
4. Nemzetközi malária program;
5. Gyógyszerek előminősítésének programja (Prequalification Medicines Programme);

6. Nemzetközi program a vegyi biztonságért;
7. Nemzetközi radon projekt;
8. Egészségügyi Világnaphoz (World Health Day) kapcsolódó programok.

Egyéb projektek: <http://www.who.int/entity/en/>

A szervezet közreműködésével megkötött néhány fontosabb egyezmény:

1. Kábítószerokról és a pszichotróp anyagokról szóló egyezmények (1961, 1971, 1972, 1988)
2. Dohány-ellenőrzési Keretegyezmény (2003).

A WHO nemzetközi tevékenységében fontos szerepet játszanak a regionális központok. Ezek a központok koordinálják az adott térség egészségügyi állapotával kapcsolatos feladatokat. Különösen fontos a szerepük pl. természeti és környezeti katasztrófák, társadalmi krízishelyzetek esetén vagy járványveszélyes időszakokban. A régiók döntenek a magasabb pandémiás készülségi fokozatok elrendeléséről, az ilyenkor szükséges tevékenységek megszervezéséről. A regionális központok (zárójelben a regionális iroda helye):

1. Afrika (Brazzaville, Kongó);
2. Amerika (Washington, Amerikai Egyesült Államok);
3. Délkelet-Ázsia (Újdelhi, India);
4. Európa (Koppenhága, Dánia);
5. Kelet-Mediterrán (Kairó, Egyiptom);
6. Kelet-Csendes-óceán (Manila, Fülöp-szigetek).

Link: <http://www.who.int/en/>

13.2. 2. Nemzetközi és a Magyar Vöröskereszt

13.2.1. 2.1. A Nemzetközi Vöröskereszt



ICRC

2. ábra: A Nemzetközi Vöröskereszt (angolul International Committee of the Red Cross, rövidítése ICRC) hivatalos címere

A Nemzetközi Vöröskereszt (angolul International Committee of the Red Cross, rövidítése ICRC) a legnagyobb múlttal rendelkező nemzetközi humanitárius segélyszervezet. Székhelye Genf. Tevékenységére az alapokmányában megfogalmazott pártatlanság, semlegesség, emberiség, egyetemesség és önkéntesség elve jellemző.

A mozgalomból kinövő szervezet megalakulása az 1859-es solferinói csatához kapcsolódik. Jean Henri Dunant svájci üzletember a harctéren maradt több tízezer halottat és sebesültet látva megszakította útját és a helyi asszonyok segítségével megpróbált segíteni a sebesülteken. Ekkor fogalmazódott meg benne a gondolat, hogy minden országban létre kellene hozni egy olyan önkéntesekből álló segélyszervezetet, amely a háborúk idején gondoskodik a sebesülteket ellátásáról, ápolásáról. Megfogalmazta azt is, hogy szükség lenne egy olyan nemzetközi egyezményre, amely a harcmezőn maradt sebesültek és ápolóik számára semlegességet biztosít, és szavatolja védelmüket, biztonságukat. Ennek nyomán 1863-ban Dunant megalakította az Ötök Bizottságát, amelyből 1880-ban alakult meg a mai Vöröskereszt Nemzetközi Bizottsága (akkor nevén Sebesülteket Segélyező Nemzetközi Bizottság). A pártoktól, kormányoktól függetlenül működő Bizottság jelmondata: Inter arma caritas. (Könyörületesség a fegyverek között). A szervezet jelképévé a svájci zászló inverzét, a vörös keresztet választották, amelyet az 1864-es nemzetközi konferencián fogadtak el.

A szervezet tevékenységéhez kapcsolódó legfontosabb dátumok:

1. 1864-ben az I Genfi Egyezmény elfogadása a háborús sebesültek megkülönböztetés nélküli védelméről. (3. ábra)

2. 1889-ben egyezmény a hadseregek sérült, beteg és hajótörött tagjaival szembeni bánásmódról a tengereken,
3. 1929-ben egyezmény a hadifoglyokkal való bánásról,
4. 1949-ben a polgári lakosság védelmére vonatkozóan született egyezmény. Ez az un. IV. Genfi Egyezmény a Nemzetközi Humanitárius Jog alapjait képezi.



3. ábra: Az I. Genfi Egyezmény szövege (1864) forrás http://hu.wikipedia.org/wiki/Nemzetközi_Vöröskereszt

Bár a Vöröskereszt megalakulása a háborúhoz kötődik, tevékenysége békeidőben is kiemelkedően fontos. Feladatai közé tartozik a békeidőben bekövetkező, nagy tömegeket érintő természeti és környezeti katasztrófák áldozatainak szervezett egészségügyi és anyagi támogatása. De segítséget nyújt a társadalmi krízishelyzetek áldozatainak is.

Érdeemes megjegyezni, hogy a társaság eredetileg csak egy jelkép használatát fogadta el 1864-ben – ez a volt a vörös kereszt. Elsősorban a szervezethez csatlakozó muszlim országok kérésére 1929-től vált elfogadottá a vörös félhold. 2005. december 8-án írták alá a harmadik jelképet – vörös kristályt – elfogadó nemzetközi szerződést. Ezt elsőként Izrael és Eritrea kezdte használni.

Léteznek azonban más jelképek is, ilyen a vörös oroszlán és Nap, amelyet Irán javasolt már 1864-ben a genfi tárgyaláson. A javaslat alapja az volt, hogy Irán ellenezte a két fő rivális, az orosz és az oszmán birodalom által előnyben részesített jelképek elfogadását. Mivel a jelképet a sahhal hozták összefüggésbe, 1980-ban Irán áttért a vörös félhold használatára. Irán azonban továbbra is fenntartja a jogot a régi jelkép használatára, ezért még ma is hivatalosan elismert jelkép a vörös oroszlán és Nap. Izraelben a szervezet (Magen David Adom) a vörös Dávid-csillagot használja, bár ezt a nemzetközi szervezet nem ismerte el hivatalosan. Nemzetközi szervezet álláspontja az, hogy a Vöröskereszt eredeti célját, azt, hogy legyen egyetlen egyszerű jelkép, mely mindenki által ismert és védi a humanitárius szervezeteket nem szabad összekapcsolni vallási hovatartozással Jelenleg 196 ország a vörös keresztet használja, 30 pedig a vörös félholdat.

A genfi egyezmény értelmében a szervezet hivatalos vörös kereszt jelképét csak meghatározott esetekben lehet használni:

1. Megjelenhetnek a sebesült és beteg katonák ellátásával foglalkozó létesítményeken;
2. Használhatja a hadseregek orvosi személyzete; és a katonai lelkészek;
3. Használhatják a Vöröskereszt-szervezetek, pl a Nemzetközi Vöröskereszt, a Nemzetközi Vöröskereszt és Vörös Félhold Társaságok Szövetsége (korábban: Vöröskereszt Liga), és az országos szervezetek

Gyakran használják a jelképet elsősegély, orvosi eszközök és egészségügyi létesítmények jelölésére Ez azonban a genfi egyezmény értelmében a jelkép jogosulatlan használatának minősül.

Érdeemes külön megemlíteni A Vöröskereszt és Vörösfélhold Társaságok Nemzetközi Szövetségét (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, IFRC). A Szövetség, 1919-ben alakult meg, székhelye ugyancsak Genf. A 185 Nemzeti Társaságot tömörítő szervezet jelmondata „Az emberiség erejének mozgósításával tegyük jobbá a rászorulókat életét! Jelképét a 4. ábra szemlélteti.



4. ábra: A Vöröskereszt és Vörösfélhold Társaságok Nemzetközi Szövetségét (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, IFRC) jelképe.

13.2.2. 2.2. A Magyar Vöröskereszt



5. ábra: A Magyar Vöröskereszt jelképe

Az 1867-ben megalakuló Osztrák-Magyar Monarchia csatlakozott a Genfi Egyezményekhez és megkezdődött egy bécsi székhellyel működő önkéntes segélyegylet szervezése. A magyar kormány egyetértett a kezdeményezéssel, de ragaszkodott ahhoz, hogy az önkéntes egészségügyi szolgálat Magyarországon külön és önállóan szerveződjön meg. 1878-ban született döntés az Ausztriában és Magyarországon önállóan működő Vörös Kereszt Egyletek szervezési és működési alapelveinek kidolgozásáról. I. Ferenc József végül 1880. december 5-én megbízta gróf Károlyi Gyulát a magyar segélyegylet megszervezésével. Közben már számos

jótekményű nőegylet szerveződött és működött Magyarországon. A szervezetek összefogtak és elhatározták, hogy mozgalmat indítanak a Bosznia-Hercegovinában harcoló katonák, valamint az itthon maradt hozzátartozóik megsegítésére, és Központi Segélyező Nőegylet néven gyűjtést is kezdeményeztek. A kezdeményezés sikerén felbuzdulva a Nőegylet vezetői elhatározták, hogy munkájukat az egész országra kiterjesztik, és állandó tevékenységet folytatnak. Működésüket a Genfi Egyezményeknek megfelelő alapszabály szerint szervezték meg. Ezt követően az elfogadott Alapszabály szerint 1879. március 27-én megtartott közgyűlésen megalakult a Magyar Országos Segélyező Nőegylet. A szervezet jelentős szerepet játszott a Vöröskereszt eszméinek terjesztésében. Kezdeményezésre indult meg hazánkban az önkéntes és hivatásos ápolónőképzés. Vezetői részt vettek a Magyar Vöröskereszt megalakításában is. Károlyi Gyula szervező munkájának köszönhetően 1881. május 16-án megalakult a Magyar Szent Korona Országai Vörös-Kereszt Egylete. A két egyesület 1881. május 17-én a Magyar Tudományos Akadémia dísztermében megtartott együttes közgyűlésen egyesült. Az első elnök gróf Károlyi Gyula, társelnök gróf Zichy Nándorné lett. A központi választmány értesítette a Vöröskereszt Nemzetközi Bizottságát a Magyar Szent Korona Országai Vörös-Kereszt Egyletének megalakulásáról és kérte felvételét a nemzetközi kötelékbe. A Vöröskereszt Nemzetközi Bizottsága 1882. január 20-án jelentette be a magyar egyesület működésének elismerését. A Magyar Vöröskereszt azóta is aktív tagja a Vöröskereszt Mozgalomnak. 1919-től – megalakulásától – tagja a Vöröskereszt és Vörösfélhold Társaságok Nemzetközi Szövetségének (IFRC) is. 1992-től a Magyar Köztársaság mindenkori elnöke a Magyar Vöröskereszt fővédnöke. 1998. január 1-jétől kiemelten közhasznú társaságként működik.

A Magyar Vöröskereszt demokratikus, politikai és vallási hovatartozástól független tömegszervezet, amely tevékenységével hozzájárul az emberek egészségügyi kultúrájának fejlesztéséhez, az egészséget a középpontba állító szemléletmód terjesztéséhez. Emellett tevékenységével hozzájárul a hazai egészségügyi viszonyok javításához, előmozdítja a lakosság bevonását az egészségügy különböző feladatainak megoldásába. Jelentős prevenció, felvilágosító munkája mellett kiemelkedő karitatív tevékenységet is végez. Nemzetközi téren elősegíti az országok közötti együttműködést az egészségügyhöz kapcsolódó problémák megoldásában, részt vesz nemzetközi humanitárius tevékenységekben.

A Magyar Vöröskereszt tevékenységének főbb területei:

1. egészségügyi felvilágosítási munka szervezése és végzése a lakosság körében,
2. közreműködés a különböző állami egészségügyi akciók zavartalan lebonyolításában: védőoltások, szűrővizsgálatok, tisztasági mozgalom szervezésében, irányításában, értékelésében
3. véradók toborzása,
4. közreműködés a természeti és környezeti katasztrófák okozta károk elhárításában,
5. tevékeny részvétel az elsősegélynyújtásban, illetve az elsősegélynyújtás oktatásában, (pl. a jogosítvány megszerzéséhez kapcsolódóan)
6. önkéntes ápolók és ápolónők kiképzése,
7. alapfokú elsősegélynyújtó tanfolyamok tartása a lakosság és a diákság körében,
8. keresztszolgálat.

A Magyar Vöröskereszt működését az 1993-ban elfogadott törvény szabályozza. A Magyar Vöröskeresztről szóló – (1993. évi XL.) törvény néhány fontosabb gondolatát az alábbi idézet tartalmazza:

"Az Országgyűlés a háborúk áldozatainak védelmére vonatkozóan Genfben, 1949. augusztus 12-én kötött Egyezmények, ezek 1977. június 8-án aláírt I. és II. kiegészítő jegyzőkönyvei, valamint a Nemzetközi Vöröskereszt és Vörösfélhold Mozgalom 1986-ban elfogadott alapszabálya szellemében, a Magyar Vöröskeresztről és annak tevékenységéről a következő törvényt alkotja: " A törvény a Magyar Vöröskereszt feladatait is meghatározza:

"2. § (1) A Vöröskereszt - alaptevékenysége körében - a következő feladatokat látja el:

1. a) Háború esetén részt vesz a háború áldozatainak mentésében, az áldozatokról és a hadifoglyokról nyilvántartást vezet, a rászorulókat, illetve hozzátartozóik részére tájékoztatást, átmeneti anyagi vagy természetbeni segélyt nyújt;

1. b) természeti vagy más katasztrófa-helyzet esetén a rászorultakat felkutatja, részükre átmeneti segélyeket, illetve jogsegélyt biztosít; az áldozatok mentésére segélycsapatokat működtet;
1. c) az eltűnt személyek felkutatására keresőszolgálatot működtet;
1. d) átmeneti szállások megteremtésével, fenntartásával és egyéb módon közreműködik a menedéket kérők és a menekültek megsegítésében, előmozdítja hazatérésük lehetőségének mielőbbi megteremtését;
1. e) egészségneveléssel, házi-gondozó szolgálat kialakításával, elsősegélynyújtás oktatásával, továbbá a rendelkezésére álló eszközökkel hozzájárul az élet- és egészségvédelemhez;
1. f) szervezi az önkéntes véradók részvételét a véradásban, és részt vesz a vérellátás rendszerének fejlesztésében;
1. g) a rászorultak részére igény szerint - az alapszabályban meghatározott módokon - szociális segítséget nyújt.

A szervezet ma a Magyar Vöröskereszt a X. Kongresszusán elfogadott Stratégia 2010. határozata alapján végzi tevékenységét.”

13.3. 3. Az egészségüghöz kapcsolódó egyéb szervezetek

13.3.1. 3.1. Egyesült Nemzetek Élelmezésügyi és Mezőgazdasági Szervezete (FAO)



6. ábra: A FAO jelképe

Az Egyesült Nemzetek Élelmezésügyi és Mezőgazdasági Szervezete (angolul Food and Agriculture Organization of the United Nations, FAO) az ENSZ szakosított szervezete, amelynek feladata, hogy biztosítsa a Föld népességének megfelelő minőségű élelmiszerekkel való ellátását, tevékenységével visszaszorítsa az éhezést. A szervezetet 1945. október 16-án alapították, székhelye Róma. Latin jelmondatának (Fiat panis) jelentése: "Legyen kenyér." 2011. júniusában 192 teljes jogú tagországa és 2 társult tagja (Feröer-szigetek, Tokelau) volt.

A FAO semleges fórumot biztosít a fejlett és fejlődő országok közötti élelmezésügyi és a mezőgazdálkodást érintő tárgyalásokhoz. Programjai segítségével hozzájárul a tagországok, elsősorban a fejlődő világ mezőgazdaságának, halászatának, erdőgazdálkodásának fejlesztéséhez, az élelmiszerellátás biztonságának megteremtéséhez. Fontos szerepet játszik a korszerű és a környezetet kímélő termelési technológiák elterjesztésében.

13.3.2. 3.2. Az Egyesült Nemzetek Gyermekalapja (UNICEF)



7. ábra: Az UNICEF jelképe

Az Egyesült Nemzetek Nemzetközi Gyermekegysegialapját (United Nations International Children's Emergency Fund) az ENSZ Közgyűlése 1946. december 11-i ülésén hozták létre. Nevét 1953-ban rövidítették le a ma használatosra - Egyesült Nemzetek Gyermekalapja (United Nations Children's Fund) – de máig is az eredeti nevének betűszavát használják.

„100 millió dollárra van szükségem, hogy 6 millió gyereknek egy pohár tejet és egy darab kenyeret adhassak.”
(Maurice Pate, Az UNICEF első főigazgatójának levele az amerikai külügyminiszternek, 1947)

Ezzel a mondattal kezdődött az UNICEF története. Létrehozásának célja az volt, hogy segítsen a II. világháború utáni Európában a háború borzalmait átélte, sokszor beteg és árván maradt gyermekek helyzetén. Az ENSZ Közgyűlése az alapot először ideiglenes jelleggel hozta létre, de felismerve szerepét és fontosságát a világ éhező gyermekeinek megmentésében 1953. október 6-án – a szervezet nevének megváltoztatása mellett - az ENSZ állandó segédszervezetévé alakították át.

Az UNICEF az ENSZ olyan egysége, amely nem részesedik az anyaszervezet költségvetéséből, működését kizárólag önkéntes hozzájárulásokból és adományokból finanszírozza. A szervezetnek kb. 8 millió adományozója és legalább százezer önkéntese van a világon. A szükséges pénzügyi támogatás megszerzésében fontos szerepet játszanak a fejlett országokban működő nemzeti bizottságok. 2009-ben 35 nemzeti bizottság működött, köztük az UNICEF Magyar Bizottság Alapítvány. Mivel az adományozás alapvető jelentőségű a programok folyamatos működtetése szempontjából, erre több lehetőséget is kidolgoztak. A közvetlen pénztámogatásokon (egyszeri vagy rendszeres) kívül lehetőség van különböző értékű UNICEF ajándéktárgyak vásárlására. Sok országban – hazánkban is – működtetnek segélyvonalat, amelynek hívása (vagy SMS küldés a számra) meghatározott összegű támogatást jelent.

A szervezet működésében, az adományok gyűjtésében alapvetően az önkéntesek és a jószolgálati nagykövetek tevékenységére épít. Jószolgálati nagykövetként számos híres ember népszerűsítette a szervezet működését, a teljesség igénye nélkül: Audrey Hepburn, Peter Ustinov vagy a ma élők közül Roger Federer, Serena Williams, Claudia Schiffer, Roger Moore, Whoopi Goldberg, Susan Sarandon, Mia Farrow, David Beckham, Lionel Messi, a Berliini Filharmonikusok zenészei, de az UNICEF logója megjelent már az FC Barcelona játékosainak mezén is. A szervezet tevékenységét 1965-ben Nobel-békedíjjal ismerték el.

A szervezet éves költségvetése meghaladja a 2,5 milliárd dollárt, de ennek csak töredék részét fordítják adminisztrációra. Bevételeinek több mint 80%-át közvetlenül a különböző gyermekprogramokra, segélyezésekre költi. Jelenleg a világ több mint 150 országában működnek különböző, az UNICEF által finanszírozott gyermekvédelmi programok. Csak 2010-ben 290, gyermekeket is érintő humanitárius tevékenységben (háború és természeti katasztrófa okozta nehézségek mérséklése) vett részt a szervezet a Föld 98 országában. A 21. század elején a szervezet a kiadásainak több mint felét gyermek-egészségügyi, 22%-át oktatási, mintegy 10%-át gyermekvédelmi, további 10%-át pedig gyermekjogi programokra fordította. A programok között jelentős helyet foglal el az AIDS elleni küzdelemhez kapcsolódó tevékenységek támogatása (a költségvetés kb. 6,5%-ával). Az UNICEF fennállása óta több gyermekéletet mentett meg, mint bármely más humanitárius szervezet a világon.

Az UNICEF legfontosabb célkitűzése a gyermekek és az ifjúság helyzetének javítása az egészségügy, a táplálkozás, a szociális gondoskodás, az oktatás és a szakképzés területén. Nagy hangsúlyt fektet a lányok oktatásának megvalósítására. Fontosnak tartja, és ezért segíti a helyi közösségek fejlesztését, erősítését. A szervezet programjai a legszegényebb országok legrászorultabb gyermekeit segítik, de minden esetben csak az érintett kormányok beleegyezésével nyújt segítséget. Vezető szerepet vállal a gyermekek jogainak védelmében, fontos szerepet játszik a Gyermek Jogairól 1989-ben elfogadott ENSZ egyezmény végrehajtásának ellenőrzésében pl. „Gyermek, de joggal” kampány. Más ENSZ szervezetekkel közösen részt vesz a fejlődő országok nemzeti fejlesztési programjainak kidolgozásában, és segíti annak megvalósítását.

Link: <http://www.unicef.org/>

13.3.3. 3.3. Európai Unió Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Főigazgatóság (DG SANCO)

Az Főigazgatóság hatáskörébe az európai polgárok mindennapi életét közvetlenül érintő egészségügyi és jóléti tevékenységek tartoznak. Feladata közé tartozik az EU területén forgalomba kerülő élelmiszerek és fogyasztási cikkek, illetve áruk és szolgáltatások minőségének, biztonságosságának ellenőrzése. A fogyasztók védelme érdekében felügyeli az EU belső piacát, fogyasztói érdekvédelmi feladatot lát el. Elősegíti, hogy az Európai Unió támogassa a polgárai egészségét védő és javító projektek megvalósítását.

Célja, hogy védje és javítsa az emberek általános egészségi állapotát, biztosítsa az egészséges és biztonságos élelmiszerfogyasztást. Ezen túlmenően az Európai Bizottság általános célkitűzéseivel összhangban betartassa az állat- és növényegészségügyi előírásokat, segítse a fogyasztók érdekvédelmét.

Link: http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/index_en.htm

13.3.4. 3.4. Európai Bizottság Humanitárius Segélyek és Polgári Védelem Főigazgatósága (ECHO)

Az Európai Bizottság Humanitárius Segélyek és Polgári Védelem Főigazgatósága (ECHO) feladata a segítségnyújtás a természeti vagy emberi válsághelyzetek és katasztrófák áldozatainak az Európai Unión belül és kívül. Sok esetben közösen lép fel más humanitárius szervezettel pl. ENSZ szakosított ügynökségeivel, a Vöröskereszttel és a Vörös Félholddal. Felelős a közösségi szintű és a nemzeti intézkedések összehangolásáért, koordinációjáért. Tevékenysége kiterjed a népesség támogatására és védelmére pl. élelmiszersegély és segítségnyújtás a menekültek részére, a lakóhelyüket elhagyni kényszerült személyek részére, a természeti katasztrófákra való felkészülés és a válsághelyzet utáni helyreállítás támogatása.

http://europa.eu/legislation_summaries/humanitarian_aid/r10003_hu.htm

13.4. Összefoglalás

A világ népességét, különösen a fejlődő országokban élő embereket számos veszélyforrás fenyegeti. A természeti és környezeti katasztrófák, a társadalmi krízishelyzetek következményeinek elhárítása sok esetben

csak nemzetközi összefogással lehetséges. Ebben játszik kiemelkedő szerepet a WHO, a Nemzetközi Vöröskereszt, a FAO és az elsősorban a gyermekeket érintő problémák leküzdésében meghatározó szerepet vállaló UNICEF.



13. animáció: A Nemzetközi Vöröskereszt hivatalos jelképei

13.5. Ellenőrző kérdések

1. Milyen szerepet játszik a WHO a világ egészségügyi helyzetének javításában?
2. Mi volt a Nemzetközi Vöröskereszt megalakulásának oka? Hogyan változott meg a tevékenysége az idők során?
3. Mely az egészségüggyel is kapcsolatba hozható problémák megoldásában van fontos szerepe a FAO-nak?
4. Miért különleges az UNICEF tevékenysége?

13.6. Tesztfeladatok

Mely nemzetközi szervezetek logóját, névbetűit ismeri fel a képeken? Írja a szervezet nevét az ábra vagy a rövidítés alá a vonalra?





1.

2.



ECHO

3.

4.

Megoldás:

1. WHO, 2. UNICEF, 3. A Vöröskereszt és Vörösfélhold Társaságok Nemzetközi Szövetségét (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, IFRC) jelképe, 4. Európai Bizottság Humanitárius Segélyek és Polgári Védelem Főigazgatósága

14. Próbavizsga

1. Helyezze el az egészségföldrajzot a tudományok rendszerében? Miért foglal el sajátos helyet ez a tudomány?
2. Melyek a hazai egészségföldrajz legfontosabb irányzatai? Mi jellemzi a tudomány hazai fejlődését?
3. Határozza meg az egészség fogalmát!
4. Soroljon fel egészségföldrajzhoz kapcsolódó demográfiai mutatókat!
5. Hogyan válhattak a fejlődő országok a világ demográfiai folyamatainak meghatározójává?
6. Milyen okok nehezítik az egészségügyi ellátás fejlődését a fejlődő világban?
7. Mít jelent az epidemiológiai átmenet?
8. Milyen egészségügyi következményekkel jár a fejlett országok előregedő korszerkezete?
9. Miben és miért tér el egymástól a fejlett és a fejlődő országok halálloki jellemzője?
10. Mi jellemzi a mai Magyarország demográfiai folyamatait?
11. Melyek a vezető halállokok hazánkban?
12. Mivel igazolható a hazai egészségügyi rendszer duális jellege?
13. Milyen területi és szerkezeti sajátosságok figyelhetők meg a hazai ellátórendszerben?
14. Mít nevezünk egészségügyi tájékoztatási és riasztási határértéknek?
15. Igazolja a környezetminőség és az egészségi állapot közötti összefüggést!
16. Milyen táplálkozásból eredő problémák jellemzik a fejlett és fejlődő országokat?
17. Milyen egészségügyi vonzatai vannak a globalizációnak?
18. Milyen tényezők járulnak hozzá napjainkban a járványok kialakulásához?
19. Miért nehéz az egészségturizmus fogalmának meghatározása?
20. Milyen szerepet játszik a WHO a világ egészségügyi helyzetének javításában?

15. Záróvizsga

A

1. Melyek az egészségföldrajzban megjelenő legfontosabb irányzatok?
2. Melyek a hazai egészségföldrajz legfontosabb irányzatai? Mi jellemzi a tudomány hazai fejlődését?
3. Határozza meg az egészség fogalmát! Soroljon fel egészségföldrajzhoz kapcsolódó demográfiai mutatókat!
4. Milyen okok nehezítik a fejlődő világban az egészségügyi ellátás fejlődését?
5. Milyen tényekkel igazolhatja, hogy a legnehezebb egészségügyi helyzetben Trópusi-Afrika országai vannak?
6. Mít jelent az epidemiológiai átmenet fogalma? Támassa alá a folyamatot konkrét példákkal!

7. Milyen egészségügyi következményekkel jár a fejlett országok sajátos korszerkezete?
8. Milyen kihívásokkal kell szembenéznie a fejlett országok egészségügyi ellátórendszerének?
9. Mi jellemzi a mai Magyarország demográfiai folyamatait? Milyen egészségügyi következményei vannak ennek?
10. Melyek a vezető halálokok hazánkban? Milyen okokra vezethető ez vissza?
11. Mi jellemzi a hazai alap szak- és a kórházi ellátást?
12. Milyen tényekkel támasztható alá a környezetminőség és az egészségi állapot kapcsolata?
13. Mutassa be a légkör és a vízburok szennyeződésének egészségügyi vonzatait!
14. Mi a különbség a mennyiségi és a minőségi éhezés között? Mutassa be a mennyiségi és a minőségi éhezés egészségügyi következményeit!
15. Mi jellemzi az egészséges táplálkozást?
16. Milyen egészségügyi vonzatai vannak a globalizációnak?
17. Milyen egészségügyi problémákat hozott a felszínre az urbanizáció felgyorsulása?
18. Milyen tényezők járulnak hozzá napjainkban a járványok kialakulásához? Milyen eszközökkel előzhető meg a járványok kialakulása?
19. Mi a különbség az endémia és a pandémia között? Mi jellemző az influenzajárványok kialakulására?
20. Miért nehéz az egészségturizmus fogalmának meghatározása?
21. Mi jellemzi az gyógyturizmust?
22. Milyen szerepet játszik a WHO a világ egészségügyi helyzetének javításában?

B

1. Helyezze el az egészségföldrajzot a tudományok rendszerében? Miért foglal el sajátos helyet ez a tudomány?
2. Hol- és hogyan kapcsolódhat be az egészségföldrajz a közoktatásban megfogalmazott fejlesztési feladatok megvalósításába?
3. Mi a különbség a krónikus és az akut betegség között? Nevezzen meg példákat a betegségtípusokra!
4. Ismertesse az egészségi állapotot leíró legfontosabb fogalmakat
5. Milyen egészségügyi következményei vannak a fejlődő országokat is érintő globális környezeti problémáknak?
6. Miben és miért tér el egymástól a fejlett és a fejlődő országok haláluki jellemzője?
7. Milyen területi sajátosságok figyelhetők meg a hazai ellátórendszerben?
8. Mi jellemző az egészségi állapot megítélésére hazánkban?
9. Mutassa be egy feltételezett atomerőmű-baleset egészségügyi következményeit!
10. Milyen egészségügyi következményei lehetnek a globális klímaváltozásnak?
11. Milyen táplálkozásból eredő problémák jellemzik a fejlett és fejlődő országokat?
12. Miért nevezhetjük Afrikát „éhező kontinensnek”?

13. Milyen tényezők járulnak hozzá a káros stressz helyzetek kialakulásához, és milyen egyéb betegségek kialakulása vezethető vissza a stresszre?
14. Miért válhatott korunk egyik legnagyobb egészségügyi veszélyforrásává az AIDS?
15. Milyen sajátos vonásai vannak a wellness-turizmusnak?
16. Miért lehet hazánk szempontjából kiemelt jelentőségű a gyógyturizmus?
17. Melyek az egészségturizmus legfontosabb típusai és a gyógyturizmus legfontosabb terápiás szolgáltatási?
18. Mi volt a Nemzetközi Vöröskereszt megalakulásának oka? Hogyan változott meg a tevékenysége az idők során?
19. Mely, az egészségföldrajzzal is kapcsolatba hozható problémák megoldásában van fontos szerepe a FAO-nak? Miért különleges az UNICEF tevékenysége?
20. Ismertesse a nemzetközi és a hazai Vöröskereszt tevékenységét, az egészségfejlesztés terén betöltött szerepét!

16. Irodalomjegyzék:

- Rothman KJ: Epidemiology: An introduction. Oxford University Press, 2002, ISBN 0-19-513554-7
- Lothar Kreienbrock, Siegfried Schach: Epidemiologische Methoden. 4. Auflage. SPEKTRUM AKADEMISCHER VERLAG, 2005, 284 S., ISBN 3-8274-1528-4
- Alexander Krämer, Ralf Reintjes (Hrg.): Infektionsepidemiologie - Methoden, Surveillance, Mathematische Modelle, Global Public Health. Springer, Berlin 2003, m. CD-ROM, XVI, 183 S. m. 34 Abb., ISBN 3-540-42764-3
- Beaglehole, R.; Bonita, R.; Kjellström, T.: Einführung in die Epidemiologie. Huber, Bern 1997, 200 S. m. 60 Abb., kartoniert, ISBN 3-456-82767-9
- Checkoway H, Pearce N, Crawford-Brown DJ: Research Methods in Occupational Epidemiology. Oxford University Press, New York 1989
- Armitage P, Berry G: Statistical Methods in Medical Research. Blackwell Scientific Publications, Oxford 1987
- Twisk, JWR: Applied Longitudinal Data Analysis for Epidemiology. Cambridge University Press, Cambridge 2003
- Hardin J, Hilbe J: Generalized Linear Models and Extensions. Stata Press, College Station TX 2001
- Leon Gordis: Epidemiologie. VERLAG im KILIAN, 365 S., ISBN 3-932091-63-9
- Ahrens Wolfgang, Pigeot Iris (Hrg.): Handbook of Epidemiology. Springer, Berlin Heidelberg 2005, 1617 S., ISBN 3-540-00566-8
- Jurányi Róbert (szerk.): A fertőző betegségek általános és részletes járványtana, Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 1998, ISBN 963 242 526
- Dr. Kerényi Attila: Környezettan - Természet és társadalom - globális szempontból Mezőgazda, 2003
- Kökény M. – Dura Gy.: Környezet-egészségügy. Ezredforduló 2002/4. 22-26. o.
- Aszódi Attila - Szatmáry Zoltán: Csernobil. Tények, okok, hiedelmek. Typotex, Budapest, 2005
- Lars Jarup: Health and Environment Information Systems for Exposure and Disease Mapping, and Risk Assessment <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1247192/>

Kovács Katalin: Társadalmi rétegződés és egészség: a legutóbbi évtized során tapasztalt változások In: Tanulmányok 1. A lakosság egészségi állapota, KSH, 2011 Budapest 7-30 p.

Vokó Zoltán Az egészségi állapot demográfiai és társadalmi-gazdasági meghatározó tényezői. In: Tanulmányok 1. A lakosság egészségi állapota, KSH, 2011 Budapest 31-56 p.

Havasi Éva – Horváth Gergely: A betegség anyja a szegénység” – A szegények egészségi állapota a mai Magyarországon. In: Tanulmányok 1. A lakosság egészségi állapota, KSH, 2011 Budapest 57 -78. p

Ember István szerk.: Népegészségügyi orvostan. Dialóg Campus Budapest–Pécs 2007.856 p

Melanie. Smitzh – Puczkó László: Egészségturizmus: gyógyászat, wellnewss, holisztika. Akadémiai Kiadó,Budapest 2010. 427 p.

Pál Viktor: Egészségföldrajz In: Tóth József szerk. Általános társadalomföldrajz I. Dialóg Campus Budapest–Pécs 2002., 382-420 pp.

Pál Viktor: Fogalmi kérdések, kutatási irányzatok, történelmi csomópontok az egészségföldrajzban. Földrajzi Értesítő 2005. LIII. évf. 3-4. füzet 435-453 pp.

Uzzoli Annamária: Területi egyenlőtlenségek az egészségügyben - ELTE munkafüzetek. ELTE Eötvös Kiadó 2008. 93 p.

Uzzoli Annamária (2003): A magyar népesség egészségi állapota az európai országok körében. Földrajzi Közlemények 2003/1-4. 131-156. o.

Pál Viktor – Uzzoli Annamária: Az emberiség egészsége - a 21. század kihívásai. Földrajzi Közlemények 132. évf. 4. szám. 2008.Budapest 471-488 pp.

Haggett, P.: Geográfia – Globális szintézis. Typotex Kiadó, 2006. Budapest pp. 615-655.

HAGGETT, P.–CLIFF, A.–SMALLMAN-RAYNOR, M. 2004: World atlas of epidemic diseases.– Oxford University Press. 256 p.

Réti Endre: Az orvosföldrajz múltjáról és jelenéről.(1962) Földrajzi Közlemények 337-343. o.

Kopp M. – Skrabski Á. – Szedmák S. A testi és a lelki egészség összefüggései

országos reprezentatív felmérések alapján. Demográfia 1999/1-2. 88. o.

Kopp M.: A mentálhigiénés megelőzés alapelvei. Népegészségügy 1999/80. 4-21.o.

Kopp M. - Skrabski Á: Pszichoszociális tényezők és egészségi állapot. Demográfia 2000/2-3. 252-277. o.

Kopp M. – Kovács M. E. A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis Kiadó, 2006 Budapest

Kökény M. – Dura Gy.: Környezet-egészségügy. Ezredforduló 2002/4. 22-26. o.

Alma-Ata Charta. – International conference on primary health care. Alma-Ata, USSR September 6-12th, 1978. (<http://www.phmovement.org/charter/almaata.html>)

Szántó Zs.: Betegség, gyógyítás, társadalom. – In: Szántó Zs.–Susánszky É. szerk.Orvosi szociológia. – Semmelweis Kiadó, 2002. Budapest pp. 15–32.

Gyukits Gy.–Ürmös A. Társadalmi egyenlőtlenségek és egészségi állapot. – In: Szántó Zs.–Susánszky É. (szerk.): Orvosi szociológia. Semmelweis Kiadó, 2002. Budapest pp.47–65.

Józan P.: Az ezredforduló népesedési viszonyai Magyarországon. In: Ádány R.(szerk.): A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón. Medicina Könyvkiadó Rt., 2003. Bp. 11-26. o.