

A SZUBJEKTÍV EGÉSZSÉGI ÉS A TÁPLÁLTSÁGI STÁTUSZ KÖZÖTTI KAPCSOLAT 7–18 ÉVES GYERMEKEKNÉL

Zsákai Annamária és Bodzsár Éva

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Embertani Tanszék, Budapest

Zsákai A., Bodzsár É.: *Subjectiv health status in relation to nutritional status in children aged between 7–18 years.* The main purposes of the present study were to analyze the age changes and the sexual dimorphism in the frequency of experiencing psychosomatic complaints in children aged between 7 and 18 years; to study the influence of nutritional status on psychosomatic status in the studied sample of Hungarian children; and to study the influence of the frequency of psychosomatic complaints on their self-perceived health status.

The total sample comprised 7,881 boys and 7,865 girls (aged 7–18 years) and represented a subsample of the 2nd Hungarian National Representative Growth Study (2003–2006). Children's nutritional status was assessed by BMI, subjects were divided into underweight, normal, overweight and obese subgroups by using the international BMI cut-off values. A standard symptom list was used to assess the experience of common psychosomatic complaints. Children were asked to rate their current health status in terms of excellent, good, fair and poor.

Both in the boys and the girls the most frequent psychosomatic complaints were: bad temper, feeling nervous, irritability and tired at waking up, as well as headache in the girls. Our results evidenced that more than 10% of boys and 20% of girls experienced almost every day at least one psychosomatic complaint. The frequency of psychosomatic complaints increased till the age of 12 in both genders, and their frequency stabilized in the boys and showed a further increase in the girls after the age of 12. This tendency led to a sexual dimorphism in the frequency of psychosomatic complaints of Hungarian children and adolescents: girls experienced more often all the studied complaints from the age of 12.

Boys having underweight nutritional status usually complained more often about psychic health symptoms and sleeping problems, while underweight girls had somatic health complaints more often than their age-peers with other forms of nutritional status. More than 20% of the boys and more than 30% of the girls rated their health status poor. Not only underweight children, who reported experiencing the psychosomatic complaints more often than children with other types of nutritional status, but also overweight/obese children rated their health status much worse than their age-peers having normal nutritional status.

Keywords: Psychosomatic complaints; Subjective health status; Nutritional status; Children; 2nd Hungarian National Representative Growth Study (2003–2006).

Bevezetés

A pszicho-szomatikus panaszok közé azokat a testi tüneteket, panaszokat soroljuk, amelyek háttérben jellemzően nincs szervi elváltozás, illetve közvetlen biológiai ok, fő kiváltó okuk a pszicho-szociális stressz relatíve magas szintje. Mindettől függetlenül a pszicho-szomatikus panaszok képesek legalább olyan mértékben diszkonfort érzetet kiváltani, mint a tényleges szomatikus okokra visszavezethető betegségek.

Az emberi szervezetet érő civilizációs hatások közül az egyik legfontosabb csoport a különböző eredetű stresszorok együttese (stressz: hosszan tartó káros, károsító hatás, ami lehet biotikus és abiotikus eredetű tekintve, pl. klimatikus, pszicho-szociális stressz, stb.;

Kopp 2007), amely ártalmak szintje életmódunk tényezőinek lényeges változására visszavezethetően jelentős mértékben fokozódott az elmúlt néhány évtizedben (Turner és Roszell 1994, Biondi és Picardi 1999, Hayman és Reineke 2003). Ezt a stresszorok szintjében a világ fejlett és fejlődő országaiban egyaránt kimutatható szekuláris változást a pszicho-szomatikus panaszok gyakoriságának fokozatos növekedése kísérte és kíséri (Dressler 1985, Forero és mtsai 1996, Östlberg és mtsai 2006).

Számos vizsgálat igazolta, hogy a pszicho-szomatikus panaszok, illetve megbetegedések jelentős hatással lehetnek a jóllét-érzetünkre, súlyosabb formáik a gyermekek testi és mentális fejlődését is megzavarhatják (Garralda 1992, Alfvén 1993, Sells és Blum 1996, Haugland és mtsai 2000, Brener és mtsai 2003, Kolotkin és mtsai 2006, Simonsson és mtsai 2008). Éppen ezért a pszicho-szomatikus panaszok, betegségek kezelése, ill. megelőzése is ugyanolyan fontos, mint a szervi okokra visszavezethető megbetegedéseké.

A leggyakoribb pszicho-szomatikus panaszok a fejfájás, a hasfájás és az ingerlékenység világszerte. A pszicho-szociális stressz tényezők hatása nemcsak a felnőttek, hanem már a gyermekek körében is kiválóan pszicho-szomatikus panaszokat, azzal a különbséggel, hogy a panaszok típusa és a panaszok gyakorisága a korosztályok és természetesen a nemek között is különbözik.

A pszicho-szociális stressz mértékét a külső (kortásokkal való kapcsolat, szocio-ökonomiai státusz, családszerkezet, stb.) és a belső környezet (mentális instabilitás, negatív testkép, stb.) ingerei egyaránt fokozhatják. Talán a tápláltsági állapot, azon belül is a kövérség az a leggyakrabban vizsgált stresszor, aminek hatását eddig a pszicho-szomatikus állapotra, ill. a szubjektív egészségérzetre vizsgálták (Haugland és mtsai 2000, Everson és mtsai 2002, Young-Hyman és mtsai 2006, Anderson és mtsai 2007).

A fenti összefüggések ismeretében vizsgálatunk fő célkitűzése volt, hogy (1) a pszicho-szomatikus panaszok gyakoriságát jellemezzük 7–18 éves magyar gyermekek körében a panaszok gyakoriságában kimutatható életkori és nemi különbségek tükrében; továbbá, hogy elemezzük körükben (2) a tápláltsági állapot hatását a pszicho-szomatikus panaszok gyakoriságára; illetve (3) a pszicho-szomatikus panaszok gyakorisága és a szubjektív egészségi állapot közötti kapcsolatot.

Anyag és Módszer

Vizsgálati célkitűzéseink megvalósításához a Második Országos Növekedés-vizsgálatban résztvevő (2003–2006, Bodzsár 2006) gyermekek 7–18 éves almintájának (n: 15746; 1. táblázat) tápláltsági, pszicho-szomatikus és szubjektív egészségi állapotát elemeztük. A vizsgálatba bevont gyermekek mind egészségesek voltak, azaz legalább a vizsgálatot megelőző 6 hónapban nem volt krónikus megbetegedésük.

Az antropometriai testdimenziókat a nemzetközileg elfogadott standard technikákkal és standard műszerekkel mértük le (Martin és Saller 1957, Weiner és Lourie 1969). A tápláltsági állapotot a testtömeg-index (BMI) segítségével becsültük, a gyermekeket alultáplált, normál tápláltsági állapotú, túlsúlyos és kövér alcsoportokba soroltuk az index életkori határértékei (Cole és mtsai 2000, 2007) alapján (az elemzés során a túlsúlyos és kövér gyermekek alcsoportjai összevonásra kerültek).

A vizsgálni kívánt célcsoportban leggyakrabban átélt pszicho-szomatikus panaszok gyakoriságát egy kifejezetten a gyermekek csoportjára kidolgozott standard kérdőív segítségével mértük fel (HBSC, Currie 2004), amely kérdőívnek a magyar gyermekek körében történő validálása már korábban megtörtént (Aszmann 1997). A pszicho-

szomatikus panaszokat a testi tünetek (fejfájás, hasfájás, hányás, szédülés), a pszichés tünetek (rosszkedv, idegesség, ingerlékenység, félelem), és az alvászavarok (elalvási nehézség, éjszakai többszöri felébredés, fáradtság a reggeli ébredéskor) alcsoportjaiba soroltuk be. A gyermekeket arra kértük, hogy jelöljék meg az adott panaszt milyen gyakorisággal (szinte naponta, hetente többször, hetente, havonta, ritkábban vagy soha) élték át a vizsgálatot megelőző 6 hónapban. Azokat a gyerekeket tekintettük a panaszokat gyakran átélőknek, akik legalább hetente egyszeri tünetekre panaszkodtak.

A szubjektív egészségi állapot felméréséhez kértük a gyermekeket, hogy a 'kiváló', 'jó', 'elfogadható', ill. 'rossz' jelzők segítségével jellemezzék egészségi állapotukat.

Vizsgálati hipotéziseinket 5%-os szignifikancia szinten teszteltük (a csoportok homogenitás-vizsgálatát χ^2 próbával végeztük) az SPSS programcsomaggal. A vizsgált pszicho-szomatikus panaszok együttes előfordulásának dendrogramjait hierarchikus klaszteranalízis (újraszámított euklideszi távolságszámítás) segítségével készítettük el.

I. táblázat. A vizsgált minta életkori és nemi megoszlása.
Table 1. Case numbers by age and gender.

Életkor (év) Age (years)	Fiúk Boys	Leányok Girls
7	502	512
8	539	595
9	602	611
10	571	618
11	659	718
12	728	788
13	682	726
14	594	590
15	762	732
16	822	696
17	721	577
18	699	702
Együtt – Together	7881	7865

Eredmények

A pszicho-szomatikus panaszok gyakoriságának életkori mintázata

A pszicho-szomatikus panaszok mindhárom csoportja esetében megfigyelhető, hogy a leányok panaszainak gyakorisága a vizsgált korintervallum kezdetétől a 12 évesek korcsoportjáig intenzíven növekszik, a 13 évesek és a tőlük idősebbek korcsoportjaiban ez az intenzív növekedés már nem folytatódik, a panaszok gyakorisága stabilizálódik a vizsgált korintervallum végére (2. táblázat). Ezalól a tendencia alól kivételt képez a fejfájás és az ébredéskori fáradtság panaszok gyakoriságának életkori mintázata, ugyanis e két panasz gyakorisága a vizsgált korintervallumban végig növekedett a leányok körében.

2. táblázat. A pszicho-szomatikus panaszokat gyakran átélők relatív gyakorisága (%; *: szignifikáns nemi különbség, ns: nincs szignifikáns különbség).

Table 2. Relative frequency (%) of subjects with very frequent psychosomatic complaints (*: significant sexual difference, ns: not significant).

		Életkor (év) – Age (years)											
		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
		Testi tünetek – Somatic health complaints											
Fejfájás – Headache	*	ns	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Fiúk – Boys	5,0	3,5	4,3	4,8	8,5	11,8	11,6	8,4	8,3	8,9	9,2	9,9	
Leányok – Girls	4,0	5,1	9,9	11,4	19,4	17,5	18,9	22,5	24,3	27,7	27,6	23,0	
Hasfájás – Abd. dis.	*	ns	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
Fiúk – Boys	7,1	6,0	6,3	3,7	6,8	7,5	8,2	4,9	5,9	6,6	5,2	7,7	
Leányok – Girls	7,3	10,7	8,7	12,6	15,7	18,9	16,5	14,3	14,0	16,2	14,0	15,0	
Hányás – Vomiting	ns	*	ns	*	*	ns	ns	ns	ns	*	*	*	
Fiúk – Boys	1,1	1,0	1,5	0,9	1,7	2,9	2,8	2,2	2,0	2,0	1,8	1,6	
Leányok – Girls	1,2	1,2	1,0	2,8	3,8	3,1	3,1	2,9	3,3	6,3	3,3	4,9	
Szédülés – Feel. d.	*	ns	ns	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
Fiúk – Boys	1,0	1,0	0,7	1,3	5,1	5,2	5,7	4,8	8,2	7,5	6,8	4,2	
Leányok – Girls	0,9	0,5	1,7	3,5	7,9	11,4	10,3	11,5	14,1	12,8	13,6	8,9	
		Pszichés tünetek – Psychic health complaints											
Roszkedv – B. tem.	ns	ns	ns	ns	*	*	*	*	*	*	*	*	
Fiúk – Boys	3,2	6,8	8,5	9,4	15,6	19,6	20,7	20,0	19,0	20,4	20,8	23,1	
Leányok – Girls	5,3	5,7	6,5	11,1	20,6	24,0	27,2	29,9	31,4	31,7	31,7	34,7	
Idegesség – Feel. n.	*	ns	*	ns	ns	*	*	*	*	*	*	*	
Fiúk – Boys	10,9	12,2	15,4	16,3	20,1	25,1	27,9	27,3	30,1	29,0	30,0	31,0	
Leányok – Girls	6,3	9,0	10,9	15,6	23,1	30,1	34,2	37,0	39,3	39,9	40,0	39,0	
Ingerlékenység – Ir.	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	*	*	*	*	*	
Fiúk – Boys	16,2	17,2	20,7	20,0	20,4	19,7	23,2	16,5	17,0	20,9	22,7	24,3	
Leányok – Girls	11,7	14,9	15,7	20,7	21,2	21,8	26,2	30,2	25,8	29,2	28,1	27,3	
Félelem – Fear	ns	ns	ns	ns	*	*	*	*	*	*	*	*	
Fiúk – Boys	5,8	5,3	7,5	6,1	6,4	5,4	5,1	4,3	3,7	8,6	6,2	3,2	
Leányok – Girls	5,0	5,4	9,4	8,0	12,5	12,3	11,1	13,3	12,5	13,2	13,0	19,6	
		Alvászavarok – Sleeping problems											
Elalvási nehézség – D	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	
Fiúk – Boys	3,2	2,3	5,2	6,1	12,1	14,2	13,2	13,4	10,9	13,5	14,3	13,6	
Leányok – Girls	2,8	4,1	5,4	8,3	15,2	17,8	20,9	21,2	18,4	21,1	19,4	19,0	
Többszöri felébredés ^S	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	*	*	*	ns	
Fiúk – Boys	5,1	4,0	5,5	5,9	11,1	14,5	14,5	12,5	11,5	11,5	12,3	17,3	
Leányok – Girls	3,4	4,4	4,2	6,1	11,9	16,8	17,6	18,7	18,7	20,0	18,5	17,7	
Fáradtság ébredéskor [#]	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	*	*	*	*	
Fiúk – Boys	9,6	10,4	11,9	15,0	26,1	30,7	31,5	26,4	30,9	34,7	34,2	35,6	
Leányok – Girls	9,0	10,6	13,6	18,8	27,8	33,7	33,0	36,7	41,1	43,1	46,2	44,7	

Abd. dis.: abdominal discomfort, Feel. d.: feeling dizzy, B. temp.: bad temper, Fell. n.: feeling nervous, Ir.: irritability, D: difficulties in getting asleep, ^S: waking up several times, [#]: tired at waking up

A fiúk pszicho-szomatikus panaszainak gyakorisága a leányok panaszai gyakoriságának fentiekben bemutatott mintázatához nagyon hasonló (2. táblázat), azzal a különbséggel, hogy a fiúk esetében a panaszok gyakoriságának 12 éves korig tartó növekedése kevésbé intenzív, ill. hogy a hasfájás panaszának gyakorisága lényegesen

nem változott az életkor előrehaladtával körükben, átlagosan a fiúk 5%-ának volt a vizsgált mintában gyakran (hetente legalább egyszer) hasfájása.

Összességében megállapítható, hogy a leányok gyakrabban panaszkodnak pszichoszomatikus tünetekre, a panaszok gyakoriságának e nemi különbsége 12 éves kortól különösen nagy. Mindkét nem esetében igaz az, hogy a pszichés panaszok gyakorisága nagyobb, mint a testi panaszok, ill. az alvászavarok gyakorisága, a fiúk 20–30%-a, a leányok 30–40%-a panaszkodik gyakran (hetente többször) pszichés tünetekre pubertáskorban (e tendencia lól csak a félelem panasz képez kivételt; 2. táblázat).

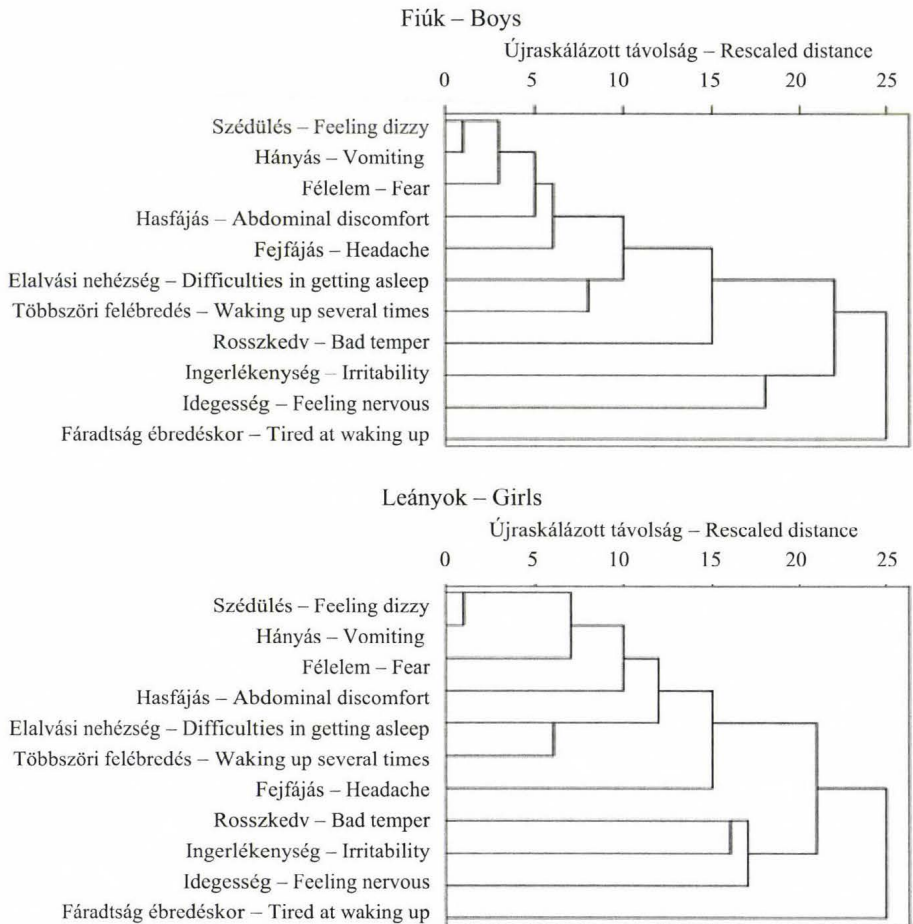
A panaszok együttes előfordulásának vizsgálatára (1) a vizsgált pszicho-szomatikus tünetekből képzett pároknál a ritkán–ritkán és a gyakran–gyakran válasz párok együttes gyakoriságát fejeztük ki a vizsgált alcsoport létszámának százalékában (3. táblázat), ill. hierarchikus klaszteranalízis segítségével a panaszok gyakoriságának dendogramját (a panaszok előfordulása gyakoriságának hasonlósági mintázatát bemutató hierarchikus struktúráját) készítettük el (1. ábra). Mindkét statisztikai elemzés eredménye azt mutatja, hogy a panaszok együttes előfordulási mintázatában nincs jelentős nemi különbség, mindkét nem esetében igaz, hogy (1) a szédülés, hányás és félelem panaszok hármasának, ill. az elelvisi nehézség és az éjszakai többszöri felébredés panaszpár együttes előfordulása nagyon gyakori, ill. (2) a reggeli ébredéskori gyakori fáradtság a vizsgált tünetektől viszonylag függetlenül jelentkezik. Egyedüli nemi különbség a gyakori panaszok együttes megjelenési mintázatában ott mutatható ki, hogy a fiúknál a szédülés–hányás–félelem panaszegyüttesrel nagyon gyakran együtt jelentkezik még a has- és fejfájás gyakori tünete, ezzel szemben a leányoknál a szédülés–hányás–félelem panasz-csoportot csak a hasfájás gyakori panasz kíséri viszonylag nagy gyakorisággal.

3. táblázat. A vizsgált pszicho-szomatikus tünet-párok gyakori (hetente többször), ill. ritka (hetente legfeljebb egyszer) panaszainak együttes előfordulási gyakorisága (ritkán–ritkán és gyakran–gyakran panaszok gyakorisága az alcsoport teljes létszámának százalékában kifejezve, %).

Table 3. Relative frequency of very often (more often than once a week) and rare (maximum once a week) complaints in the studied psychosomatic complaint-pairs (often–often and rare–rare complaints expressed in the percentage of the subsample's case number).

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
	Fiúk – Boys										
A		90,3	82,8	79,2	88,8	75,6	86,4	86,0	90,7	75,1	91,4
B	80,7		82,7	79,5	90,6	75,3	86,6	87,1	91,3	74,4	93,7
C	75,6	75,9		82,1	82,9	79,0	82,3	81,7	83,8	75,8	83,9
D	73,3	74,1	79,8		79,9	80,9	78,6	78,3	79,7	72,0	80,0
E	77,7	81,1	77,4	76,3		76,0	87,2	87,1	91,6	73,7	94,0
F	72,7	71,5	78,0	78,5	75,6		76,9	75,2	75,4	73,7	75,0
G	77,9	79,6	77,3	75,1	81,2	74,3		89,1	88,5	75,5	89,1
H	79,0	80,7	77,1	75,5	81,7	73,6	87,6		88,8	75,5	89,2
I	82,9	84,1	78,4	77,3	84,8	73,6	83,9	84,9		75,8	95,0
J	71,5	70,4	73,8	71,3	70,9	74,4	72,1	72,7	73,0		74,4
K	82,4	86,1	78,4	77,0	87,7	72,1	84,3	85,7	91,7	70,5	
	Leányok – Girls										

A: Fejfájás – Headache, B: Hasfájás – Abdominal discomfort, C: Rosszkedv – Bad temper, D: Ingerlékenység – Irritability, E: Félelem – Fear, F: Idegesség – Feeling nervous, G: Elalvisi nehézség – Difficulties in getting asleep, H: Többszöri felébredés – Waking up several times, I: Szédülés – Feeling dizzy, J: Fáradtság ébredéskor – Tired at waking up, K: Hányás – Vomiting



1. ábra: A vizsgált pszicho-szomatikus panaszoknak az együttes előfordulási gyakoriságuk alapján készített dendogramja.

Figure 1: Dendogram of the studied psychosomatic complaints based on the frequency of experiencing the complaints.

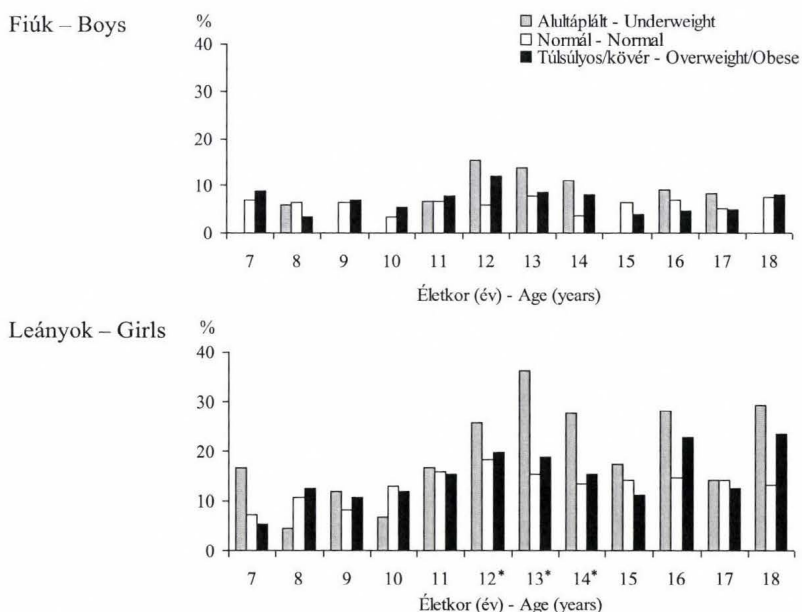
A tápláltsági státusz és a pszicho-szomatikus állapot kapcsolata

A tápláltsági állapot és a pszicho-szomatikus panaszok gyakorisága közötti kapcsolat nagyon hasonló mintázatot mutatott a pszicho-szomatikus panaszok alcsoportjaiban, ezért a következőkben a tanulmányban csak néhány példa kerül közülük bemutatásra. A testi panaszok közül a fejfájás, a hasfájás és a szédülés gyakoriságában a tápláltsági állapot szerint kialakított alcsoportok közötti különbségek mintázata volt nagyon hasonló. A pszichés tünetek közül a rosszkezd és az idegesség, ill. az ingerlékenység és a félelem panaszpárok mutattak hasonló mintázatot a panaszok gyakorisága és a tápláltsági állapot kapcsolatának vizsgálatakor. Az alvási zavarok esetében pedig kivétel nélkül azonos a mintázat a tápláltsági állapot alcsoportok panaszainak gyakoriságainak különbsége tekintetében.

A fiúk csoportjában a testi pszicho-szomatikus panaszok gyakoriságá nem különbözött jelentősen a tápláltsági alcsoportok között (2–3. ábra) a hányás panaszának kivételével: a 12 évesek korcsoportjáig a túlsúlyos és kövér fiúk gyakrabban panaszkodtak hányásra, mint a normál tápláltsági állapotú kortársaik, az alultápláltak viszont szinte soha nem panaszkodtak erre a testi tünetre. A leányok esetében hasonló tendencia mutatható ki a hányás panaszának gyakorisága és a tápláltsági állapot között 13 éves korig. Hasfájásra (és a hányás kivételével a többi vizsgált testi tünetre) az alultáplált leányok nagyobb gyakorisággal panaszkodtak, mint a más tápláltsági állapotú kortársaik pubertáskorban.

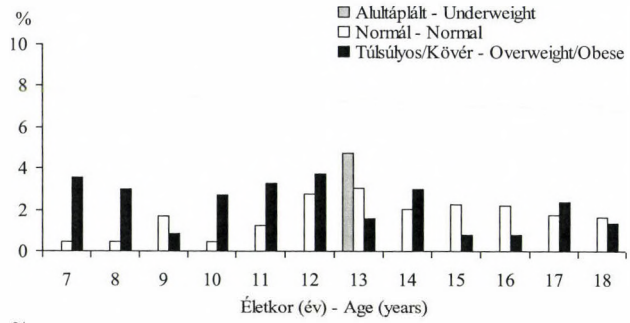
A különböző tápláltsági állapotú gyermekek alcsoportjai pszichés panaszainak gyakoriságában csak a fiúk esetében igazolható különbség, nevezetesen, az alultáplált fiúk gyakrabban voltak rosszkedvűek a 11 évestől idősebbek korcsoportjaiban, ill. ingerlékenyebbek a 10 évesek korcsoportjáig, mint a normál, ill. túlsúlyos/kövér tápláltsági állapotú kortársaik (4–5. ábra).

Az alvászavarok esetében hasonló tendencia jelent meg, ezúttal is csak a fiúk csoportjában, az alultáplált fiúk gyakrabban panaszkodtak arra, hogy éjszaka többször felébredtek a 12 évesek és tőlük idősebbek korcsoportjaiban, ill. fáradtan ébredtek a 10 évesek korcsoportjáig, mint a velük egyidős, más tápláltsági állapotú fiúk (6–7. ábra).

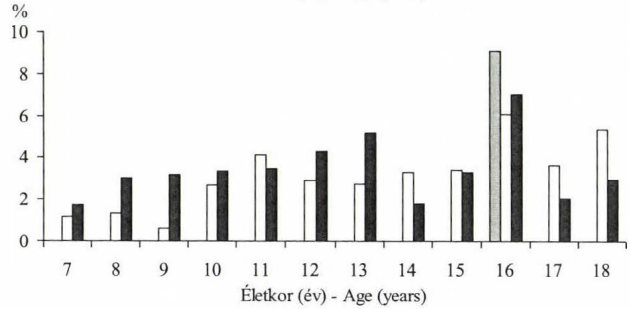


2. ábra: A hasfájásra gyakran panaszkodók relatív gyakorisága (*: szignifikáns különbség).
 Figure 2: The relative frequency of children with very frequent complaint of abdominal discomfort (*: significant difference).

Fiúk – Boys

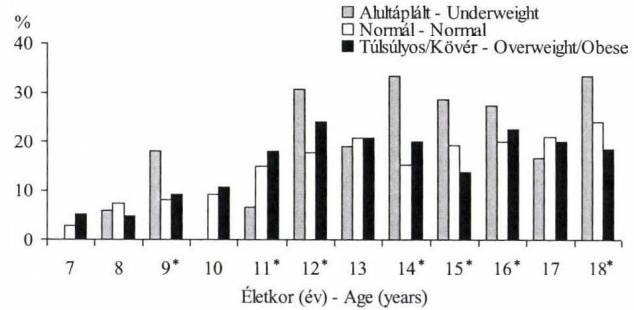


Leányok – Girls

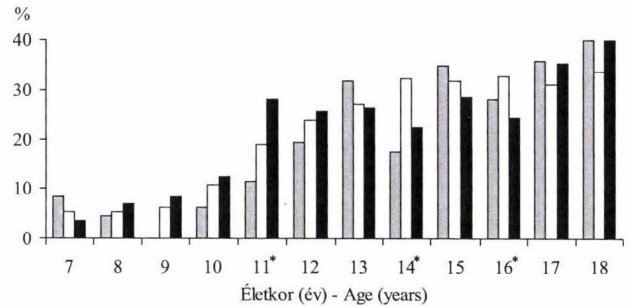


3. ábra: A hányásra gyakran panaszkodók relatív gyakorisága (szignifikancia nem vizsgálható).
 Figure 3: The relative frequency of children with very frequent complaint of vomiting (significance could not be tested).

Fiúk – Boys

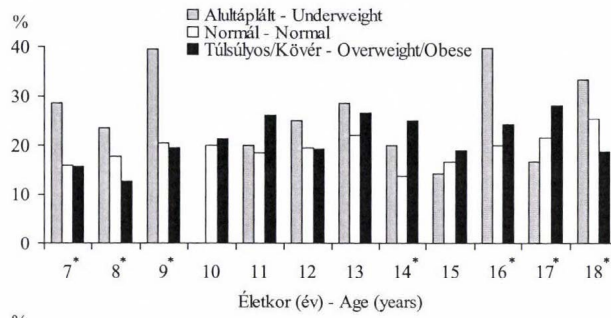


Leányok – Girls

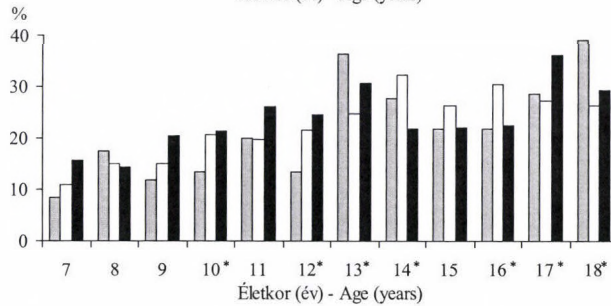


4. ábra: A rosszkedvre gyakran panaszkodók relatív gyakorisága (*: szignifikáns különbség).
 Figure 4: The relative frequency of children with very frequent complaint of bad temper (*: significant difference).

Fiúk – Boys

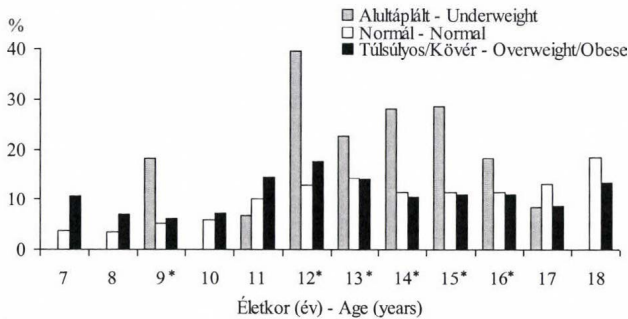


Leányok – Girls

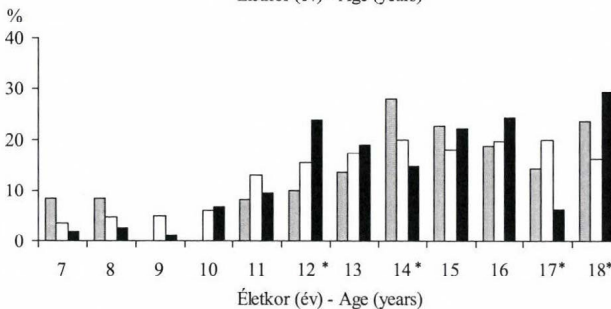


5. ábra: Az ingerlékenységre gyakran panaszkodók relatív gyakorisága (*: szignifikáns különbség).
 Figure 5: The relative frequency of children with very frequent complaint of irritability (*: significant difference).

Fiúk – Boys

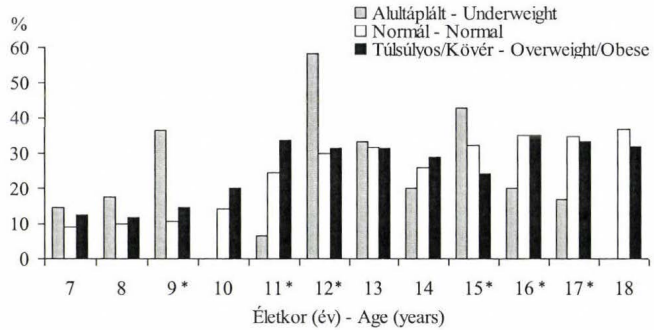


Leányok – Girls

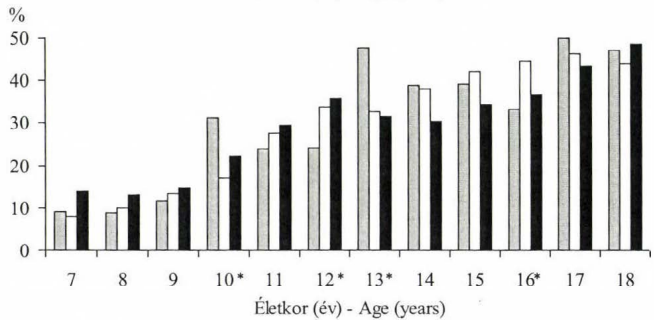


6. ábra: Az éjszakai gyakori felébredésre gyakran panaszkodó gyermekek relatív gyakorisága (*: szignifikáns különbség).
 Figure 6: The relative frequency of children with very frequent complaint of waking up several times at night (*: significant difference).

Fiúk – Boys



Leányok – Girls



7. ábra: Az éjszakai alvás utáni fáradtan ébredésre gyakran panaszkodó gyermekek relatív gyakorisága (*: szignifikáns különbség).

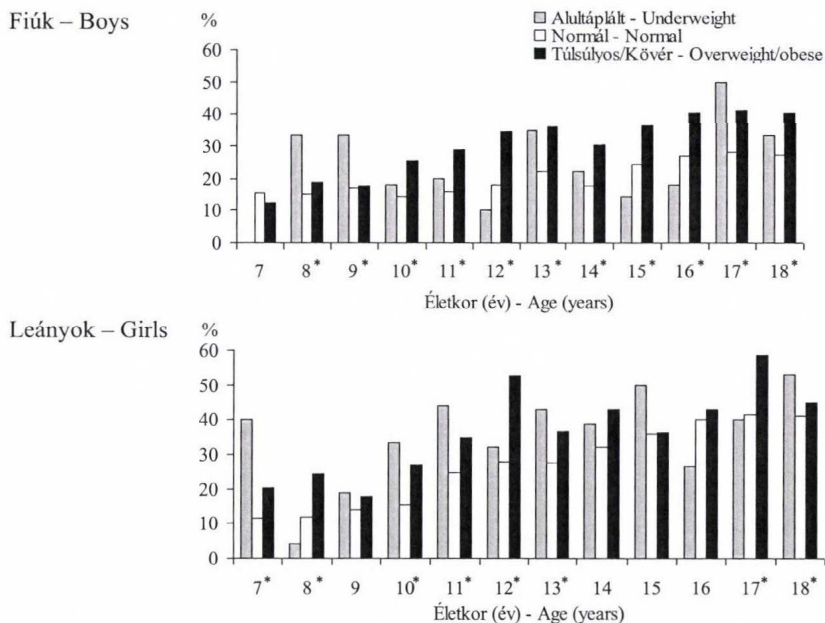
Figure 7: The relative frequency of children with very frequent complaint of waking tired after a night sleep (*: significant difference).

A szubjektív egészségi állapot és a pszicho-szomatikus panaszok gyakorisága

Vizsgálatai eredményeink alapján megállapítást nyert mindkét nem esetében, hogy nemcsak az alultáplált gyermekek, akik a más tápláltsági állapotú gyermekekhez képest lényegesen gyakrabban panaszkodtak pszicho-szomatikus tünetekre, minősítették egészségi állapotukat jelentősen nagyobb gyakorisággal rossznak a normál tápláltsági állapotú gyermekekhez viszonyítva, hanem a túlsúlyos/kövér gyermekek is, akiknél a pszicho-szomatikus panaszok – a hányás kivételével – közel azonos gyakorisággal jelentkeztek, mint normál tápláltsági állapotú kortársaiknál (8. ábra).

Összegzés

Számos tanulmány számolt be arról, hogy a gyermekek körében az elmúlt évtizedek során jelentősen nőtt a pszicho-szomatikus panaszok gyakorisága az iparilag fejlett országokban (pl. Japánban, Törökországban, Dániában, Svédországban, stb.; Takata 2001, Due és mtsai 2003, Erginoz és mtsai 2004, Gerber és Pühse 2008, Simonsson és mtsai 2008). A fenti országokban végzett vizsgálatok eredményei alapján az 1990-es évek végén és a 2000-es évek elején a pubertáskorú fiúk 20–25%-a, míg a pubertáskorú leányok 15–30%-a panaszkodott hetente többszöri fejfájásra (és hasonló gyakorisággal további más pszicho-szomatikus tünetekre), és a pubertáskorúak átlagosan 5–10%-a számolt be arról, hogy olyan gyakran élnek át pszicho-szomatikus tüneteket, hogy az már a mindennapi életüket is zavarja (Goodmann és McGrath 1991, Kolip és Hurrelmann 1995, King és mtsai 1996, Simonsson és mtsai 2008).



8. ábra: Az egészségi állapotukat rossznak minősítők relatív gyakorisága (*: szignifikáns különbség).

Figure 8: The relative frequency of subjects rated their health status poor (*: significant difference).

A magyar gyermekek körében vizsgálati eredményeink szerint a fiúk legalább 10%-a és a leányok legalább 20%-a él át naponta pszicho-szomatikus panaszokat, hiszen ilyen arányban számoltak be arról, hogy a vizsgált tünetek közül legalább négyet gyakrabban, mint hetente egyszer tapasztalnak saját magukon.

A rosszkedv, az idegesség, az ingerlékenység, a reggeli ébredéskori fáradtság voltak mindkét nem esetében a vizsgált korcsoportban a leggyakoribb pszicho-szomatikus panaszok, amely panasz-csoporthoz a leányoknál még a gyakori fejfájás panasa is társult.

Eredményeink magyar gyermekek körében is igazolták azt a korábbi megfigyelést (Shifren és mtsai 1993, Knishkowsky és mtsai 1995, King és mtsai 1996, Haugland és mtsai 2000, Haugland és Wold 2001, McCrae és mtsai 2005), hogy (1) a pszicho-szomatikus panaszok gyakorisága az életkorral fokozódik, (2) a leányok gyakrabban élnek át pszicho-szomatikus tüneteket, különösen nagy ez a nemi különbség a panaszok gyakoriságában pubertáskortól.

Kindulási feltételezésünkkel ellentétben – a tápláltsági állapot és a pszicho-szomatikus panaszok gyakorisága közötti kapcsolatrendszer vizsgálatok megállapítását nyert, hogy a nem normál tápláltsági állapot-formák közül a kövérség nem, csak az alultápláltság az, ami a panaszok gyakoriságának valószínűségét jelentősen fokozza a 7–18 évesek körében: az alultáplált leányok esetében a testi tünetek, míg az alultáplált fiúk esetében a pszichés tünetek és az alvászavarok gyakorisága statisztikailag igazolhatóan nagyobb volt, mint a normál, ill. túlsúlyos/kövér kortársaik körében.

Korábbi epidemiológiai vizsgálatok egyértelműen igazolták a szubjektív egészségi állapot és a pszicho-szomatikus panaszok gyakorisága közötti szoros kapcsolatot (Natvig és mtsai 1999, Ravens-Sieberer és mtsai 2005, Kolotkin és mtsai 2006). Vizsgálataink ezt a kapcsolatot egyrészt megerősítették a vizsgált 7–18 magyar gyermekek mintájában is, hiszen az alultáplált gyermekek, akik a pszicho-szomatikus tünetekre lényegesen gyakrabban panaszkodtak, mint a normál tápláltsági állapotú kortársaik, lényegesen rosszabbnak minősítették egészségi állapotukat is. Azonban, az alultápláltakhoz hasonlóan, a túlsúlyos/kövér gyermekek is, akik pszicho-szomatikus panaszainak gyakorisága nem különbözött lényegesen a normál tápláltsági állapotúktól, rosszabbnak minősítették egészségi állapotukat, mint a normál tápláltsági állapotú gyermekek.

Az egészségi állapotukat rossznak minősítő gyermekek aránya a vizsgált korintervallumban az életkor előrehaladtával jelentősen nőtt a 12 évesek korszortjáig, a lányok lényegesen nagyobb arányban minősítették egészségi állapotukat rossznak, mint a fiúk. Végezetül, hadd hívjuk fel a figyelmet arra az ijesztő tényre, hogy mindez azt jelenti, hogy 12 éves kor körül már a fiúk közel 20%-a, míg a lányok több, mint 30%-a érzi rossznak egészségét, amely arány mind a két nem esetében tovább fokozódik az egyre idősebbek korszortjaiban.

*

Köszönetnyilvánítás: A kutatás az OTKA K 76849 sz. pályázatának anyagi támogatásával valósult meg.

Irodalom

- Alfven, G. (1993): The covariation of common psychosomatic symptoms among children from socio-economically differing residential areas: an epidemiological study. *Acta Paediatrica*, 82(5): 484–487.
- Anderson, S.E., Cohen, P., Naumova, E.N., Jacques, P.F., Must, A. (2007): Adolescent obesity and risk for subsequent major depressive disorder and anxiety disorder: prospective evidence. *Psychosomatic Medicine*, 69(8): 740–747.
- Aszmann, A. (1997, Szerk.): *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása 1986–1993*. Anonymus Press, Budapest.
- Biondi, M., Picardi, A. (1999): Psychological stress and neuroendocrine function in humans: the last two decades of research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68: 114–150.
- Bodzsár, É.B. (2006): Secular change in the growth and sexual maturation of Hungarian children. *International Journal of Anthropology*, 21(1); 25–32.
- Brener, N.D., Billy, J.O.G., Grady, W.R. (2003): Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature. *Journal of Adolescent Health*, 33: 436–457.
- Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., Dietz, W.H. (2000): Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320: 1–6.
- Cole, J., Flegal, K.M., Nicholls, D., Jackson, A.A. (2007): Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *British Medical Journal*, 335: 166–173.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., Barnekow Rasmussen, V. (2004, Eds): *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children Study: international report from the 2001/2002*. Health Policy for Children and Adolescents, 4. WHO, Geneva.
- Dressler, W.W. (1985): Psychosomatic symptoms, stress and modernization: A model. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 9(3): 257–286.

- Due, P., Lynch, J., Holstein, B., Modvig, J. (2003): Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of different types of social relations. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57: 692–698.
- Erginoz, E., Alikasifoglu, M., Ercan, O., Uysal, O., Ercan, G., Albayrak Kaymak, D., Ilter, O. (2004): Perceived health status in a Turkish adolescent sample: risk and protective factors. *European Journal of Pediatrics*, 163: 485–494.
- Everson, S.A., Maty, S.C., Lynch, J.W., Kaplan, G.A. (2002): Epidemiologic evidence for the relation between socioeconomic status and depression, obesity, and diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4): 891–895.
- Forero, R., Bauman, A., Young, L., Booth, M., Nutbeam, D. (1996): Asthma, health behaviours, social adjustment and psychosomatic symptoms in adolescence. *Journal of Asthma*, 33(3): 157–164.
- Garralda, M.E. (1992): A selective review of child psychiatric syndromes with a somatic presentation. *British Journal of Psychiatry*, 161: 759–773.
- Gerber, M., Pühse, U. (2008): Don't crack under pressure! – Do leisure time physical activity and self-esteem moderate the relationship between school-based stress and psychosomatic complaints? *Journal of Psychosomatic Research*, 65(4): 363–369.
- Goodman, J.E., McGrath, P. (1991): The epidemiology of pain in children and adolescents: a review. *Pain*, 46: 247–264.
- Haugland, S., Wold, B., Stevenson, J., Aaroe, L.E., Woynarowska, B. (2000): Subjective health complaints in adolescence. *European Journal of Public Health*, 11(1): 4–10.
- Haugland, S., Wold, B. (2001): Subjective health complaints in adolescence – Reliability and validity of survey methods. *Journal of Adolescence*, 24: 611–624.
- Hayman, L.L., Reineke, P.R. (2003): Preventing coronary heart disease: the implementation of healthy lifestyle strategies for children and adolescents. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(4): 294–301.
- King, A., Wold, B., Tudor-Smith, C., Harel, Y. (1996): *The health of youth. A Cross-National Survey*. WHO Regional Publications, European Series No 69. WHO, Geneva.
- Knishkowsky, B., Palti, H., Tima, C., Adler, B., Gofin, R. (1995): Symptom clusters among young adolescents. *Adolescence*, 30(118): 351–362.
- Kolip, P., Hurrelmann, K. (1995): Coping strategies of Dutch and German adolescence. Psychosomatic complaints, aggressive behaviour, and the consumption of legal and illegal drugs. In: Du Bois-Reymond, M., Diekstra, R., Hurrelmann, K., Peters, E. (Eds) *Childhood and youth in Germany and The Netherlands. Transitions and coping strategies of adolescents*. Walter de Gruyter, Berlin, pp 183–197.
- Kolotkin, R.L., Zeller, M., Modi, A.C., Samsa, G.P., Lolanichka Quinlan, N., Yanovski, J.A., Bell, S.K., Maahs, D.M., Gonzales de Sema, D., Roehrig, H.R. (2006): Assessing weight-related quality of life in adolescents. *Obesity*, 14: 448–457.
- Kopp, M. (2007): Selye János 1907–1982. Mit jelent Selye János munkássága a mai Magyar társadalom számára? *Magyar Tudomány*, 5: 614–615.
- Martin, R., Saller, K. (1957): *Lehrbuch der Anthropologie I–IV*. Fischer Verlag, Stuttgart.
- McCrae, C.S., Rowe, M.A., Tierney, C.G., Dautovich, N.D., DeFinis, A.L., McNamara, J.P.H. (2005): Sleep Complaints, subjective and objective sleep patterns, health, psychological adjustment, and daytime functioning in community-dwelling older adults. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Science*, 60(4): 182–189.
- Natvig, G.K., Albrektsen, G., Anderssen, N., Qvarnstrom, U. (1999): School-related stress and psychosomatic symptoms among school adolescents. *School Health*, 69(9): 362–368.
- Östberg, V., Alfvén, G., Hjerm, A. (2006): Living conditions and psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren. *Acta Paediatrica*, 95(8): 929–934.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., Auquier, P., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmo, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. (2005): KINDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 5(3): 353–364.

- Sells, C.W., Blum, R.V. (1996): Morbidity and mortality among US adolescents: an overview of data and trends. *American Journal of Public Health*, 86: 513–519.
- Shifren, K., Bauserman, R., Carter, D.C. (1993): Gender role orientation and physical health: A study among young adults. *Sex Roles*, 29(5–6): 421–432.
- Simonsson, B., Nilsson, K.W., Leppert, J., Diwan, V.K. (2008): Psychosomatic complaints and sense of coherence among adolescents in a county in Sweden: a cross-sectional school survey. *BioPsychoSocial Medicine*, 2: 4–11.
- Takata, Y. (2001): Research on psychosomatic complaints by senior high school students in Tokyo and their related factors. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55: 3–11.
- Turner, R.J., Roszell, P. (1994): Psychosocial resources and the stress process. In: Avison, W.R., Gotlib, I.H. (Eds) *Stress and Mental Health: Contemporary Issues and Prospects for the Future*. Plenum Press, New York. 179–208.
- Weiner, J.S., Lourie, J.A. (1969, Eds): *Human Biology. A Guide to field Methods*. IBP Handbook. Blackwell Science, Oxford.
- Young-Hyman, D., Tanofsky-Kraff, M., Yanovski, S.Z., Keil, M., Cohen, M.L., Peyrot, M., Yanovski, J.A. (2006): Psychological status and weight-related distress in overweight or at-risk-for-overweight children. *Obesity*, 14(12): 2249–2258.

Levelezési cím: Zsákai Annamária
Mailing address: Eötvös Loránd Tudományegyetem
Embertani Tanszék
Pázmány P. s. 1/c.
H-1117 Budapest
Hungary
zsakaia@elte.hu