

AZ EGÉSZSÉGFÖLDRAJZ SZEREPE A PSZICHOSZOCIÁLIS EGÉSZSÉG ALAKULÁSÁBAN

PLUHÁR ZSUZSANNA¹ – UZZOLI ANNAMÁRIA² –
PIKÓ BETTINA^{1*}

¹Szegedi Tudományegyetem, Pszichiátriai Klinika,
Magatartástudományi Csoport, Szeged

²Eötvös Loránd Tudományegyetem, Regionális Földrajzi Tanszék, Budapest

(Beérkezett: 2006. augusztus 15., elfogadva: 2006. szeptember 21.)

A környezeti tényezők közvetlenül és közvetetten is hatást gyakorolnak egészségi állapotunkra, betegségeinkre, egészségmagatartásunkra. Az embert körülvevő környezetnek számos definíciója létezik, melynek meghatározásával és vizsgálatával szinte mindegyik tudományterület foglalkozik. Az egészségkutatások szempontjából mérvadó a WHO 1991-es Sundsvall-i Nyilatkozatában elfogadott értelmezés. E szerint a környezet nem csupán fizikai hely, hanem szociális, gazdasági, politikai és kulturális médium is. Mindezen dimenziók mellett szükséges értelmezni az egészséget támogató környezeti feltételeket, lehetőségeket. Mind szűkebb (otthon, lakás), mind tágabb lakókörnyezetünk (lakóhely) fontos szerepet tölt be életünkben. Befolyásolja egészségünket, hatással van rizikó- és egészségmagatartásunk alakulására, valamint a különböző betegségek és pszichoszomatikus tünetek megjelenésére. A különböző környezeti elemek a szabadidős tevékenységek befolyásolásán keresztül meghatározóak az életkörülményekben és az életmódban is. Jelen tanulmányban legfőbb célunk egy rövid áttekintést adni a környezet és egészség kapcsolatának eddigi hazai és külföldi szakirodalmi előzményeiről, különös tekintettel a környezetnek a pszichoszociális egészségtünetek kialakulásában betöltött szerepére.

Kulcsszavak: környezet, egészség, egészségmagatartás, rizikómagatartás, pszichoszomatikus tünetek, betegségek

A hely, ahol élünk – akár tudatosan, akár pedig tudattalanul is – fontos tényező az életünkben. Itt van az otthonunk, ide köt az életünk. A minket körülvevő környezet hat az egészségünkre és egészségi állapotunkra.

* Levelező szerző: Dr. Pikó Bettina, SZTE ÁOK Magatartástudományi Csoport.
6722 Szeged, Szentháromság u. 5. E-mail: pikobettina@yahoo.com

ra, mint ahogy mi is formáljuk környezetünket (Tunstall és mtsai 2004). A környezet és egészség kapcsolatával többek között egy komoly hagyományokra visszatekintő, ám viszonylag új és az elmúlt évtizedben megerősödő tudományág, az egészségföldrajz (*medical/health geography*) foglalkozik. Az egészségföldrajz úgy ötvözi az orvostudományt és a geográfiát, hogy az egészségi állapotra és az egészségügyi ellátó hálózatra jellemző egészségügyi egyenlőtlenségek (*health inequalities*) értelmezésében a területi szemléletet képviseli. Tradicionálisan az orvosföldrajz (*medical geography*) elsősorban a természeti tényezők (pl. éghajlat) szerepét kutatta a különböző betegségek kialakulásában, valamint az egészségi állapot és a földrajzi környezet összefüggéseit elemezte (Jones és Moon 1987). Hosszú időn keresztül magyar geográfusok és orvosok szép eredményekre jutottak természeti adottságaink orvosföldrajzi vizsgálataiban során (Gecső és Hahn 1987; Réti 1962; 1979; Vargha 1988). Napjainkban az egészségföldrajz leginkább egy adott népesség egészségi állapotának és egészségmagatartásának térbeli vonatkozásaival foglalkozik, kvalitatív és kvantitatív kutatási módszerei között kiemelt szerephez jut a térképi ábrázolás, a modellezés, valamint a földrajzi információs rendszer, a GIS/HEGIS alkalmazása (Gatrell 2002).

Jelen tanulmány célja, hogy szakirodalmi példák segítségével bemutassuk a helyi sajátosságok szerepét a populáció egészségének, egészségmagatartásának alakulásában. A környezet változásait és hatásait a benne élők nem minden esetben érzékelik, hiszen minden nap azt látják, ugyanazzal a környezettel érintkeznek. Ezért nagyon fontos, hogy megismerjük szűkebb és tágabb értelemben vett lakóhelyünket/lakókörnyezetünket, és értelmezni tudjuk szerepét az egészség alakulásában és a betegségek kialakulásában.

A hely bizonyos földrajzi és fizikai jellemzők összessége, leggyakrabban a *lokációnak* megfelelő értelemben használjuk. Ugyanakkor társadalmi fogalom is, tükrözi az adott hely társadalmi-gazdasági fejlettségét vagy elmaradottságát, az életfeltételek minőségi kritériumait, tehát ebben az értelemben a *környezettel* rokon jelentést hordoz. Az egészségi állapotra gyakorolt hatásokban mindkét értelmezésnek létjogosultsága van (Curtis és Jones 1998). A környezet számos definíciója közül itt elsősorban a földrajzi környezet fogalmával szeretnénk dolgozni, mely magában foglalja a környezet értelmezésének fizikai, társadalmi, gazdasági, szociális, politikai és kulturális dimenzióit is (Barney 2006). Magát a földrajzi környezetet leginkább a természeti és a társadalmi környezet között kialakult bonyolult kölcsönhatások határozzák meg. A természeti környezet az embert körülvevő és az ember által nagyjából át nem alakított környezet, amely a társadalomtól függetlenül létező adottságokat képviseli

(Johnston és mtsai 2000). Ezzel szemben a társadalmi környezet az ember által kialakított léttér, a társadalom és a gazdaság működésének alapfeltétele, az emberi tevékenységek keretétül szolgáló térbeli egység (Pitzl 2004). Természetesen mind a fizikai-természeti, mind pedig a társadalmi-gazdasági (szociális – politikai – kulturális) tényezők együttesen és külön-külön szintén hatással lehetnek és vannak is egészségi állapotunkra. Azonban következményeikben, azaz a tünetekben, panaszokban, kialakult betegségekben más-más módon töltenek be fontos szerepet az egészségi állapot alakulásában (Howe 1997).

Az egészségföldrajz bizonyos részei, amelyek a pszichoszociális aspektusokkal foglalkoznak, szoros kapcsolatban állnak a környezetpszichológiával is, azaz az egészségföldrajzi kutatásoknak építeniük kell a környezetpszichológiai eredményekre. A környezetpszichológia úgy tekint a környezetre mint a valamennyi érzékszervünket szimultán ingerlő hatásrendszerre (Dúll 2001). A környezetpszichológia kiindulási pontja, hogy a környezet és az egyén között szoros kapcsolat alakulhat ki: „Érzelmi viszonyulás alakulhat ki egy szobasarkhoz, az otthonhoz, a környékhez, a városhoz, de akár elképzelt vagy mitikus helyekhez is” (Dúll 2002, 49). Ezeknek a kapcsolatoknak az elemzésével foglalkozik többek között a környezetpszichológia. E tudományterületnek vannak olyan elemei is, amelyek befolyásolhatják a fiatalok egészség- és rizikómagatartásának kialakulását. A gyerekkor eseményei meghatározók az egyén életében. Így a gyermeket körülvevő környezet is nagyon fontos. A gyerekek ott érzik jól magukat, ahol boldogok, és ehhez a helyhez kötődnek: „A gyermeki érzelmi-környezeti tapasztalatok nagy mértékben befolyásolhatják, hogy a személy felnőtt korában hogyan alakítja ki lakhelyét” (Dúll 2002, 51). A helykötődésben nagyon fontos szerep jut a szociális környezetnek (szomszédoknak, helyi közösségeknek, környéken lakó barátoknak), az egy adott helyen kialakuló társas kapcsolatoknak. E folyamat jelentősége azért igen nagy, mert – amint látni fogjuk – a társas kapcsolatok meghatározóak lehetnek egyes rizikómagatartások kialakulásának szempontjából. A társas kapcsolatok a fiatalok – ebben az életkorban még labilis – értékrendjét több irányba is befolyásolhatják.

Tanulmányunkban elsősorban a társadalmi környezettel összefüggő, az egészségi állapotra ható tényezőket szeretnénk az elemzés középpontjába állítani, így a közvetlen és közvetett környezeti hatások bizonyítása során elvonatkoztatunk a természeti tényezők szerepének részletes bemutatásától. A környezeti ártalmak és a környezetszennyezés egészségi állapotra gyakorolt hatását az emberrel összefüggő ipari tevékenységek káros következményeként értelmezzük. Jelen tanulmányban különös figyelmet szenteltünk annak nyomon követésére, hogy a lakókörnyezet

és a különféle lakóhelytípusok hogyan hatnak pszichoszociális egészségünkre, így olyan pszichoszociális egészségindikátorokra, mint például az egészség- és rizikómagatartásunkra, illetve a pszichoszomatikus tünetek kialakulására.

TÖRTÉNETI ELŐZMÉNYEK A KÖRNYEZET ÉS EGÉSZSÉG KAPCSOLATÁNAK VIZSGÁLATÁBAN

A tudományos kutatásokban gazdag múltra tekint vissza a környezet és egészség kapcsolatának értelmezése. Kezdetben ezek elsődlegesen a természeti tényezők szerepének kutatására irányultak. Már az ókorban elsőként Hippokratész és Galéniusz nevéhez fűződik a természeti környezet és bizonyos betegségek közti összefüggések feltárása. Míg az előbbi „A levegőről, a vizekről és a helyekről” c. művében a természeti tényezők mellett már a társadalmi tényezők szerepét is részben hangsúlyozta (http://www.medpharm.co.za/safp/2000/nov_dec/hippocrates.html), addig az utóbbi az éghajlat hatását vizsgálta például a tüdőbetegségek kialakulásában (<http://admont.thing.at/buecher/drucke/galenus-t.html>). A középkorban az európai orvoslás folytatta a földrajzi hely, illetve környezet, valamint a betegségek közötti összefüggések feltárását, s a 17–18. század folyamán többek között Clermont, Hillary és Finke az éghajlat szerepét elemezték a halálozások alakulásában (www.who.int/en). Azonban a 19. századtól már arról beszélhetünk, hogy különféle kutatási irányzatok alakultak ki annak függvényében, hogy miként értelmezik és kutatják a környezeti tényezők szerepét. Az epidemiológia és egyben az egészségföldrajz atyjának tekinthető John Snow belgyógyász, környezeti megfigyelései során 1848-ban készítette el az első koleratérképet: London térképén bejelölte a kolera egyes eseteit. Ennek során felfedezte, hogy a megbetegedések a Broad Street-i szivattyús kút körül koncentrálnak, azaz a kútban lévő víz a fertőzés forrása (www.ph.ucla.edu/epi/snow/broadstreetpump.html). Ezzel egyidőben Petermann a korábbi londoni kolerajárványok térképét is elkészítette, s így vizsgálta a fertőző betegségek és a környezet kapcsolatrendszerét, valamint a betegségek térbeli terjedését.

A 20. században egy sor diszciplína született a természeti tényezők és a betegségek, illetve a halálozások kapcsolatának bemutatására (pl. orvos-meteorológia, környezet-egészségtan stb.). Az 1950-es években például May kezdeményezésére született meg a betegség-ökológia, amely legfőbb feladatának a betegségek és a környezet közötti kapcsolatok feltárását jelölte meg (Nánási 2005). Szakítva a 19. századi előzményekkel,

már nem csupán a fertőző, hanem a civilizációs megbetegedések alakulásában is felvállalta a környezeti tényezők vizsgálatát. S ahogy a 20. század közepén átalakult a fejlett országok halálloki struktúrája és lettek egyre inkább meghatározóak a civilizációs ártalmak, úgy vált egyre fontosabbá a társadalmi tényezők szerepének vizsgálata is (Black és mtsai 1985). Ma már igen sok olyan kutatási terület létezik, amelyek a gazdasági és társadalmi környezet egy-egy elemének hatását/hatásait komplexen értelmezik adott lakosság egészségi állapotában és a különböző betegségek kialakulásában (pl. epidemiológia; társadalom-egészségtan; egészségpszichológia stb.).

Tanulmányunk további részében kiemelten a társadalmi tényezők szerepét kívánjuk vizsgálni a pszichoszociális egészség alakulásában. E tekintetben kiemelt figyelmet szentelünk az egészség- és rizikómagatartások, a pszichoszomatikus és depresszív tünetek kialakulásának.

AZ EGÉSZSÉGET KÁROSÍTÓ ÉS TÁMOGATÓ KÖRNYEZET ÉRTELMEZÉSE

A tág értelemben vett környezet két módon fejtheti ki a hatását. Egyrészt beszélünk az ún. „betegséget okozó környezet”-ről. Ez alatt azokat a környezeti ártalmakat értjük, amelyek a különböző emberi tevékenységek során alakulnak ki és kerülnek a levegőbe, vízbe, talajba stb. Az épületekben hőszigetelőként használt azbesztről például kiderült, hogy többféle légzőszervi megbetegedést okozhat. Ezek közül különösen veszélyes a pleura mezoteliómája és a bronchuscarcinoma (Henderson és mtsai 2004). A betegséget okozó épületek esetében a szakirodalom „*sick building*” szindrómáról beszél, ami a lakásban vagy munkahelyen tartózkodással összefüggő tüneteket, gyakran allergiás tünete csoportot vagy pszichés zavarokat jelöl (Ryan és Morrow 1992).

Előfordulhat, hogy egy területen az ivóvíz minősége megkérdőjelezhető. Az ivóvíz minőségi romlása mind akutan, mind krónikusan megbetegedésekhez vezethet. Hazánkban a hetvenes évektől élénkültek meg azok a területi szemléletű vizsgálatok, melyek a környezeti hatások szerepét elemezték a különböző betegségek kialakulásában. Ezek közé tartozott a dél-alföldi ivóvizek mérgező anyagai egészségkárosító hatásának felmérése (Dési és mtsai 1979). Az Alföldön elsősorban a rétegvizekben lévő arzén és a talajvizekben lévő nitrát okozta/okozza a fő gondot (Dési 1999). Továbbá megállapítható az összefüggés a jódiányos területek és a golyvaendémia között (Dési és mtsai 1979). Akutan abban az esetben jöhet létre megbetegedés ivóvíztől, ha az ivóvízbe nagy mennyi-

ségű patogén baktérium kerül valamilyen szennyeződés – pl. fekália – következményeképpen (Dési 1999).

Másrésről viszont, a környezeti hatások másik csoportja nehezen észrevehető, szerepük nem közvetlenül mutatkozik. Ez a környezetnek a pszichoszociális egészségre, mint például az egészség- és rizikómagatartásokra, pszichoszomatikus vagy depresszív tünetekre gyakorolt hatása. Éppen ezért fontos, hogy meghatározzuk az egészségkárosító hatások mellett a prevenció szempontjából az egészséget támogató környezet fogalmát is.

Ez idáig az egészséget támogató környezet legátfogóbb definícióját a WHO 1991-es Sundsvalli Nyilatkozata adta meg, amely a környezetnek egyszerre több dimenzióját is fontosnak tartja. Ezek a fizikális, a szociális, a spirituális, a gazdasági és a szociális aspektus, melyek szoros kapcsolatban vannak egymással. Ezáltal a környezet nem csak azt a területet/ közeget jelenti, ahol az emberek élnek, dolgoznak, szabadidejüket töltik, és a helyi közösséget alkotják, hanem meghatározza a megélhetésükhöz szükséges forrásokat, önrendelkezési lehetőségüket, szokásokat: "Egészséget támogató környezetben az emberek alkalmassá válnak képességeik fejlesztésére és önbizalmuk növelésére" (Kishegyi és Makara 2004).

PSZICHOSZOCIÁLIS EGÉSZSÉGINDIKÁTOROK JELENTŐSÉGE AZ EGÉSZSÉGFÖLDRAJZBAN

A pszichoszociális egészség fogalma az egészség pszichikai és szociális dimenziójához kapcsolódik, amikor az egészségi állapotot befolyásoló társadalmi és pszichikai hatások hozzájárulnak az egészség megbomlásához (Macleod és Davey Smith 2005). Kezdetben még nem jelentkeznek klinikai szinten is értelmezhető tünetek, csupán magatartásváltozásban vagy pszichoszomatikus tünetképzésben, esetleg depresszív tünetegyüttes jelentkezésében nyilvánulnak meg, és jelzik az egyensúlyzavart (Ursin 2000).

Az egészséggel kapcsolatos magatartásformák pszichoszociális egészségindikátorok. Rizikó-, vagyis az egészségkárosító magatartásformák közé azok tartoznak, amelyek fontos szerepet játszanak a későbbiekben egyes krónikus betegségek kialakulásában, így például a dohányzás, alkohol- és kábítószer-fogyasztás, elhízás/evészavarok (Csoboth 2001). Az egészségmagatartáshoz viszont olyan magatartásminták tartoznak, melyek az egészség megőrzése szempontjából jótékony hatásúak. Így a rizikómagatartások – dohányzás, alkohol- és kábítószer-fogyasztás – kerülé-

se, feladása, a rendszeres fizikai aktivitás, a táplálkozásra való odafigyelés (Sobal és mtsai 1992).

A magatartásformák megtanulása nagyrészt társas folyamat, amelyben a társas környezeti tényezőknek kiemelt szerepük van (McArdle és mtsai 2000). Amint a környezet meghatározásával kapcsolatban tárgyaltuk, a környezet nem pusztán csak azt a fizikai helyet jelenti, ahol élünk, hanem tágabb értelemben ide tartozik az adott hely kultúrája is, amit nagyrészt azok az emberek formálnak, akik egy adott területen tartósan együtt élnek. E tekintetben kiemelt helyen elsősorban a közvetlen lakókörnyezet szerepel. Ez a fogalom a következőt jelenti: viszonylag behatárolt földrajzi területen élő emberek csoportja, akiket a térbeli helyhez kötöttségen kívül meghatározott társadalmi folyamatok, viselkedésformák, szokásrend és szociális kontroll is összeköt, s ezáltal elkülönít más lakókörnyezetektől (Hou és Myles 2005). Ez azért is nagyon fontos, mert például a rizikómagatartások kialakulásában fontos szerepe van az adott lakóhelyhez kötődő társas kapcsolatoknak (Ennett és mtsai 1997). A fiatalok értékrendje ebben az életkorban még nem stabil, könnyen befolyásolható minden irányba, ezért nem mindegy, hogy ebben az érzékeny időszakban milyen közeggel állnak kapcsolatban. Gyakrabban alakul ki rizikómagatartás azoknál a fiataloknál, akik baráti körében többen dohányoznak vagy rendszeresen alkoholt fogyasztanak (Pikó 2002).

Egy másik kiemelt pszichoszociális egészségindikátor a pszichoszomatikus tünetképzés. A pszichoszomatikus tünetek alatt olyan pszichés problémákat értünk, melyek testi tünetekben nyilvánulnak meg (Kopp 2001). Az emberek nagy része nem is fordul velük orvoshoz, mert nincsenek tisztában a tünetek jelentésével, illetve jelentőségével, hiszen kevésbé gátolják őket mindennapi életvitelükben. Így emelhetik a rejtett morbiditást (Verbrugge és Asconi 1987). A tünetek közül a következők fordulhatnak elő már akár serdülőkorban is: fejfájás, hátfájás, alvási problémák, gyengeség, gyomorégés, hasmenés, palpitáció. A tünetek közül ki kell emelni a hát- és derékfájást, amelyekkel a leggyakrabban fordulnak orvoshoz szinte minden korosztálybeliek. E tünetek kapcsolatban lehetnek a helytelen, mozgásszegény életmóddal (Leino 1989).

A pszichoszomatikus tünetek előfordulása számos szociodemográfiai és társadalmi-gazdasági tényezővel összefügg, amelyek nem függetlenek a lakóhelytől, lakókörnyezettől, ilyen például a nem. A fiatalok körében tapasztalható tünetek megjelenését továbbá befolyásolja a szülők munkanélkülisége is, ami bizonyos lakókörnyezetben gyakoribb, így például az anya munkanélküli helyzete alacsonyabb, ezzel ellentétben az apa munkanélkülisége magasabb tünetképzéshez vezet (Pikó 2001). A védő-

faktorok jelenléte, mint például a rendszeres fizikai aktivitás, kedvezően befolyásolja a pszichoszomatikus tünetek kialakulását, azonban ez még inkább helyfüggő (Plotnikoff és mtsai 2004; Pluhár és mtsai 2004).

A KÖRNYEZET HATÁSA A RIZIKÓMAGATARTÁSOK ALAKULÁSÁRA ÉS AZ ÉLETTARTAMRA

Bolam (2006) és munkatársai szerint a környezet a következő okok miatt lehet hatással a rizikómagatartások kialakulására:

1. Az azonos szociális identitású emberek megbeszélik egymással egészségi problémáikat, tapasztalataikat.
2. Az emberek azonosulnak azzal a környezettel, amiben élnek, így a környezet befolyásolhatja egészségüket a stressz-hatásokon és a coping mechanizmusokon keresztül.
3. A szociális tőke és az egészség terén fellépő földrajzi egyenlőtlenségek összefüggnek a szociális identitással, ami meghatározza magatartásukat.

A környezet hatását e magatartásformákra számos külföldi vizsgálat bizonyította, leggyakrabban a rossz szociális környezeti viszonyokon keresztül. E tekintetben kiemelten oda kell figyelni a nagyvárosi szegregációs jelenségekre, és a következményes egészségkockázatokra. A nagyvárosi életforma ugyanis fokozottan összefügg a társadalmi heterogenitással. Vannak olyan területek, ahol a társadalmi hátrányok halmozódnak. Elhanyagolt lakókörnyezet, bűnözés, alkohol- és drogfogyasztás, antiszociális viselkedés, és az életkilátások jelentős beszűkülése jellemzi ezeket a deprivált területeket. Az ún. „*törött ablakok szindróma*” ezeket az elhanyagolt helyeket jelöli, amelyek minden szempontból veszélyeztetettek. A szociális helyzet és az egészségi állapot többszörösen kedvezőtlenül befolyásolja egymást (Fitzpatrick és LaGory 2000).

Ismeretes, hogy a rossz szociális környezet nemcsak elősegíti a dohányzás kialakulását, hanem rontja a leszokás esélyeit is (Stead és mtsai 2001). A környezet nemcsak a dohányzás mint rizikómagatartás megjelenésére lehet hatással. Azon a környéken, ahol nagyobb a munkanélküliség, magas a bűnözés, az alkoholfogyasztás is gyakoribb, ugyanis az itt élők rizikómagatartások segítségével igyekeznek feszültségüket, depressziójukat oldani (Hill és Angel 2005). Ennek oka lehet, hogy a rossz szociális környezetben élőknek nagy problémát jelent a mindennapi megélhetés, szociális problémáik mellett nem marad erejük a minőségi élet megteremtésére (Uzzoli 2000a, b). Az ebből eredő feszültséget pedig gyakran rizikómagatartások segítségével vezetik le (Hill és Angel 2005).

A környezet nemcsak a rizikómagatartásokra hat, hanem befolyásolja az egészségi állapotot is. Mindkét esetben a szociális környezet problémái lehetnek a mediátor tényezők, sőt, ezek a jelenségek egymással szorosan összekapcsolódnak, és önrontó kört hoznak létre (Starrin és mtsai 1993). Akik hátrányos szociális helyzettel és alacsony társadalmi státussal jellemezhető városrészben élnek, gyakran szegregálódnak és elszigetelődnek a magasabb társadalmi osztályoktól. A szociális szempontból veszélyes környéken élők nemcsak földrajzilag és financiálisan, hanem pszichoszociálisan is elkülönülnek a többi társadalmi rétegtől. Egyfajta „stigmát” viselnek azért, mert ők „rossz” környéken laknak (Kawachi és Kennedy 1999). Az alacsonyabb iskolai végzettségű, státusú, rossz/kedvezőtlen, leértékelődött társadalmi környezetben élők kevesebb és rosszabb minőségű ellátást kapnak, illetve a ritka és drága egészségügyi szolgáltatásokból, a krónikus állapotok gondozásából, a rehabilitációból kevésbé részesülnek, illetve kevésbé jutnak hozzá a preventív szolgáltatásokhoz, megelőzéssel kapcsolatos információkhoz is (Macintyre és mtsai 1993).

Ezek az összefüggések magyar vonatkozású adatokkal is alátámaszthatók. Egy budapesti, II. kerületben élő férfi 9,6 évvel hosszabb élettartamra számíthat, mintha a VIII. kerületben élne (Füzesi 2006). Felmérések bizonyították, hogy az 500 ezer forint alatt és 1-1,2 millió Ft felett erős korreláció van a jövedelem és a várható élettartam között. Megfigyelhetők a területi, települési egyenlőtlenségek a várható élettartamban, a megbetegedésekben és a halandóságban. A 90-es években a községekben 100 férfiból 48 nem érte meg a 65. életévét, míg Budapesten 100 férfiból csak 37 (Füzesi 2006).

Különösen fontos a fiatalok rizikómagatartásának ismerete, feltérképezése, mivel szilárd értékrend hiányában befolyásolhatóak, és ezért könnyen alakulhat ki náluk rizikómagatartás. Ezért is fontos megismerni azt, hogy az egyes rizikómagatartások esetében észlelhető-e területi jellegzetesség. Ennek ismeretében célzott, hatékonyabb preventív munka végezhető egy adott területen, közösségben. A Dél-Alföldi Régióban végzett ifjúságkutatás keretében például fény derült arra, hogy az egyes rizikómagatartások területi eloszlást is mutatnak. Így a dohányzás életprevalenciája Békés megyében, az alkoholfogyasztásé Bács-Kiskun megyében, a drogfogyasztásé pedig Csongrád megyében a legnagyobb. A dohányzás az alacsonyabb társadalmi osztályokra, az alacsonyabb jövedelműekre jellemző, ami összhangban van Békés megye relatív gazdasági elmaradottságával. A drogfogyasztás viszont a jobb anyagi helyzettel, a nagyvárosi életformával kapcsolódik össze. Bács-Kiskun megyében pedig a magas alkoholfogyasztás helyi adottság, és adódhat a hagyományos bortermelésből (Keresztes és mtsai 2005). Ez megerősíti azokat az

eredményeket, mely szerint a rizikómagatartások egyes típusának előfordulási gyakorisága függ a térség gazdasági helyzetétől és kulturális szokásrendjétől (Metsch és Pollack 2005).

A LAKÓTELEPEK KÜLÖNLEGES HELYZETE AZ EGÉSZSÉGFÖLDRAJZBAN

A lakótelepekről nagyon fontos szót ejtenünk, hiszen ez Magyarországon egy igen elterjedt lakóhelytípus, illetve hozzá kötődő „életforma”. Lakótelepek hazánkban szinte minden városban találhatóak, hazánk lakásállományának mintegy egyötöd részét lakótelepi lakások alkotják. Magyarországot tulajdonképpen nevezhetjük „a kis lakótelepek országának” is. Egyes számítások szerint a magyar lakosság nagy része, 2,3 millióan élnek lakótelepeken. A lakótelepi lakások mindemellett kis alapterületűek, hiszen csupán 1,8%-uk nagyobb 80 m²-nél (Egedy 2000). Külföldi kutatásokból pedig már ismeretes, hogy a helyi lakosokban az egészségtelen környezet meghatározásánál a légszennyezés, a tér hiány mellett felmerül a lakások kicsi volta is (Bolam és mtsai 2006).

A lakótelepeken élő népesség korösszetételében is jellegzetes. Az idősök alulreprezentáltak, míg a fiatal szülők és a gyermekes családok – elsősorban a 15–29 és a 40–49 évesek – nagyobb arányban vannak jelen (Egedy 2000, 2002). Mindemellett a lakótelepeken nagyobb arányban élnek „csonka családok”, „ami társadalmi és szociális problémák jelenlétét mutatja, és jövőbeni megjelenését jelezheti előre” (Egedy 2000, 279). A rossz szociális helyzet pedig az egyik legfontosabb kockázati tényezőnek tekinthető (Uzzoli 2000a, b).

A lakótelepeken megfigyelhető a filtráció jelensége. A magasabb jövedelmű, magasabb iskolai végzettségű lakók elköltöznek, helyükbe alacsonyabb jövedelmű, alacsonyabb iskolai végzettségű, rosszabb életszínvonalon lakók költöznek (Egedy 2001). Ez a homogenizáció a rossz szociális környezetben élők egészségét is befolyásolhatja, ugyanis a kevésbé vagyonosoknak annál jobb az egészsége, minél több vagyonosabb, képzetesebb személy lakik a környezetükben (Hou és Myles 2005).

PSZICHOSZOMATIKUS ÉS DEPRESSZÍV TÜNETEK, VALAMINT A KÖRNYEZET KAPCSOLATA

A pszichoszomatikus tünetekre a fent említett tényezőkön kívül – a legújabb kutatások szerint – hatással van mind a szűkebb, mind a tágabb környezet. Jó példa erre a jelenségre, hogy a dél-alföldi megyékben sem

egyformán jelentkeznek a pszichoszomatikus tünetek: Csongrád megyében a legmagasabb a pszichoszomatikus és depresszív tünetek előfordulása, aminek oka valószínűleg Csongrád megye – így Szeged – régióban betöltött központi szerepe, s az ezzel együtt járó felgyorsult életritmus. Békés megyében viszont a legmagasabb az étellel való elégedettség, és itt a legalacsonyabb a depresszív tüneteknek a száma (Keresztes és Pikó 2005). Mindez egybecseng egy amerikai kutatással, amely a nagyvárosi létet a fokozott stresszhatásokkal köti össze, ami kihat a fiatalok pszichoszociális egészségére (Weist és mtsai 1995).

Érdekes viszont, hogy Budapesten egy józsefvárosi iskolában, 14–19 éves fiatalok között készített felmérésben, a fiatalok nem említenek pszichoszomatikus problémákat. Ennek kétféle magyarázata lehet. Nincsenek jelen maguk a problémák, vagy a fiatalok nem tudják felismerni magukon a tüneteket (Uzzoli 2000b). Ez utóbbit látszik alátámasztani az is, hogy a HBSC hazai elemzése során az iskolás gyermekek jelentős mértékű pszichoszomatikus tünetekről számoltak be (Kökönyei 2003). Valószínű tehát, hogy ez egy helyi sajátosság, aminek értelmezése további vizsgálatokat igényel.

A pszichoszomatikus tünetek megjelenését befolyásolja a lakás típusa is. Azok a fiatalok, akik bérlakásokban vagy lakótelepeken élnek, több pszichoszomatikus és depresszív tünetről számolnak be, mint társaik. Emellett szintén nagyon magas a rizikómagatartások aránya (Keresztes és mtsai 2006). Ez egybecseng a lakótelepek fentebb vázolt helyzetével, a homogenizáció jelenségével.

Egy összehasonlító vizsgálat szegedi és székelyudvarhelyi felső tagozatosok körében elemezte a pszichoszociális egészség alakulását. Habár a pszichoszomatikus tünetek megjelenésében területi különbséget nem találtak, érdekes megfigyelés, hogy a székelyudvarhelyi fiúk sokkal bátrabban nevezik kiválónak egészségüket, mint a lányok. Ilyen különbség a szegedi fiatalok körében nem tapasztalható. Ennek hátterében a két társadalom eltérő szokásrendje és hagyományai állhatnak, amelyek a helyi sajátosságokat is mélyen áthatják (Keresztes és mtsai 2004). A helyi kulturális sajátosságok befolyásolják a nemek szerinti eltéréseket is: az erdélyi társadalomban kiemelkedően fontos a férfi és a női szerepek elkülönülése, a gyengeség sokkal inkább összeegyeztethető a női szerepkörrel (Anson és mtsai 1993).

A pszichoszomatikus tünetképzés és az egészség önértékelése mellett lényeges az egyéb mentális tünetek – mint például a depresszió – környezetfüggősége. Aneshensel és Sucoff (1996) kimutatta, hogy a veszélyes, szociálisan elmaradott, szegregált környezetben élő serdülők hajlamosabbak depresszióra, szorongásra és magatartászavarra. Szintén szoros összefüggés van bizonyos környékbeli sajátosságok és az agresszív

magatartás között (Fitzpatrick 1997). Az összefüggés háttérében figyelembe kell venni, hogy nem egyszerűen szociális szempontból hátrányosak bizonyos környékek, hanem kulturálisan is szegregálódnak, azaz nem részesednek a társadalom általános norma- és értékrendjéből, ami meghatározza saját értékrendjüket, világhoz való viszonyulásukat, magatartásukat. A hely kulturális értelemben értékrendbeli sajátosságokat is tükröz, ami igen erősen kihat a magatartásra, így az egészséggel összefüggő magatartásra, az egészséghez való viszonyulásra, a mentális és testi egészségre. Mindez összefügg a gyermekek és fiatalok életminőségével és fejlődésével, és hosszú távon kihat későbbi életükre is (Leventhal és Brooks-Gunn 2000).

A KÖRNYEZET HATÁSA A SZABADIDŐ ELTÖLTÉSÉRE

Napjainkra az életstílus és a szabadidő eltöltése jelentősen átformálódott. A technika fejlődése nagy változást gyakorolt az életvitelre és a szabadidős tevékenységekre (Furlong és Cartmel 1997). Több lett a fiatalok szabadideje, és új szabadidős tevékenységek is kialakultak (Pikó és Vazsonyi 2004).

A kutatások szerint a nagyvárosokban, megyeszékhelyeken élő fiatalok szabadidő-struktúrájára a kortárs- és fogyasztásorientált szabadidő-töltés a legjellemzőbb. Ennek oka lehet a megyeszékhelyeken, nagyvárosokban a fiatalok magasabb aránya, illetve az itt élők jobb anyagi helyzete (Keresztes és mtsai 2006). Ez veszélyeket is rejt magában, ugyanis az intenzívebb kortárs-kapcsolatok szoros összefüggést mutatnak a rizikómagatartások kialakulásával. Baráti társaságok – bandák – alakulnak ki, ami elősegíti azt a jelenséget, hogy azok a fiatalok, akiknek a baráti körben többen dohányoznak vagy alkoholt fogyasztanak, hajlamosabbak rizikómagatartásokra, ugyanis a társas hatások révén megerősödik a rizikómagatartások motivációja (Pikó 2002). A kisvárosokban, falvakban az intellektuális szabadidőeltöltés gyakoribb, aminek oka, hogy kevesebb szórakozóhely található, a falvakban nem épülnek plázák/bevásárlóközpontok, kisebb mértékű a fogyasztásorientáltság (Keresztes és mtsai 2006).

A szabadidő eltöltésében a fizikai aktivitás is fontos szerepet kap a serdülő fiatalok életében. E tekintetben is jelentősek a város és falu különbségei. A környezeti tényezők vizsgálata azonban csak nemrégiben került a vizsgálódások középpontjába. A tanulmányok elsősorban a szabadidős sport létesítményeinek meglétét vagy hiányát emelik ki, s e tekintetben a városok sokszor előnyben vannak (Humpel és mtsai 2002). Ugyanakkor

a fiatalok körében végzett vizsgálatok az életkort és a nemet jelentősebb meghatározásnak találják, mint a város/falu különbségeit, igazolva azt az állítást, hogy a sportolást mint magatartást elsősorban motivációs hatások formálják (Plotnikoff és mtsai 2004).

Egy ezzel összefüggő kutatásban Budapesten különböző kerületekben található iskolák tanulóinak szabadidős elfoglaltságát vizsgálták. Az egyes kerületek iskolái között érdekes különbségeket találtak. Kiderült például, hogy a józsefvárosi tanulók csak a közvetlen lakókörnyezetüket használják. Az ott lévő tereken találkoznak, emellett fő szabadidős tevékenységük a barátokkal való együttlét, a televíziózás és a videózás. Mivel kevés a zöldterület rendszeres fizikai aktivitás végzésére, csak korlátozott lehetőségeik vannak sportolásra (Uzzoli 2000b). Ez olyan szempontból is kockázatos, hogy a fiatalok nem látnak maguk előtt jó példát, illetve a társas kapcsolataik értékrendjüket negatívan befolyásolhatják olyan irányba, hogy rizikómagatartások alakulhatnak ki körükben (Pikó 2002). A helyi sajátosságokra, mikrokulturális hatásokra egy másik példa, hogy szintén egy fővárosi idegenforgalmi iskolában a tanulók sokkal jobban előtérbe helyezik a sportolást, a kirándulásokat, mint más iskolába járó társaik. A mentálhigiénés iskolába járók viszont a klasszikus szabadidős tevékenységeket (például olvasás vagy színházba járás) részesítik előnyben (Uzzoli 2000b).

A lakókörnyezet lelki egészségre gyakorolt hatásaival kapcsolatban meg kell jegyeznünk, hogy egyrészt a közvetlen környezet jellege elősegítheti olyan tünetek, illetve betegségek kialakulását, mint a szorongás vagy a depresszió (Hill és Angel 2005). Ugyanakkor, ha a civil társadalom megfelelően működik egy-egy lakóközösségen belül, amely szoros kapcsolati hálót és működő társas támogató rendszert képes kiépíteni, jelentős védőhatás igazolható az egészség vonatkozásában is. Ez különösen igaz a serdülők esetében, hiszen ha egy lakóközösség megfelelő helyet és programokat képes biztosítani a fiataloknak, akkor sokkal kevesebb az esély, hogy a fiatalok dohányzással, alkohol- és drogfogyasztással mulatják az időt (Pikó és Vazsonyi 2004).

KÖVETKEZTETÉSEK

Az utóbbi években felerősödő egészségföldrajzi kutatások a környezet és egészség kapcsolatának összefüggéseiben a területiség szerepét hangsúlyozzák, az informatika segítségével pedig a fertőző betegségek térbeli terjedését, valamint a civilizációs betegségek és fő halálokok térszerkeze-

tét vizsgálják. Jelen cikkünkben az volt a célunk, hogy az egészség- és rizikómagatartások területi jellemzőit elsősorban a lakókörnyezet sajátosságai-
gaiból kiindulva mutassuk be.

Arra szerettünk volna rámutatni, hogy a környezet hogyan hat az egészségünkre, egészségi állapotunkra, valamint pszichoszociális állapotunkra. Bizonyított, hogy a környezet egészségünkre többrétű és összetett folyamatok eredményeként gyakorol hatást. Kevésbé köztudott azonban, hogy a környezet közvetett úton is kihat egészségünkre, így például a rossz szociális környezet elősegíti az alkoholfogyasztás és a dohányzás kialakulását (Hill és mtsai 2005), valamint csökkenti a dohányzástól való leszokás esélyét (Stead és mtsai 2001). Mint láthattuk, különböző területek más és más rizikómagatartási problémával küzdenek. A környezet befolyásolja a pszichoszomatikus és depresszív tünetek megjelenését is, amint azt számos példával illusztráltuk. Ez megerősíti azokat a megfigyeléseket, mely szerint a nagyvárosi élet fokozott stresszel jár, és ez kihat a fiatalok pszichoszociális egészségére (Weist és mtsai 1995). A nagyvárosokban élő fiatalok kortárs- és fogyasztásorientált szabadidőeltöltése különösen nagy veszélyt jelenthet (Keresztes és mtsai 2006). A pszichoszomatikus tünetek megjelenését befolyásolja a lakóhely és a lakás típusa is. E tekintetben azok a fiatalok, akik bérlakásban vagy lakótelepi lakásban laknak, sokkal több pszichoszomatikus tünetről számoltak be, mint társaik (vö. Keresztes és mtsai 2006). Ennek a jelenségnek az ismerete hazánkban különösen fontos, hiszen Magyarországot méltán nevezhetjük a „a kis lakótelepek országának” (Egedy 2000).

Összefoglalásként elmondható, hogy a környezetben meglévő ágensek közvetlenül különböző betegségeket okozhatnak, míg közvetett módon hosszú távon, akár évek, évtizedek alatt befolyásolhatják egészség- és rizikómagatartásunkat, s így vezethetnek pszichoszomatikus megbetegedésekhez. Ez a jelenség pedig azért fontos, mert jelentősen növelheti az orvoshoz fordulás gyakoriságát, rossz közérzetet, teljesítménycsökkenést, életminőség-romlást eredményezhet. Reméljük, tanulmányunkkal sikerült felkelteni az érdeklődést a multidiszciplináris egészségföldrajzi kutatások iránt, melyek segítségével új lehetőségek nyílnak/nyílhatnak meg a prevencióban.

Köszönetnyilvánítás. A tanulmány elkészítését az Uzzoli Annamáriának nyújtott támogatás (OTKA PF63859) segítette.

Irodalom

- Aneshensel, C. S., Sucoff, C. A. (1996): The neighborhood context of adolescent mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 37: 293–310.
- Anson, O., Paran, E., Neumann, L., Chernichovsky, D. (1993): Gender differences in health perceptions and their predictors. *Social Science and Medicine*, 36: 419–427.
- Barney, L. W. (2006): *Encyclopedia of Human Geography*. Sage Publications, Florida.
- Black, D., Morris, J. N., Smith, C., Townsend, P. (1985): *Inequalities in Health. The Black Report*. Penguin Books, Hammondsworth, Middlesex, England.
- Bolam, B., Murphy, S., Gleeson, K. (2006): Place-identity and geographical inequalities in health: a qualitative study. *Psychology and Health*, 21(3): 399–420.
- Curtis, S., Jones, I. R. (1998): Is there a place for geography in the analysis of health inequality? *Sociology of Health & Illness*, 20: 645–672.
- Csoboth Cs. (2001): Magatartás-epidemiológia. In Buda B., Kopp M., Nagy E. (szerk.): *Magatartástudományok*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 715–728.
- Dési I., Gönczi Cs.-né, Holló A., Pásztor Zs. (1979): Magyarország egyes felszíni vizeiben és a levegőben lévő peszticid szennyezettség vizsgálata. *Földrajzi Közlemények*, 103 (1–4): 66–72.
- Dési I. (szerk.) (1999): *Népegészségtan*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- Dúll A. (2001): A környezetpszichológia története. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 56 (2): 287–328.
- Dúll A. (2002): Ember és környezet affektív kapcsolata: a helykötődés. *Alkalmazott Pszichológia*, 4 (2): 49–65.
- Egedy T. (2000): A magyar lakótelepek helyzetének értékelése. *Földrajzi Értesítő*, 49 (3–4): 265–283.
- Egedy T. (2001): A lakótelepek társadalmi környezetének átalakulása a rendszerváltás után. *Földrajzi Értesítő*, 50 (1–4): 271–283.
- Egedy T. (2002): A kelet-német és magyar lakótelepek eltérő sajátosságai (budapesti és lipcsei esettanulmányok). *Földrajzi Értesítő*, 51 (1–2): 139–150.
- Ennett S. T., Flewelling, R. L., Lindrooth, R. C., Norton, E. C. (1997): School and neighbourhood characteristics associated with school rates of alcohol, cigarette, and marijuana use. *Journal of Health and Social Behavior*, 38: 55–71.
- Fitzpatrick, K. M. (1997): Aggression and environmental risk among low-income African-American youth. *Journal of Adolescent Health*, 21: 172–178.
- Fitzpatrick, K., LaGory, M. (2000): *Unhealthy Places. The Ecology of Risk in the Urban Landscape*. Routledge, London and New York.
- Furlong, A., Cartmel, F. (1997): *Young People and Social Change. Individualization and Risk in Late Modernity*. Open University Press, Buckingham.
- Füzesi Zs. (2006): Esélyegyenlőség – egyenlőtlenségek c. konferencia előadás. HEFOP videó konferencia, Budapest – Szeged – Pécs – Debrecen, 2006. május 4.
- Gatrell, A. C. (2002): *Geographies of Health: an Introduction*. Blackwell Publishers Ltd., Oxford UK.
- Gecső O., Hahn Gy. (1987): Természeti adottságaink orvosföldrajzi vizsgálata. *Földrajzi Értesítő*, 36 (3–4): 281–290.
- Henderson, D. W., Rodelsperger, K., Weitowitz, H. J., Leigh, J. (2004): After Helsinki: a multidisciplinary review of the relationship between asbestos exposure and lung cancer, with emphasis on studies published during 1997–2004. *Pathology*, 36 (6): 517–550.

- Hill, D. T., Angel, J. R. (2005): Neighbourhood disorder, psychological distress, and heavy drinking. *Social Science and Medicine*, 61: 965–975.
- Hou, F., Myles, J. (2005): Neighbourhood inequality, neighbourhood affluence and population health. *Social Science and Medicine*, 60: 1557–1569.
- Howe, G. M. (1997): *People, Environment, Disease and Health. A medical geography of Britain throughout the ages*. University of Wales Press, Cardiff UK.
- Humpel, N., Owen, N., Leslie, E. (2002): Environmental factors associated with adults' participation in physical activity: A review. *American Journal of Preventive Medicine*, 22: 188–199.
- Johnston, R. J., Gregory, D., Pratt, G., Watts, M. (2000): *The Dictionary of Human Geography*. Blackwell Publishers Ltd., Oxford UK.
- Jones, K., Moon, G. (1987): *Health, Disease and Society: a Critical Medical Geography*. Routledge and Kegan Paul, London.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P. (1999): Income inequality and health: pathways and mechanisms. *Health Services Research*, 34: 215–227.
- Keresztes N., Pluhár Zs., Pikó B., Vass I. (2004): Pszichikai közérzet és egészségmagatartás. Egészségpszichológiai összehasonlító vizsgálat szegedi és székelyudvarhelyi általános iskolások körében. *Erdélyi Pszichológiai Szemle*, 5 (3): 187 – 207.
- Keresztes N., Makó M., Klembucz E., Hanusz K., Pikó B. (2005): Magatartási rizikófaktorok összehasonlító epidemiológiai vizsgálata a Dél-alföldi régió ifjúsága körében. *Magyar Epidemiológia*, 3: 195–208.
- Keresztes N., Pikó B. (2005): Pszichoszociális egészségfaktorok összehasonlító epidemiológiai vizsgálata a dél-alföldi ifjúság körében. *Magyar Epidemiológia*, 3: 217–228.
- Keresztes N., Pluhár Zs., Pikó B. (2006): Fiatalok életmódja és egészsége lakóhelyük tükrében. *Új Pedagógiai Szemle*, 6: 36–47.
- Kishegyi J., Makara P. (szerk.) (2004): *Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest.
- Kopp M. (2001): Magatartástudományi ember-környezeti rendszerelméleti modell. In Buda B., Kopp M., Nagy E. (szerk.): *Magatartástudományok*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 23–46.
- Kökönyei Gy. (2003): Szubjektív jóllét. In Aszmann A. (szerk.): *Iskolás korú gyermekek egészségmagatartása*. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest, 94–109.
- Leino, P. (1989): Symptoms of stress predict musculoskeletal disorders. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 43: 293–300.
- Leventhal, T., Brooks-Gunn, J. (2000): The neighbourhoods they live in: the effects of neighbourhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychological Bulletin*, 126: 309–337.
- Macintyre, S., Maciver, S., Soomans, A. (1993): Area, class and health: should we be focusing on places or people? *Journal of Social Policy*, 22: 213–234.
- Macleod, J., Davey Smith, G. (2005): Psychosocial factors and public health: a suitable case for treatment? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57: 565–570.
- McArdle, P., Wieggersma, A., Gilvarry, E., McCarthy, S., Fitzgerald, M., Brinkley, A., Kolte, B., Johnson, R., Quensel, S. (2000): International variations in young drug use: The role of individual behaviors, peer and family influences and geographical location on drug use in young people. *European Addiction Research*, 6: 163–169.
- Metsch, L. R., Pollack, H. A. (2005): Welfare reform and substance abuse. *The Milbank Quarterly*, 83: 65–99.

- Nánási I. (szerk.) (2005): *Humánökológia. A természetvédelem, a környezetvédelem és az embervédelem tudományos alapjai és módszerei*. Medicina, Budapest.
- Pikó B. (2001): Magatartás-epidemiológiai vizsgálatok. In Buda B., Kopp M., Nagy E. (szerk.): *Magatartástudományok*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 729-753.
- Pikó B. (2002): *Egészségtudatosság serdülőkorban*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Pikó, B. F., Vazsonyi, A. T. (2004): Leisure activities and problem behaviours among Hungarian youth. *Journal of Adolescence*, 27: 717-730.
- Pitzl, G. R. (2004): *Encyclopedia of human geography*. Greenwood Press, New Jersey.
- Plotnikoff, R. C., Mayhews, A., Birkett, N., Loucaides, C. A., Fodor, G. (2004): Age, gender, and urban- rural differences in the correlates of physical activity. *Preventive Medicine*, 39: 1115-1125.
- Pluhar Zs., Keresztes N., Pikó B. (2004): A rendszeres fizikai aktivitás és a pszichoszomatikus tünetek kapcsolata általános iskolások körében. *Sportorvosi Szemle*, 4: 285 - 300.
- Réti E. (1962): Az orvosföldrajz múltjáról és jelenéről. *Földrajzi Közlemények*, 86 (1-4): 337-343.
- Réti E. (1979): A hazai orvosföldrajz története. *Földrajzi Közlemények*, 103 (1-4): 177-180.
- Ryan, C. M., Morrow, L. A. (1992): Dysfunctional buildings or dysfunctional people: an examination of the sick building syndrome and allied disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (2): 220-224.
- Sobal, J., Revicki, D., DeForge, B. R. (1992): Patterns of interrelationships among health-promotion behaviors. *American Journal of Preventive Medicine*, 8: 351-359.
- Starrin, B., Hagquist, C., Larsson, G., Svensson, P. G. (1993): Community types, socio-economic structure and IHD mortality – a contextual analysis based on Swedish aggregate data. *Social Science and Medicine*, 36: 1569-1578.
- Stead, M., MacAskill, S., MacKintosh, A. M., Reece, J., Eadie, D. (2001): „It's as if you're locked in”: qualitative explanations for area effects on smoking in disadvantaged communities. *Health and Place*, 7: 333-343.
- Tunstall, H. V. Z., Shaw, M., Dorling, D. (2004): Glossary: places and health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58: 6-10.
- Ursin, H. (2000): Psychosomatic medicine: state of the art. *Annals of Medicine*, 32: 323-328.
- Uzzoli A. (2000a): A budapesti 14-19 év közötti korosztály életkörülményeinek vizsgálata esettanulmányok alapján. *Tér és Társadalom*, 2-3: 229-237.
- Uzzoli A. (2000b): Az egészségi állapot vizsgálata Budapest VIII. kerületében. *Comitatus Önkormányzati Szemle*, július-augusztus: 48-56.
- Verbrugge, L. M., Asconi, F. J. (1987): Exploring the iceberg: common symptoms and how people care for them. *Medical Care*, 25: 539-569.
- Vargha L. Gy. (1988): Orvosföldrajzilag a gyógyvízország fejlesztési polemijáról. *Tér és Társadalom* 4 (3): 65-83.
- Weist, M. D., Freedman, A. H., Paskewitz, D. A., Proescher, E. J., Flaherty, L. T. (1995): Urban youth under stress: Empirical identification of protective factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 24: 705-721.

Internet források:

- http://www.medpharm.co.za/safp/2000/nov_dec/hippocrates.html
<http://admont.thing.at/buecher/drucke/galenus-t.html>
www.ph.ucla.edu/epi/snow/broadstreetpump.html
www.who.int/en/

PLUHÁR, ZSUZSANNA – UZZOLI, ANNAMÁRIA –
PIKÓ, BETTINA

THE ROLE OF HEALTH GEOGRAPHY IN FORMING PSYCHOSOCIAL HEALTH

Environmental factors make both a direct and an indirect impact on one's health state, illnesses and health behaviors. The place/environment surrounding people has many definitions and nearly all disciplines deal with defining and analyzing it. The most comprehensive one was created by the World Health Organisation (WHO) in the Sundsvall declaration (1991). It says that place is not only a space where we live and spend our time, but it is also a social, economic, political and cultural medium. It is necessary to interpret the criteria and possibilities of environment based on all these dimensions. Our lives are influenced by both our proximate (home) and wide (district, town, shire) surroundings. Place or environment affects our health, health and risk behaviours and the development of psychosomatic symptoms and diseases. The various environmental factors also affect our life conditions and lifestyles through recreational activities. The main goal of this paper is to give a short overview of Hungarian and international literature on the relationship between place (environment) and health with special emphasis put on the role in psychosocial health.

Keywords: place/environment, health, risk behaviour, health behaviour, psychosomatic symptoms, illnesses/diseases