

Szűcs Boglárka, Sótér Andrea

**A GENDER MAINSTREAMING¹ SZEMLÉLETÉNEK FOGANATOSÍTÁSA
A MAGYAR HONVÉDSÉG EGÉSZSÉGPOLITIKÁJÁBAN I.****AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS ÖSSZETEVŐI ÉS JELENTŐSÉGE A MAGYAR HONVÉDSÉG
EGÉSZSÉGPOLITIKÁJÁBAN A GENDER MAINSTREAMING TÜKRÉBEN****ACHIEVING VIEW OF GENDER MAINSTREAMING IN HEALTH POLICY OF HDF Part I.
COMPONENTS AND IMPORTANCE OF HEALTH PROMOTION IN THE HEALTH POLICY OF HDF**

Napjainkban egyre inkább megfigyelhető jelenség a nemi és társadalmi szerepek normaértékének fellazulása. Míg a nemi kategóriák történelmünk során változatlanok maradtak, addig a férfi-női szerepek helytől, kultúrától, társadalomtól és időtől függően változtak. A változó szerepek egyenlőtlen rétegződéshez is vezethetnek, melynek közvetett hatása van többek között a testi egészségre is. Tanulmányunk első felében a nemi és társadalmi szerepek normaérték-fellazulásának okaival, következményeivel foglalkozunk. Továbbá megvizsgáljuk a nemek közti jelentős egészségügyi állapot eltéréseinek okait, a kialakulásukban szerepet játszó tényezőket is. Egészségünk a legdrágább kincsünk, mégis folyamatosan megfigyelhető progresszív romlása, ami a századunkban egyre inkább megnyilvánuló szerepkonfliktusoknak, szerepzavaroknak szükségszerű eredménye. E jelenség feltárásához kívánunk hozzájárulni.

Nowadays the weakening moral value of sexual and social roles is getting a more and more observable occurrence. While the categories of gender have remained unchanged in history, the male-female roles have kept changing depending on place, culture, society and age. These changing roles may cause unequal social structuring, which has an indirect impact on physical health among others. In the first part of the article we are presenting the causes and consequences of the weakening moral value of sexual and social roles. We are also investigating the reasons for the major differences between the health states of males and females as well as the underlying factors. Our health is our most precious treasure, however it is getting worse continuously and progressively, which is an inevitable result of the role disorders and conflicts that are getting more common in this century. Our purpose is to contribute to the exploration of this occurrence.

A *nem* genetikailag, hormonálisan és pszichológiailag meghatározott kategória, a női és férfi szerepek pedig azokat az elvárásokat fogalmazzák meg, amelyeket az adott nem képviselőitől a viselkedésben – társadalmi megállapodás alapján – elvárunk. A szerep a társadalomtudományokban a harmincas évektől vált központi fogalomná (László, 1976), amit az is indokolt, hogy a szerepfogalommal közvetlenül fejezhető ki a magatartás irányításában részt vevő folyamatok és a cselekvést befolyásoló egyéni sajátosságok (Buda, 1977).

A nem fogalma több szinten is jelen van az egyén életében. A biológiai nem mellett megjelenik a pszichológiai nem is. Emellett mindkét nem esetében egyaránt jelentkezik a férfias és a nőies működés. Az egyén mindennapi életében akkor lesz hatékony, ha férfias és nőies működését képes integrálni, összehangolni és működtetni. Ezért a nők esetében szükséges a női működés megőrzése és a férfias működés beépítése, a férfiak esetében pedig a férfias működés megőrzése és a nőies működés beépítése.

¹Gender mainstreaming: A gender mainstreaming politikai eljárások (át)szervezése, tökéletesítése, fejlesztése és értékelése annak érdekében, hogy a nemek közti egyenlőség perspektívája beépüljön minden politikába/eljárásba, minden szinten és minden stádiumban, olyan szereplők erőfeszítései által, akik egyébként is részt vesznek a politikában.

HADTUDOMÁNYI SZEMLE

Budapest, 2010.
3. évfolyam 4. szám

Szűcs Boglárka, Sótér Andrea

1990-től kezdődően a nők gazdasági aktivitási rátája lecsökkent, ezáltal megnőtt az inaktív és munkanélküli nők száma. Ez a folyamat ugyanakkor egy kedvező irányú változást indított el, egyrészt megnőtt a magasan képzett nők száma, másrészt a nők nyitottabbá váltak sok olyan foglalkozás, illetve beosztás irányában, amelyeket korábban hagyományosan férfiasnak tartottak (pl. katonaság). A férfiak minden, a nők által kezdeményezett és a határaitat feszegető, jogukat érvényesíteni akaró feminin típusú mozgalmat a szerepeikkel szembeni támadásként élnek meg, mely tárgyvesztéshez hasonló reakciókat indíthat be (pl. mentális, esetleg annak következtében fizikális változások, feminin vonású férfiak, metroszexuális férfiak²). A nők megjelenésével a honvédség tradicionálisan férfias szervezetébe olyan értékek kerültek be, amelyek hatékonyabbá tehetik annak működését. Ezek az értékek többek között a jó kommunikációs készség, a kiemelkedő megosztott figyelem, az empátiás készség, a gondoskodás, az alkalmazkodás, a rugalmasság, az elfogadás képessége, valamint a kitartás, a szimultán feladatellátás és képesség a tartósan jó teljesítmény nyújtására. A férfiak esetében egy fegyveres testületben különösen fontos, hogy merik-e vállalni, kifejezni nőies működésüket, ami előfeltétele az érzelmek kezelésének, az empátiás érzékenységnek, a gyász munkának. Ha a nőies működésük háttérbe szorul, érzelmi túlterhelődés következik be, ami kiégéshez, illetve pszichoszomatikus zavarok kialakulásához vezethet. Ha a szervezetek működésének tulajdonítható tényezőket nézzük, akkor megállapítható, hogy azok történetileg sem tekinthetők gender blind³ intézményeknek. Emellett a munkahelyi szervezetben a strukturált előrelépési lehetőségek is elősegítik a foglalkozások nemek szerinti szegmentálódásának fennmaradását.

A nők munkahelyen betöltött helye és szerepe folyamatosan változott az évek során. A XX. század különösen jelentős volt az ilyen jellegű változások szempontjából, mivel a nők ekkortól jelentek meg nagy számban a munkaerőpiacon és a politikában. A nők bekapcsolódása a hagyományosan férfias szakmákba a női emancipációval kezdődött, ami a legtöbb országban a polgárosodás időszakához köthető. Az ilyen szakmákban a nők sikerének háttérében gyakran az is áll, hogy erős motivációjuk mellett a nőies beállítódás férfias beállítódástól való különbözőségét is használják céljaik elérése érdekében. A vezetői munka szempontjából a férfias és nőies attitűd integrációja kiemelten fontos, hiszen a parancsnoki munka során mind a férfias, mind a nőies értékekkel egyaránt rendelkezni kell, egyaránt képesnek kell lenni alkalmazni azokat, hiszen a jó vezetői munka ismérve egy erősen feladatorientált szervezetben a siker, ami csak az integráció révén érhető el. Ezért a szervezetben megjelenő nőies értékeket meg kell őrizni, érvényre jutásukat elő kell segíteni.

AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÉRTELMEZÉSÉNEK VÁLTOZÁSA

„A bölcs ember tudatában van annak, hogy legértékesebb kincse az egészség.”

(Hippokratész)

Mielőtt azonban rátérnénk a nemi adottságoknak az egészségre gyakorolt hatásaira, fontos tisztáznunk az egészség, mint fogalom értelmezésének változását. Az egészségmegőrzés („health promotion”) kifejezést Marc Lalonde, kanadai egészségügyi és népjóléti miniszter használta először. A „New perspective on the health of the Canadians” című munkájában (ami ma Lalonde report néven került be a köztudatba) rámutatott arra, hogy a főbb halálokok és betegséget okozó tényezők nem annyira biomedikális okokra vezethetők vissza, mint inkább környezeti, viselkedésbeli és életmóddal összefüggő tényezőkre. Emiatt a lakosság egészségi állapotának javítására irányuló törekvésekben az orvosi ellátás fejlesztése mellett az egészség megőrzésének és az egészségvédelemnek kell kiemelt hangsúlyt kapnia.

A WHO ezt az elképzelést teljes mértékben magáévá tette és az 1977-ben Alma-Atá-ban megtartott közgyűlésen közzétett nyilatkozatában leszögezte, hogy az egészséghez való jog alapvető emberi jognak tekinthető. Az

² Metroszexuális: nagyvárosban élő többnyire egyedülálló férfi, aki sokat költ kozmetikumokra, fodrászra, divatra és sokat törődik a külsejével (de nem feltétlenül homoszexuális).

³ Gender blind: nemekre semleges.

HADTUDOMÁNYI SZEMLE

Budapest, 2010.
3. évfolyam 4. szám

Szűcs Boglárka, Sótér Andrea

állampolgárok egészségének megőrzése és védelme az államok felelőssége, aminek megvalósításában az egészségügy mellett a szociális szférának, valamint a különböző gazdasági szektoroknak és társadalmi szerveződéseknek kiemelkedő feladatuk van. Az egészségmegőrzés fogalmának kiteljesedéséhez járult hozzá a WHO Ottawai Chartája 1986-ban, melyben meghatározták az egészségmegőrzés alapelveit, melyek a következők:

- az egészség fontosságának tudatosítása a közéletben,
- a határos környezetvédelmi intézkedések megtétele,
- az egészségügyi szolgáltatások szerepének átértékelése és egészségmegőrző orientációjuk erősítése,
- az egészségmegőrzésre vonatkozó egyéni készségek fejlesztése és a közösségi tevékenység előmozdítása.

A Charta értelmében az egészségmegőrzésnek nem csupán a betegségek megelőzésére, hanem az állampolgárok egészségminőségének javítására kell törekednie. Angliában 1988-ban az ún. Acheson reportban jelent meg az új közegészségügyi (népegészségügyi) felfogás, a new public health⁴. A beszámoló szerint a népegészségügy társadalmi összefogással, interszektoriális erőfeszítéssel kimunkált tudomány és gyakorlat, melynek célja a betegségek megelőzése, az egészség megőrzése és az élettartam meghosszabbítása. Alapvető szemléletbeli változásként értékelhető, hogy a betegségcentrikus felfogás (patogenetikus) helyett az egészség megteremtését-fenntartását (szalutogenetikus) szolgáló megközelítést preferálja.

Az egészség meghatározására napjainkban is leginkább a WHO több mint fél évszázada született definícióját használjuk. Eszerint „egészségen tökéletes fizikai, szellemi, szociális jól-létet értünk, nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiányát.” Ez a definíció összhangban van az egészségfelfogás hétköznapi értelmezésével, mely egyrészt negatív definícióként a betegség hiányát hangsúlyozza, másrészt pozitív definícióként az egészséget a jólléti állapottal azonosítja. E szempontból a fizikai, szellemi és szociális jóllét dimenzióját különíti el. A definíció lényegében megfelel a korszerű biopszichoszociális egészségfelfogásnak.

Az ún. „holisztikus” egészségfelfogás⁵ külön értelmezi az egyéni és a társadalmi, környezeti felelősséget, dimenziókban vizsgálja azt. Ez alapján az egyéni dimenziók (fizikai, mentális, érzelmi, lelki, szexuális, szociális) együttes jelenléte az optimális társadalmi és környezeti hatások nélkül kevésnek bizonyul a teljes egészségi állapot eléréséhez. A család, mint elsődleges szocializációs színtér alapjaiban határozza meg a személyiség fejlődését, s alakítja ki az egyén értékrendjét, szokásrendszerét. A családban kapott nevelést intézményes szinten az óvoda, majd az iskola által közvetített magatartásformák, viselkedésnormák egészítik ki.

Mindezek mellett a szűkebb, tágabb környezet is felelősséggel tartozik az egyén, mint a társadalom szerves alkotóelme egészségének megőrzése, védelme, fejlesztése iránt. Az egészség tehát elsősorban egyéni felelősségvállalás, de a környezet is döntően befolyásolja azt.

A munkahelyi környezet az egyén teljesítményét, fizikai, szellemi, mentális egészségét, emberi kapcsolatait döntően befolyásoló tényező. A munkahely, a munkáltató felelőssége és kötelessége a vonatkozó jogszabályok alapján biztosítani a szükséges személyi és tárgyi feltételeket a munkavállalók számára. A munkahely optimális légkörének kialakítása és fenntartása a munkáltató érdeke és a munkavállaló számára motiváció a további eredményes munkavégzéshez.

A WHO Ottawai Nyilatkozatának egészségdefiníciója szerint „az egészség olyan állapot, melyet anatómiai integritás, a teljesítményre való képesség, a személyes értékek, a családi munka és közösségi szerep, a fizikai, biológiai és

⁴ New public health: új közegészségügyi (népegészségügyi) felfogás, mely az egészségi állapot megközelítésében a betegség-centrikus felfogás (patogenetikus) helyett az egészség megteremtését-fenntartását (szalutogenetikus) szolgáló megközelítést preferálja. Felszólít a politikai, környezeti és szociális felelősségre.

⁵ Holisztikus egészségfelfogás: a teljességre, az egészre törekvés; az a gyógyítási mód, melynél figyelembe veszik a beteg értelmi, fizikai és szociális állapotát is.

Szűcs Boglárka, Sótér Andrea

társadalmi stresszel való megküzdés képessége, a jól-lét érzése, a betegség és a korai halál rizikóitól való mentesség jellemez". Az egészség fogalmának e meghatározása is komplex formában tükrözi az egészség különböző aspektusait, a fizikális, a mentális, az emocionális, a lelki (mentálhigiéné) és a társadalmi egészséget. Az egészség megőrzése az egyéni felelősségvállaláson túl társadalmi feltételektől is függ, úgy, mint az alapvető emberi szükségletek kielégítése, az emberi jogok biztosítása, az oktatás, képzés, a munkalehetőség, a kielégítő jövedelem biztosítása, az egészség védelméhez, fejlesztéséhez szükséges ismeretek biztosítása, az egészségvédő szolgáltatásokhoz való hozzáférés, az egészséges ellátáshoz való hozzáférés, az egészséges és biztonságos fizikai és munkahelyi környezet, valamint a döntésekben való részvétel lehetőségének biztosítása.

A WHO ajánlása szerint „a munkahelyi környezetben az optimális egészségi állapot úgy érhető el, hogy életkorunknak és nemünknek megfelelően növeljük fizikai és szellemi képességeinket, fejlesztjük a változó élet- és munkakörülményekhez szükséges alkalmazkodóképességünket, fokozzuk erőtartalékainkat, és új egyéni teljesítményeket érünk el a munkában és az élet más területein.” Az egészség kulcsa az életmódban rejlik. Életmódunk, szemléletmódunk meghatározó szerepet játszik a betegségek, a negatív elváltozások tekintetében.

A NEMI ADOTTSÁGOK EGÉSZSÉGRE GYAKOROLT HATÁSA

Magyarországon 2002-ben a leggyakoribb krónikus nem fertőző betegségek sorrendje a következőképpen alakult:

1. Keringési rendszer betegségei, 2. Légzőrendszer betegségei, 3. Emésztőrendszer betegségei, 4. Mentális és viselkedészavarok 5. A csont, az izomrendszer és a kötőszövet betegségei.

A betegségek előfordulásában az életmód mellett jelentős szerepe van a nemi különbözőségnek is, mind a biológiai nem (sex), mind a társadalmi nem (gender) tekintetében.

A férfiak és nők egészségi állapota és egyes betegségek kialakulása eltérően alakul a biológiai, a nemi jelleg, a hormonális működésbeli eltérés és az életmód tényezők alapján. Vannak tehát jellemzően női és jellemzően férfibetegségek, melyek multidiszciplináris⁶ megközelítése szükséges az eredmények kimenetelét illetően. A női betegségek közé tartoznak többek között a bőrbetegségek, a mentális rendellenességek, valamint a női nemi szervek megbetegedései (pl. petefészek, méhnyak kóros elváltozásai, emlő daganatos betegségei stb.). Kiemelten a férfiak körében előforduló betegségek a szív- és érrendszeri megbetegedések, az anyagcsere rendellenességek, az emésztőszervek betegségei és a férfi nemi szervek megbetegedései (pl. a prosztatata, a here kóros elváltozásai, merevedési problémák). Mindennek hátterében a biológiai nem adottságaiból, a genetikai meghatározottságból adódó eltérések állhatnak, melyek alapjaiban határozzák meg női vagy férfifitstünk felépítését. Ugyanakkor fizikai valónk legfontosabb mozgatórugója az immateriális tényezőként definiálható lélek, mely alapjaiban határozza meg szervezetünk összes rezdülését. A léleknek köszönhetően vagyunk egyedi személyiségek, a léleknek tulajdonítjuk érzelmeinket. Mindenki egyéni stressz kezeléssel, coping⁷ mechanizmusokkal rendelkezik, s változó a konfliktuskezelő képességünk is.

A rendelkezésünkre álló tanult és fejleszhető technikák birtokában, valamint személyiségünk egyéni vonása alapján tudjuk kezelni a lélekben keletkezett problémákat, konfliktusokat. A kezelés hiánya vagy nem megfelelő volta esetén a lelki krízis betegség formájában manifesztálódik. Ezeket nevezzük pszichoszomatikus betegségeknek. A XXI. században egyre jellemzőbb a mentális rendellenességek, a mentális-és viselkedészavarok előfordulási aránya. A lelkileg instabil emberek esetében nagyobb valószínűséggel feltételezhető bizonyos betegségek, elváltozások megjelenése, illetve fordítva is igaz ez a feltevés, miszerint bizonyos testi, fizikális betegségek lelki instabilitással, pszichés zavarral

⁶ Multidiszciplináris: több tudományt, szakterületet érintő.

⁷ Coping: megküzdés. Az egyén stresszre adott válasza, mely által megszüntetni, csökkenteni vagy kedvező irányban befolyásolni szeretné a frusztrációt kiváltó helyzetet.

Szűcs Boglárka, Sótér Andrea

járhatnak. A statisztikai adatok és a konkrét tapasztalatok is azt mutatják, hogy a férfiak kevesebb figyelmet szentelnek egészségi állapotuk megőrzésének, melyet a háziorvosi rendeléseken, szűrővizsgálatokon való alacsony részvételük bizonyít. Az egészséget jelentős mértékben befolyásolják az egyéni, magatartásbeli, illetve társadalmi, környezeti tényezők. A férfiak társadalom- és önképét a „macho” magatartás jellemzi. Ennek a magatartásnak legfőbb ismérve, hogy egészséget veszélyeztető helyzeteket keres (gyorshajtás, drogfogyasztás, felelőtlen szex stb.). Gyermekként úgy szocializáljuk őket, hogy elfogadott ezeknek a jellemvonásoknak a kialakítása, melybe nem fér bele a gyengeség, a gyengédség, az érzelmek őszinte megélése. Ez az egyik fő oka annak, hogy a férfiak ritkán és későn fordulnak orvoshoz. Mindezek mellett kevés ismerettel rendelkeznek az egészségi problémák megoldására vonatkozó lehetőségekről és ezért szkeptikusak ezeket illetően. A férfiak életmódja is eltér a nőkéétől, ami elsősorban táplálkozási szokásaikban, fizikai aktivitásukban figyelhető meg leginkább (pl. egészségtelen táplálkozás, passzivitás, túlsúly).

A társadalmi szerepek elvárással járnak, melyek betöltése gyakran okoz konfliktust a férfinak önmagával és női társával kapcsolatban. Mindkét nemnek egyszerre több szerepet kell betöltenie, így a férfinak férji, apai, munkahelyi szerep jut, valamint az anyagi biztonság megteremtéséért és fenntartásáért is vállalnia kell a felelősséget. Ez a teher sokszor okoz pszichés megterhelést, mely számtalan esetben depresszióban, alkoholizmusban manifesztálódik. Leginkább a munkahely megtartása okoz lelki feszültséget, mely az állandó megfelelni vágyásban és a maximalista munkavégzésben ölt formát. A férfiak számára egészségi rizikóhelyzetet jelenthet az elsősorban férfiakat foglalkoztató munkahelyek által megkövetelt munkavégzés veszélyes volta (bánya, építkezés, tűzoltás, katasztrófaelhárítás). Az említett férfikép alapján az orvosok is hajlamosak a férfiak egészségi állapotát elhanyagolni. Az orvosi rendelési időbeosztás, a hosszú várakozási idő, ennek a munkaidővel való ütközése nehezíti a szolgáltatások igénybevételét, amit a férfiak szkeptikus magatartásuk és türelmetlenségük miatt kevésbé tolerálnak.

A társadalmi szerepeket felnőttként, szülőként mi neveljük gyermekeinkbe, s a fent említett módon tudattalanul, a társadalmi elvárásoknak megfelelően elnyomjuk érzékeny, női oldalukat, melynek hatására érzelmi életükben gátlásosak, felszínesek lesznek. Ennek köszönhetően pedig érzelmi kötések, konfliktusok alakulnak ki lelkükben, melyek fel nem dolgozott traumákból, krízisekből, stresszhelyzetekből táplálkoznak. Az ilyen érzelmi elfojtásoknak szükségszerű velejárója a testi szinten manifesztálódó betegségek megjelenése.

A NEMEK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁNAK KÜLÖNBSÉGEI

A Ledds-i Metropolitan Egyetem munkatársainak vizsgálatában (A. White és M. Holme, 2006) öt kontinens 44 országának 15–44 éves korú férfi és női lakosságának a balesetek, az öngyilkosságok, a rosszindulatú daganatok, a szív- és érbetegségek, a krónikus májbetegségek halálzási adatai kerültek összehasonlításra a WHO 2000–2002. év közötti halálzási adatai alapján. Az egészségre jellemző életmód, életvitel kialakulásának és megszilárdulásának időszaka a 15–44 éves kor, amely szenzitív periódus az egészségfejlesztési intervenciók tekintetében. Az ebben az életkorban megismert halálzási adatok és azok változása a megelőzésre vonatkozó teendők tekintetében is iránymutatók lehetnek. Az országok közötti összehasonlítás és sorrendiség felállítása a helyileg jellegzetes okok feltárását teszi lehetővé.

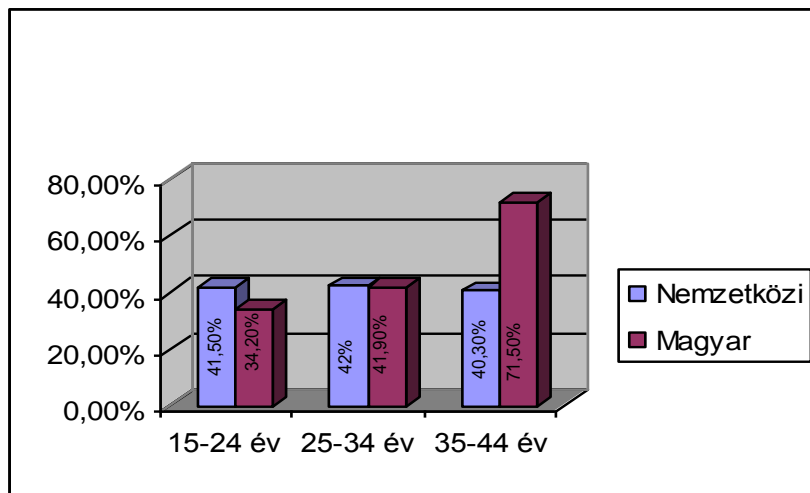
A vizsgálat szerint a 15–44 éves férfiak korszpecifikus halandósága 7,4%, a nőké 3,1% volt (1. sz. ábra), ami erősíti azt a tényt, hogy a férfiaknak a halálzási rizikója ebben a korosztályi összetételben is jelentősen nagyobb a nőkéénél.

Az egyes korosztályok szerinti halálzási különbségek vizsgálata a férfi és női lakosság között 5 fő okot nevez meg, a balesetek és károsan ható tényezők, az öngyilkosság, a szív- és érrendszeri betegségek, a rosszindulatú daganatok, a krónikus májbetegségek és a májcirrózis. A balesetek és károsan ható tényezők vizsgálatában a közúti, a munkahelyi, az otthoni halálós balesetek és a halálós mérgezések szerepeltek. Ebben a kategóriában a fiatal férfiak körében jelentkezik legmagasabb számban a halálzás.

HADTUDOMÁNYI SZEMLE

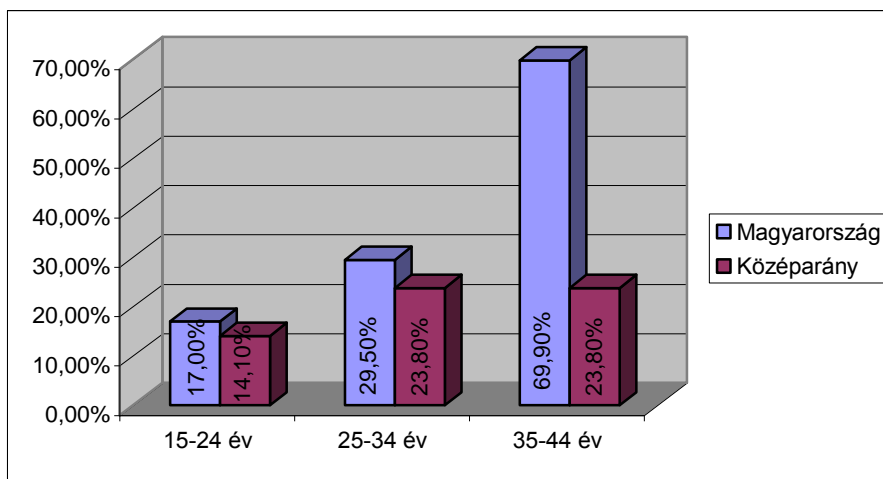
Budapest, 2010.
3. évfolyam 4. szám

Szűcs Boglárka, Sótér Andrea



1. ábra: Balesetek és károsan ható tényezők halálzási arányszáma a 15–44 éves férfi populáció körében.

Az öngyilkosság vonatkozásában kiemelkedő adatokat találtak a kelet-európai országokban, (például Litvániában), ahol a 15–24 éves korosztály 59,4%-os adata a 35–44 éves korosztálynál 117,9%-ra ugrott.



2. ábra: Az öngyilkosság halálzási arányszáma a 15–44 éves populációban.

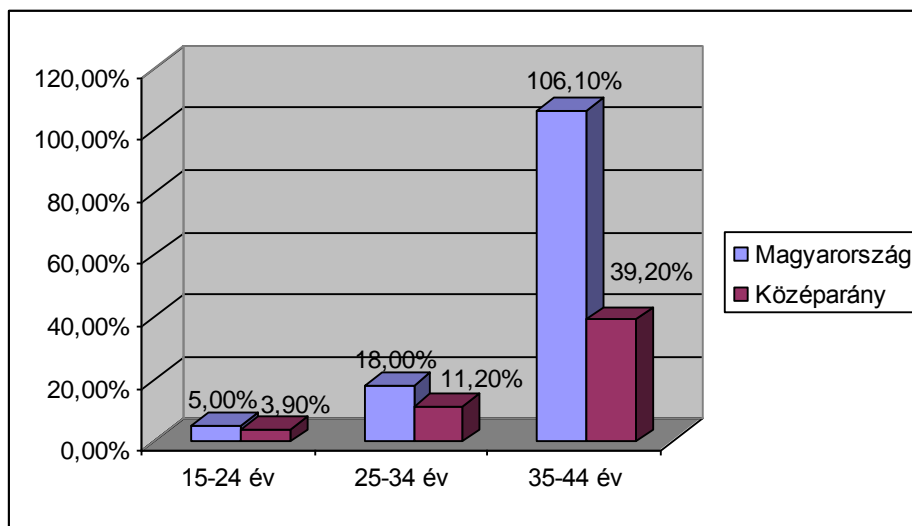
A 15–24 és a 25–34 éves korcsoportban a 36 ország sorrendjében a 23., illetve a 29. helyet foglaljuk el, de a 35–44 éves korcsoportban csak Litvánia adatai rosszabbak.

A szív- és érrendszeri betegségeknek a 15–24 éves férfiak átlagos 3,9%-os halálzási adata a 25–34 éves kategóriában 11,2%-ra, a 35–44 éveseknél már ennek közel négyszeresére, 39,2%-ra emelkedik. A növekedés hasonló a nőknél is: 2,1%-ról 4,6%-ra, illetve 16,0%-ra.

HADTUDOMÁNYI SZEMLE

Budapest, 2010.
3. évfolyam 4. szám

Szűcs Boglárka, Sótér Andrea



3. ábra: A szív-és érrendszeri megbetegedés halálozási aránya a 15–44 éves férfi populáció körében.

A magyarországi adatok szerint a 15–24 éves férfiak az 5,00%-kal a 36 ország között a 28., a 25–34 éveseknél 18,0%-kal a 29., a 35–44 éveseknél 106,1%-kal a 30. helyet foglalják el. (4. sz. ábra) A magyar nők hasonló korosztályi kategóriái szerint a 19., a 25., illetve a 32. helyet foglaljuk el, és ezzel a két utóbbi kategória adatai között az emelkedés már hétszeres. Sok országban a 15–34 évesek halálozásában a szív-, érrendszeri csoporton belül leginkább a légzőszervi keringés, a tüdőembólia, a ritmuszavarok, az alkoholos szívizom-elfajulás és a hirtelen halál szerepel. A szívizominfarktus inkább a 35–44 és az e fölötti korosztálynál jelentkezik fő halálként.

A rosszindulatú daganatok halálozási adatai az alsó két korosztály tekintetében mind a 36 országban az átlaghoz közelebbiek, a 15–24 éves férfiaknál 6,0%, illetve a 25–34 éveseknél 10,5%.

A hasonló korosztályú nőknél ez az arány 3,8% és 10,8% volt. A 34–44 éves csoport átlag halálozása 33,7% volt. Magyarország kiemelkedő a 35–44 éves férfi kategória 98,1%-os adatával, ami a 36 ország között a legrosszabb, az átlagosnak közel háromszorosa. Ennek a korosztálynak a női 74,5%-os adata az átlagnak majdnem kétszerese, mely szintén az utolsó helyet jelenti. A férfiaknál a 35–44 éves korosztálynál a tüdőrák, az ajak, a szájüreg és a garat rákja volt a legtöbb. A nőknél a tüdő-, a méhnyak- és a méhtrák szerepelt fő okként. A krónikus májbetegségek és májcirrózis kategóriában regisztrált halálozási okok elsősorban az alkoholfogyasztás emelkedésével vannak összefüggésben. Az e csoportban vizsgált korosztályok közül jelentősséggel leginkább a 35–44 évesek halálozása emelkedik ki 15,3%-kal.

A 25–34 éves magyar férfiak 9,1%-os adata magasnak számít az észtek, litvánok vagy a románok adataival összehangban. A 35–44 éves férfi korosztálynál a 84,2% az átlag hatszorosa, és így az országok között a legmagasabb értéket jelzi. Ebben a korosztályban a magyar nők 23,9%-os halálozási adata az átlag több mint négyszerese, mellyel szintén a legmagasabb értéket mutatja.

A vizsgálat alapvető célja volt feltárni az országok, valamint a férfiak és nők adatai között jelentkező különbségek létrehozásáért felelős tényezőket. A kapott eredmények tükrében az alábbi következtetéseket lehet levonni:

1. A férfiak korai halálozásának oka az életmódjukban keresendő.
2. A férfiaságra jellemző kockázati magatartás szerepet játszik a közlekedési balesetekben, a dohányzásban, a helytelen táplálkozásban, a túlzott alkoholfogyasztásban.
3. A korai halálozás országok közötti különbségében szerepe van a társadalmi-gazdasági körülményeknek.
4. A szociális ellátatlanság és a bizonytalan jövő kihatással lehet a fejlődő országok fiatal férfijainak kiemelkedően magas halálozási adataira.

HADTUDOMÁNYI SZEMLE

Budapest, 2010.
3. évfolyam 4. szám

Szűcs Boglárka, Sótér Andrea

5. Különbség van a 15–34 éves és a 35–44 éves férfi korosztály egészségi problémáiban.
6. A balesetek és öngyilkosság következtében fellépő halálozás a korai életévekben, míg a betegségek miatt az idősebb korban jelentkezik.

A vizsgálat két fontos momentumra hívja fel a figyelmet: a férfiak magas rizikójú életmódjára és a kelet-európai országok, köztük Magyarország lakosságának az öngyilkosságban mutatott magas adataira.

A KÖZÉP-KELET-EURÓPAI EGÉSZSÉG PARADOXON ÉS A LEHETSÉGES OKOK

Az aktív férfi korosztályból ma Magyarországon abszolút számban többen halnak meg évente, mint az 1930-as években, ami azt jelenti, hogy a modern orvostudomány valamennyi rendkívüli eredménye ellenére is tehetetlen ennek az igen fontos kérdésnek a kezelésében. Új tudományos megközelítésre van szükség. Gondoljuk csak végig, hogy akkor, amikor még a TBC pusztított, még nem fedezték fel az antibiotikumokat és más rendkívül hatékony gyógyszereket és technikai eszközöket, évente többen maradtak életben az 50–64 éves korosztályból, mint hetven évvel később. Ez a rendkívüli jelenség különleges kihívás a kutatás számára, hiszen számos olyan kérdést vet fel, amelyek hagyományos módszerekkel nem válaszolhatók meg. Ezt a jelenséget nevezik „közép-kelet-európai egészség paradoxonnak”.

Az ismert, igen nagy népegészségügyi jelentőségű önkárosító magatartásformák, a dohányzás, a kóros alkoholfogyasztás, az egészségtelen táplálkozás megváltoztatása nem elégséges ennek az un. közép-kelet-európai egészség paradoxonnak a megértéséhez, egyrészt, mivel a rosszabbodásnak statisztikailag csak bizonyos hányadát, mintegy 40%-át magyarázza, másrészt alapvető kérdés az is, hogy milyen pszichológiai, motivációs és társadalmi tényezők vezetnek az önkárosító magatartásformák gyakoribbá válásához.

Az átalakuló közép- és kelet-európai országokra az utóbbi évtizedekben jellemző morbiditási és mortalitási krízis hátterében a legelismertebb nemzetközi kutatócsoportok eredményei szerint is a lelki, magatartási tényezők, a krónikus stressz és annak megélése az alapvető. (Kopp, Skrabski, 2007) Az eddigi magyarázó hipotézisek nem alkalmasak ezeknek az igen rövid idő alatt lejátszódó egészségi változásoknak az értelmezésére, ezért fordult a legkiválóbb nemzetközi kutatócsoportok érdeklődése is az un. „közép-kelet-európai egészség paradoxon” vizsgálata felé (Cornia és Panicia, 2000). A magatartástudományi kutatások további igen fontos kihívása az a felismerés, hogy a civilizált országokban alapvető egészségügyi veszélyeztető tényező a társadalmon belüli viszonylagos szociális-gazdasági lemaradás. Ha a halálozási és megbetegedési adatokat a hagyományos kockázati tényezők, mint a dohányzás, az elhízás, a mozgásszegény életmód szerint korrigáljuk, ezeknél sokkal lényegesebb szerepet játszik a viszonylag rosszabb szociális helyzet. A régiókban is lejátszódó egyedülálló társadalmi-gazdasági kísérlet a civilizált országokban alapvető egészségügyi veszélyeztetőként szerepel.

A dohányzásnál, az elhízásnál, a mozgásszegény életmódnál sokkal lényegesebb szerepet játszik a viszonylag rosszabb szociális helyzet. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy Angliában közel 10 évvel korábban hal meg egy segédmunkás, mint a diplomás, még akkor is, ha nem iszik, nem dohányzik többet. Ugyanakkor szintén az angol közalkalmazottak között mutatták ki, hogy az iskolázottsági szint igen szoros fordított kapcsolatban áll a halálozási arányokkal, valamint elsősorban a koszorúér megbetegedések és az angina, az EKG-val kimutatható ischemia, és a krónikus, nem fertőző légúti megbetegedések gyakoriságával. (Marmot, 1996). „Státusz szindrómának” nevezik azt a jelenséget, hogy a férfiak esetében a társadalmi hierarchiában való lemaradás igen súlyos egészségi következményekkel jár. (Marmot, 2004) Angol közalkalmazottak között 1992-96 közötti időszakban 10 év különbség volt a legfelső iskolázottságú (diplomás) és legalsó végzettségű, segédmunkás réteg várható élettartama között (78 illetve 68 év). 1,5-szörös volt a szívinfarktus halálozási valószínűsége a legalacsonyabb iskolázottságú rétegben akkor is, ha nem dohányoztak, nem ittak többet.

HADTUDOMÁNYI SZEMLE

Budapest, 2010.
3. évfolyam 4. szám

Szűcs Boglárka, Sótér Andrea

Mivel a modern nyugat-európai társadalmak megfelelő táplálkozási feltételekről, lakásviszonyokról és orvosi ellátásról gondoskodnak az egész társadalom számára, a magatartástudományi kutatás egyik alapkérdése, hogy mi lehet az oka, hogy a viszonylag rosszabb szociális-gazdasági helyzet, mint az alacsonyabb iskolázottság, jövedelem mégis rendkívül fontos egészségi kockázati tényező.

A magatartástudományi kutatás tehát túlmutat a hagyományos egészségi kockázati tényezők vizsgálatán, ezek társadalmi, pszichológiai, magatartási hátterét, meghatározóit elemzi. Az ezredfordulón Magyarországon a középkorú, 50–64 éves férfiak halálozási arányai abszolút mértékben is magasabbak voltak, mint az 1930-as években. A modern orvostudomány valamennyi rendkívüli eredménye ellenére hasonló folyamatok figyelhetők meg a régió többi átalakuló országában. Azonban a 80-as évek végéig a rosszabbodás Magyarországon volt a legkifejezettebb. Az 1960-as években jobbak voltak az egészségi mutatóink, mint Ausztriában. Ma az osztrák férfiak 7,6 évvel, a nők 5,2 évvel élnek tovább, mint a magyarok. Kifejezett várható élettartam javulás csak a 65 évnél idősebbek között mutatható ki az utóbbi években. Az esély ma, hogy egy férfi túléli a 65. születésnapját Magyarországon 59%, Ausztriában 80%.

A magyar népesség körében a viszonylag rosszabb szociális-gazdasági helyzet nem önmagában, hanem elsősorban a depressziós tünetegyüttes közvetítésével eredményez magasabb megbetegedési arányokat. Nem önmagában a nehéz szociális helyzet, hanem a viszonylagos lemaradás szubjektív átélése a leglényegesebb egészségügyi veszélyeztető tényező. Ha valaki szegényebb, de nem depressziós, akkor nem is betegbb. A jövedelmi lemaradás a férfiak számára jelentősebb pszichés és következményes egészségi veszélyeztető tényező, mint a nők esetében, különösen a tradicionális társadalmakban.

A szociális egyenlőtlenség és az egészségi állapot nemzetközi vizsgálatai alapján a halálozás, a megbetegedési arányok és az észlelt egészségi állapot a legszorosabb kapcsolatban a társadalmon belüli különbségekkel áll. Míg a fejlődő országok esetében az egészségi állapot a nemzeti jövedelemmel arányosan növekszik, a fejlett (OECD)⁸ országokban minél nagyobbak az országon belüli iskolázottsági, illetve az ezzel összefüggő szociális különbségek, annál magasabbak a halálozási arányok. Ennek kitűnő illusztrációja Japán és Nagy-Britannia példája. 1970-ben a két országban a várható élettartam és a nemzeti jövedelem szinte azonos volt, azóta a japán társadalmon belüli iskolázottsági különbségek drámaian csökkentek, ma a legalacsonyabbak valamennyi statisztikát vezető ország közül. Ezzel párhuzamosan a Japánban várható élettartam a világon a legmagasabbá vált, ami nem magyarázható táplálkozási, egészségügyi, vagy megelőzési okokkal. Ugyanezen idő alatt Angliában jelentősen nőttek a társadalmon belüli különbségek, és a várható élettartam tekintetében a viszonylag rosszabb helyzetű országok közé kerültek. (Kopp, 2007). Svédországban alacsonyak a belső jövedelemkülönbségek, a segéd munkások várható életkora is magasabbá vált, mint az angol legfelső szociális rétegeké. Minél nagyobb a különbség a gazdagok és szegények között egy államon belül, annál magasabb a morbiditási és mortalitási arány.

Nem a gazdagság abszolút mértéke, hanem a társadalmon belüli gazdasági különbségek, eltérések az egészségi állapot legjobb előrejelzői. A társadalmon belüli egyenlőtlenség a rosszabb egészségi állapot, a magasabb munkanélküliség, a gyilkossági és bűnözési aránnyal, a munkaképtelenség magasabb arányával, az alacsony súlyú újszülöttek magasabb arányával, a felsőfokú végzettségűek alacsonyabb arányával jellemezhetőek. Az iskolázottság szerinti halálozási hányados a magyar férfiak között lényegesen magasabb, mint Európa más országában. Az érettséginel alacsonyabb végzettségű, 74 évnél fiatalabb férfiak halálozási aránya 1,8-szor magasabb, mint a magasabb végzettségűeké. Ehhez hasonló eltéréseket csupán a Cseh Köztársaságban mutattak ki. Ezzel szemben a középkorú nők között ez az iskolázottság szerinti halálozási különbség csupán 1,3-szoros. (Mackenbach et al., 1999). Egyes rétegekben az

⁸ OECD: Organisation for Economic Cooperation and Development (Gazdasági Együttműködés és Fejlesztés Szervezete), 1961-től működő nemzetközi szervezet.

HADTUDOMÁNYI SZEMLE

Budapest, 2010.
3. évfolyam 4. szám

Szűcs Boglárka, Sótér Andrea

érettségénél alacsonyabb végzettségűek között, és az ország észak-keleti megyéiben a 65. év megélésének valószínűsége a férfiak esetében jóval alacsonyabb az 50%-nál is (Kopp,2007).

Magyarországon Dr. Klinger András 2001-ben végezte és közölte tanulmányban az 1971 és 1999 közötti, közel 30 év széles körű összehasonlító elemzését a férfi és női lakosság iskolai végzettsége alapján a kor szerinti halálozásoknak, a továbbélési trend alakulásának és a halálozási okoknak különbségét vizsgálva. A vizsgálat eredményei szerint a kulturális szint alapján mért halandósági különbség a magyar lakosságban az 1971 és 1999 évek közötti harminc évben jelentősen megnőtt a legalacsonyabb végzettségűek halandóságának nagymértékű romlása és a magasabb végzettségűek jelentős javulása. A különbség jóval egyértelműbb a nőknél, mint a férfiaknál. A halandósági különbségek elsősorban a fiatalabb korosztálynál jelentkeznek, de az utolsó években – elsősorban a férfiak körében – az idősebbeknél is mutatkoznak. A különbségek növekedését elsősorban a keringési rendszer betegségei miatti daganatos halandóság differenciáinak emelkedése okozza, de a halandóság különbségei is növekedést mutatnak az alacsonyabb iskolai végzettségűek között.

A halandósági különbségek megváltozása erősen befolyásolja az egyes rétegek életkilátásait, ami a születéskor várható élettartam jelentős különbségeiben mutatkozik meg, különösen a legalacsonyabb és a legmagasabb végzettségű férfiak között (Métneki, 2002).

A dominancia sorrendben való lemaradás a hím állatok számára rendkívül fontos egészségi kockázati tényező, és humán vizsgálatok is hasonló eredményeket mutatnak. Ez a jelenség az átalakuló társadalmakban az aktív korú férfiak veszélyeztettségében jelentős tényező. A szociális-gazdasági lemaradás és az egészségi állapot közötti igen szoros összefüggés nagyrészt a depressziós tünet-együttes súlyosságán keresztül érvényesül. A társadalmon belüli viszonylagos különbségek emelkedtek jelentősen és felborult a korábbi viszonylag stabil dominancia sorrend.

Az állatkísérletek során megállapítást nyert az a feltevés, miszerint nem maga a dominancia sorrend, hanem annak megváltozása jelent igen súlyos krónikus stressz állapotot. Régióinkban ez a jelenség figyelhető meg az elmúlt évtizedekben, hiszen a korábban biztosnak hitt társadalmi státus vált bizonytalanná, sok esetben másokhoz képest hátrányossá. Az elmúlt néhány évtizedben a társadalmon belüli viszonylagos különbségek jelentősen emelkedtek és felborult a korábbi viszonylag stabil dominancia sorrend. Önrontó kör kialakulását feltételezhetjük a viszonylag rosszabb szociális-gazdasági helyzet és a depressziós tünet-együttes között, ami jelentős oki szerepet játszik a magasabb morbiditási és mortalitási arányok hátterében. Nem önmagában a rossz szociális-gazdasági helyzet, hanem a viszonylagos lemaradás a leglényegesebb tényező, hiszen az egységesen alacsony életszínvonal mellett az 1970-es évekig a magyar egészségügyi statisztikák jobbak voltak Európa több országáénál. Témánk szempontjából fontos és nemzetközi vizsgálatokkal bizonyított tényező, hogy a társadalmi, gazdasági, jövedelmi lemaradás a férfiak számára jelentősebb pszichés és következményes egészségi veszélyeztető tényező, mint a nők esetében. Státusszindrómának nevezik azt a jelenséget, mely főleg férfiakra jellemző olyan érzelmi állapot, melyet a társadalmi hierarchiában való lemaradás idézett elő, és amelynek igen súlyos egészségi következményei is megfigyelhetők. (Marmot, 2004). A stabilnak hitt társadalmi szerepek megingásával, a dominancia sorrend felborulásával párhuzamosan, mintegy szükségszerűen rendeződtek át a társadalmunkban ismert és elfogadott nemi szerepek. Mindezek alapján a nők férfiakkal szembeni elvárásai igen súlyos stresszforrást jelenthetnek a férfiak számára, mely stressz (distressz) egészségügyi problémák, betegségek formájában manifesztálódhat. Azokban a kistérségekben, ahol a nők rosszabbnak ítélik meg saját anyagi helyzetüket, ez komolyabban befolyásolja a férfiak idő előtti⁹ halálozási arányait, mint ott, ahol a férfiak ítélik rossznak saját anyagi helyzetüket. Ezzel szemben a nők iskolázottsága igen jelentős védőfaktor a férfiak számára (Kopp-Kovács, 2006). A tradicionális társadalmi viszonyok és az értékrend átalakulása csökkenti a nemi szerepekkel kapcsolatos elvárások különbségeit.

⁹ Idő előtti, korai halálozás: az 1-64 éves életszakaszban bekövetkezett halálozás

HADTUDOMÁNYI SZEMLE

Budapest, 2010.
3. évfolyam 4. szám

Szűcs Boglárka, Sótér Andrea

Skandináv modell példájára Norvégiában, ahol a nemek közötti egyenlőség megvalósításában talán a legeredményesebbek voltak, ez mind a férfiak, mind a nők várható élettartamának növekedésével járt együtt, miközben a termékenységi mutatók tekintetében ma Európában az egyik legjobb helyet érték el. Ez a példa arra mutat, hogy a női értékrend részleges átvétele, a férfiak családban betöltött szerepének erősítése védő tényező mind a férfiak, mind a nők életkilátásai, valamint a demográfiai krízis megoldása szempontjából. Kopp Mária szerint egyre több tanulmány foglalkozik a krónikus stressz és a depresszió kapcsolatával. A depresszió kialakulásában a gyermekkori családi háttér, az egyénnek a valósággal való megbirkózási képessége, szociális kompetenciája és az életesemények meghatározó szerepet játszanak. Mivel az önértékelés attól függ, hogy az ember milyen célokat tűz ki maga elé, mikor érzi magát sikeresnek, az én-ideál, a célok, értékek szerepe a krónikus stressz állapot és a depresszió megelőzése szempontjából alapvető. A tradicionális társadalmi viszonyok és értékrend átalakulása egyre csökkenti a nemi szerepekkel kapcsolatos elvárások különbségeit. Az anómia azt a meggyőződést jelenti, hogy egy adott társadalomban csak a szabályok és törvények megszegésével lehet eredményeket elérni. Ennek következményeként kialakul a céltalanság és az irányvesztés érzése. Ez olyan helyzetekre utal, amikor a társadalmi normák elvesztik befolyásukat az emberek viselkedésére. A Hungarostudy 2002 felmérés eredményei alapján az anómia megyei átlagértékei igen szoros kapcsolatot mutatnak mind a középkorú férfihalálozás, mind a depresszió megyei átlagértékeivel. A legmagasabb anómia értékeket Nógrád, Békés, és Somogy, a legalacsonyabb értékeket Győr-Moson-Sopron, Vas megyékben és Budapesten mérték. A 2000-es European Social Survey szerint Európa országai közül (a Baltikum kivételével) a magyarok egészséggel kapcsolatos életminősége a legrosszabb!

Andorka Rudolf élete utolsó éveiben szinte minden írásában az anómia, az értékvesztés, a céltalanság jelentőségét hangsúlyozta a magyar népesség testi-lelki bajainak hátterében. A tartós, hosszan tartó kontrollvesztés élménye elkerülhetetlen érzelmileg negatív helyzetekben, a reménytelenség, a magárahagyottság érzése a későbbi helyzetekre is átvődik, és kimutatható élettani változásokkal is jár. (Kopp,2007). A magyarok talán inkább hajlamosak a panaszkodásra, ami szintén súlyos lelki torzulást képes előidézni. A Baltikum, Oroszország és Ukrajna után a középkorú népesség halálozási arányait vizsgálva a mi mutatóink a legrosszabbak Európában. A középkorú, aktív, alkotó népesség idő előtti halálozása egy ország rossz lelkiállapotának legsúlyosabb tükrére.

A koherencia, az élet értelmébe vetett hit meghatározó jelentőségű a lelki egészség szempontjából. A koherencia annak átélése, hogy az embernek van helye és szerepe a világban és a társadalomban, hogy a velünk történő események értelemteliek, olyan kihívások, amelyeknek megoldására képesek vagyunk. A koherencia a személynek saját magával és a világgal szemben tanúsított és átélt beállítódása, annak a biztonsága, hogy a minket körülvevő és a bennünk megnyilvánuló világ kiszámítható, és az események nagy valószínűséggel befolyásolhatóak. Ebben a modellben a krízisek, nehézségek arra alkalmasak, hogy a személyiségfejlődés magasabb szintjére jussunk általuk, és nem elkerülendő nehézségekként éljük meg őket. Ez a lelkiállapot az ellentéte a „tanult tehetetlenségnek”. A koherencia mértéke nem tér el jelentősen az egyes magyarországi régiók között. A magyar társadalom egyharmadát (nők 32%-a, férfiak 28%-a) (Kopp,2007) magas koherencia érték jellemzi.

Az élet értelmébe vetett hitet életkortól, nemtől és iskolázottságtól szinte független lelki és testi egészségi védőfaktornak találták. Az átlag feletti koherenciával rendelkezők, – miután az adatokat életkor, nem és iskolázottság szerint kontrollálták – tízszer nagyobb valószínűséggel minősítették jónak egészségi állapotukat, nyolcszor nagyobb valószínűséggel állították, hogy nincs munkaképesség csökkenésük. Esetükben az átlagnál pozitívabb életminőség valószínűsége ötszörös volt és hétszer ritkább közöttük a súlyos depressziós tünetegyüttes (Kopp,2007). Az élet értelmébe vetett hit és a vallásosság között ugyan szoros kapcsolatot találtunk, de a két fogalom nem azonos. Vannak vallásos emberek, akik nem hisznek az élet értelmében és vannak koherens személyiségek, akik nem vallják vallásosnak saját magukat. Míg a negatív érzelmek rombolnak, a pozitív érzelmekre építeni lehet, új emberi

HADTUDOMÁNYI SZEMLE

Budapest, 2010.
3. évfolyam 4. szám

Szűcs Boglárka, Sótér Andrea

kapcsolatokat, ideákat, az ember személyes forrásgazdagságát javítják. A negatív érzelmekre is szükség van, de legalább 3:1 arányban több pozitív érzelmet kell átélnünk ahhoz, hogy életminőségünk pozitív legyen (Fredrickson, 2004.).

A WHO Jól-lét életminőség skálája szerint a 18 évnél idősebb magyar népesség 22%-át jellemzi teljes jóllét, pozitív életminőség, minden második ember lelkiileg egészségesnek mondta magát, további 23%-ot jellemez csökkent lelki jóllét és csupán 5% minősítette életminőségét teljesen negatívnak. A megyék közül Vas és Győr-Moson-Sopron megye lakói minősítik életminőségüket legpozitívabbnak. Vizsgálatok eredményei alapján elmondható, hogy gyakorlatilag mindenkinben megvan mindkét faktor, amelyek közül a pozitív oldalt önazonosság faktornak, a negatív oldalt értékvesztés faktornak nevezhetjük. Mindenkinben ott van a lehetőség a pozitív irányú fejlődésre is, melynek összetevői a koherencia, az élet értelmébe vetett hit, az erős társas kapcsolatok, a bizalom, az együttműködési készség, a tolerancia és a hatékony megküzdési készségek.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az egészség szubjektíven relatív állapot, melynek birtoklása nem csak bizonyos rétegek kiváltsága, s nem is ajándék, mellyel a jóisten vagy a sors megjutalmazott. Sokkal több annál, minthogy egyszerű állapotnak tételezzük fel. Az egészség egy folyamatos biopszichoszociális élet szükségszerű és egyértelmű velejárója és egyben életünk célja is.

Az ember produktív, effektív élő organizmus, akinek veleszületett szükséglete a „nyomhagyás”, az alkotás, a haladás, a flow. Minden ember alapvető életcélja és vágya, hogy valami maradandót alkothasson, hogy valamit átörökítsen a jövő generációnak, hiszen a nagy közös egésznek kis darabjaiként csak így lehetünk igazán részesei a világnak.

Eric Erickson szerint az ember egész életében az identitását keresi, fejleszti, s ennek az útnak a végén az integritást, mint végső megelégedett állapotot igyekszünk elérni, hogy békésen, megelégedve nézhessünk végig életünk termékeny és virágzó talaján, melyet mi tápláltunk és gondoztunk.

Az egészség tehát nem lehet az ember egyszerű vitális állapota, mondván, csak szinten kell tartani. Véleményünk szerint az egészségről alkotott nézeteink megváltoztatásával, szemléletváltással lehet valódi egészségügyet, egészség reformot megvalósítani. Ab ovo az ember elsősorban önmaga válhat önnön élete, s így egészsége formálójává. A társadalom csak az eszközök és lehetőségek biztosításával járulhat hozzá az ember életének alakításához.

Jelen világunk leginkább figyelmet érdemlő témája az emberi életben fontos motiváció, melyet a legtöbb ember nem tudhat magáénak. A motiválatlan embernek nincs életcélja, nem vár semmit az élettől, s nem is járul hozzá a közjó – s így az önmaga – boldogságához.

Tanulmányunkban külön figyelmet szenteltünk a nemek eltérő egészségi állapotának és okainak.

A vizsgálat eredményeinek tükrében fontos következtetés, hogy a főbb megbetegedésekben a férfiak kockázata nagyobb, mint a nőké. A tanulmányban ismertetett okok (alacsonyabb iskolai végzettség, túlzott rizikóvállalás, az egészségügyi szolgáltatások elhanyagolása stb.) alapvető gátjává válnak az egészségtudatos életvitel, az egészségmagatartás kialakulásának.

Mindezen eredmények alapján különös figyelmet kell szentelni a férfi magatartás megváltoztatására, mely az egészségtudatosság fejlesztésére irányul.

A férfiak részére is szükség van megoldó technikák (coping) korai kialakítására.

Társadalmunkban is megfigyelhető jelenség köré szerveződött a 2003 óta évente, világszerte megrendezésre kerülő Férfiak Egészségéért Hét elnevezésű rendezvény.

A Hét programját általában annak az évnek nemzetközileg megjelölt egészségi témája adja.

A társadalom számos szemléletváltást sürgető, prevencióra épülő programjaival, jogszabályalkotással, pozitív attitűdű kommunikációjával kíván hozzájárulni az egyének, a kisközösségek egészségmagatartásának alakításához.

HADTUDOMÁNYI SZEMLE

Budapest, 2010.
3. évfolyam 4. szám

Szűcs Boglárka, Sótér Andrea

Mégis valljuk, hogy a változás lehetősége mindenkiben benne van, s elsősorban mi magunk vagyunk képesek ezzel élni vagy visszaélni.

Mint ahogyan a katonai szervezeten belül, így az egyén életében is kitartásra, együttműködésre, motivációra és bátorságra van szükség, hogy célunkat elérjük.

Kulcsszavak: Magyar Honvédség, egészségi állapot, biológiai nem (sex) és a társadalmi nem (gender), közép-kelet-európai egészség paradoxon

Keywords: health state, sex, gender, health paradox of Middle-East European

FELHASZNÁLT IRODALOM

Időszaki kiadványok (folyóirat) cikkei

Alma-Ata charter for Health Promotion. World Health Organization, Alma-Ata, 1978

Donald Acheson: Independent Inquiry into Inequalities in Health Report 1998

European Social Survey 2000

<http://www.europeansurvey.org>

http://www.who.int/hpr/NHP/docs/ottawa_sharter_hp.pdf

Hungarostudy 2002 Felmérés

Kopp, M.-Skrabski, Á.: A magyar népesség életkilátásai in: Magyar Tudomány, 2007. (9. szám) 1149. o.

Lalonde, M.: A new perspective on the health of Canadians - a working document. Minister of Supply and Services Canada, 1981

László, J. (1976): Szerep és szerepelmélet in: Világosság, 1976/1. 11–19. o.

Métneki, János: Magyar férfiak halandósági adatainak vizsgálata iskolai végzettségük alapján (Bécsi 2. Nemzetközi Férfiak Egészsége Konferencián megjelent poszter)

Ottawa charter for Health Promotion. World Health Organization, Ottawa, 1986

White és M. Holme: Patterns of morbidity across 44 countries men and women aged 15-44

Könyv

Buda, B., (1977): A szerep fogalma a szociálpszichológiában. In: Pataki Ferenc (szerk.): Szociálpszichológiai Szöveggyűjtemény I. Tankönyvkiadó, Budapest.

Cornia, Giovanni Andrea – Panicia, Renato (eds.) (2000): *The Mortality Crisis in Transitional Economies*. Oxford University Press, Oxford

Fredrickson BL(2004.): The broaden-and-build theory of positive emotions, Phil, Trans. R.Soc.London,359,1367-1377.d self-rated morbidity in a change society, Social Sciences and Medicine 51,1350-1361. If:1.380

Kopp, M (2007): A nők és férfiak egészsége ma Magyarországon. Semmelweis, Budapest

Kopp, M. – Kovács, M. E. (2006): A magyar népesség életminősége és egészsége az ezredfordulón. Semmelweis, Budapest

Kopp, M.: „A közép-kelet európai egészség paradoxon” in: Egészségpszichológia a gyakorlatban. szerk: Kállai,Varga, Oláh Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest 2007

HADTUDOMÁNYI SZEMLE

Budapest, 2010.
3. évfolyam 4. szám**Szűcs Boglárka, Sótér Andrea**

Mackenbach, Johan P. – Kunst, A. E. – Groenhof, F. et al. (1999): Socio-economic Inequalities in Mortality among Women and among Men: An International Study. American Journal of Public Health. 89, 12, 1800-1806

Marmot, M. (1996): The Social Pattern of Health and Disease In: Blane, David – Brunner, E. – Wilkinson, R. (eds.): Health and Social Organization. Routledge, London

Marmot, M. (2004): Status Syndrome. Times Books, London

V. Hajdú, Piroska – Ádány, Róza (2003): Epidemiológiai szótár Medicina Könyvkiadó, Budapest