

## Tartalom

<b>FELMÉRÉSEK</b>	
A szűrés-megelőzés helyzete Magyarországon – falun és városon <i>Dr. Simek Ágnes</i>	2
Egészségfejlesztés – egészségterv Budapest X. és XVII. kerületében <i>Dr. Haintz Andrea, Dr. Gritz Arnoldné, Juhász Attila, Nagy Csilla, Dr. Szűcs Erzsébet</i>	15
A védőnő-hallgatók egészségi állapota, egészségmagatartása és a felsőoktatási tanulmányok szerepe – a szegedi képzőintézményben végzett felmérés alapján <i>Balogh Mónika</i>	27
<b>KONFERENCIA</b>	
A közoktatás/nevelés és a közétkeztetés együttműködési lehetőségei 2009. május 20.	35
<b>FELHÍVÁS</b>	
Ne maradjon ki! Mentálhigiénés tézisek a dohányzásról <i>Dr. Funk Sándor, Fekete György</i>	36
<b>FELMÉRÉSEK</b>	
A férfi és női nemi különbségek jelentősége a vastagbélrák megelőzésében <i>Prof. Dr. Métényi János</i>	38
Célkeresztben az anyagcsere A megfelelő táplálkozás és a rendszeres fizikai aktivitás a kiegyensúlyozott anyagcsere záloga <i>Dr. Pados Gyula</i>	40
Minden élet alapja az anyagcsere Az anyagcsere-folyamatok hatása egészségünkre <i>Antal Emese</i>	41
Rémhír vagy valós veszély? A globális felmelegedés <i>Galgóczi Dóra</i>	42
<b>KONFERENCIA</b>	
Előzetes tájékoztató ez évi hazai és nemzetközi konferenciákról Veszélyeztetett férfiak – 2009. június 16. 6 <sup>th</sup> Biennial World Congress on Men's Health & Gender – 2009. október 9–11.	48
<b>FELHÍVÁS</b>	
III. „Közösen-könnyebben” Életmódváltó Munkahelyi Csapatverseny <i>Kerek Judit, Monspart Sarolta</i>	49
<b>HÍREK</b>	51

Health  
Development

**EGÉSZSÉG-  
FEJLESZTÉS**

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet folyóirata.

A lap alapítói: prof. dr. Métényi János,  
prof. dr. Vilmon Gyula

A szerkesztőbizottság tagjai:  
prof. dr. Balázs Péter, dr. Gyárfás Iván,  
prof. dr. Hollán Zsuzsa, dr. Kovács Attila,  
dr. Makara Péter (a szerkesztőbizottság elnöke),  
prof. dr. Molnár Péter,  
prof. dr. Simon Tamás

Főszerkesztő: Gábor Edina

Felelős szerkesztő:  
prof. dr. Simon Tamás

Vezető szerkesztő:  
Háromszéki Zsuzsanna

Szerkesztőség: OEFI,  
1096 Budapest, Nagyvárad tér 2.  
Levelezési cím: 1395 Budapest, Pf. 839/3.  
Telefon: (1) 428-8272.  
Fax: (1) 428-8273.  
E-mail: [titkarsag@oeffi.antsz.hu](mailto:titkarsag@oeffi.antsz.hu)  
Honlap: [www.oeffi.hu](http://www.oeffi.hu)

Kiadja:  
az Országos Egészségfejlesztési Intézet.  
Terjeszti:  
előfizetésben a Magyar Posta Rt.  
Hírlap Üzletága,  
1080 Budapest, Orczy tér 1.  
Előfizethető valamennyi postán,  
a kézbesítőknél,  
e-mailen: [hirlapelofizetes@posta.hu](mailto:hirlapelofizetes@posta.hu),  
faxon: 303-3440.  
További információ: 06-80-444-444  
Megjelenik kéthavonta.  
Egy példány ára 2000 Ft.  
Előfizetési díj egy évre 12 000 Ft,  
fél évre 6000 Ft.  
Index: 25 214, ISSN 1786-2434

Tipográfia és tördelés:  
Reneszánsz Tipográfiai Műhely  
Nyomdai munkálatok:  
Porszinter Nyomda  
1033 Budapest, Benedek Elek u. 1–3.

 Országos  
Egészségfejlesztési  
Intézet

# A szűrés-megelőzés helyzete Magyarországon

– falun és városon

Dr. Simek Ágnes

Semmelweis Egyetem, Közegészségtani Intézet

„Meg kell állapítanom, hogy hazánkban az emberek még nem veszik eléggé igénybe az orvos munkáját – olyankor, amikor egészségesek, pedig ez az ésszerű egyéni egészségpolitika.” (1) Johan Béla 1939-ben írta ezeket a sorokat.

E szellemiségnek megfelelően a két világháború között óriási lendülettel és munkabírással szervezte meg az *egészségmegőrzés* legkülönbözőbb formáit, a védőnői hálózat kiterjesztésétől a TBC-s betegek számára létesített elkülönítő faházakig. Felismerve, hogy a falusi közösségekben a higiénés, a tárgyi és a személyi feltételek sokkal rosszabbak, mint a városokban, a hangsúlyt a falusi *egészségvédelemre* fektette. (2)

Csaknem 70 évvel később Boncz Imre és munkatársai a *népegészségügyi lakosságszűrés* helyzetét elemezve így írnak (3): „A Nemzeti Népegészségügyi Program szűrő-megelőző tevékenysége során a megfelelő ellátás a behívás, visszahívás, követés. Ezek felelnek meg az Európai Unió irányelveinek is. Megszervezése, koordinálása, értékelése az Országos Tisztifőorvosi Hivatal feladata. Megfelelően kiépült az adminisztratív és információs rendszer a feladat teljesítéséhez.” A morbiditási-mortalitási mutatók alapján az egyik legfontosabb területről, a rosszindulatú daganatos megbetegedésekről megjegyzi, hogy talán itt a legfontosabb a primer szűrés az időfaktor jelentősége miatt. A randomizált, kettős vak-kísérletek, a kemény végpontok értékelése alapján a méhnyak, az emlő, a széklet és a vér szűrését hatásosnak, a prosztata- és a szájüregi rákszűrést bizonytalanoknak ítélik, míg a korai tüdőrák szűréséről elismerik, hogy hatásos módszer jelenleg nem áll rendelkezésünkre.

Pedig a *primer prevenció*, amelynek fontos eleme a szűrés, nemcsak a beteg, de az ellátók szempontjából is fontos, mivel a folyamatosan ellenőrzött és gondozott betegek körében ritkább az akut, súlyos betegséggel sürgős szakellátásra, kórházi kezelésre szoruló beteg.

Ebben a folyamatban a háziornosnak is fontos szerep jut. Arnold Csaba professzor, a Háziornosi Szakmai Kollégium elnökeként jegyezte azt az ajánlást, amelyet már 1997-ben közzétettek a *Háziornosi Szemle* lapjain, s amely meghatározta, hogy az alapszintű ellátás minden területén szükséges és fontos a leggyakoribb betegségek szűrése. (4)

A háziornosi praxisban történő *szűrő-megelőző tevékenység* ma már fontos meghatározója az *egészségmegőrzésnek*

és a *definitív ellátás* biztosításának. A FAKOOSZ falusi és városi lakosság körében végzett felmérése alapján lehetőségünk volt vizsgálni a szűrés-megelőzés-beteg-tájékoztatás helyzetét, a betegek elvárásait és az innováció lehetőségeit.

## Anyag és módszer

8 falusi és 9 városi háziornosi körzet betegei önkéntesen töltötték ki az egységes kérdőívet, egyedül, vagy – ha kérték – a szakasszisztens segítségével. A beérkezett 871 falusi és 983 városi beteg által kitöltött teszt egy fontos részének értékelését adjuk most közre.

### 1. Lakóhelyén volt-e ...

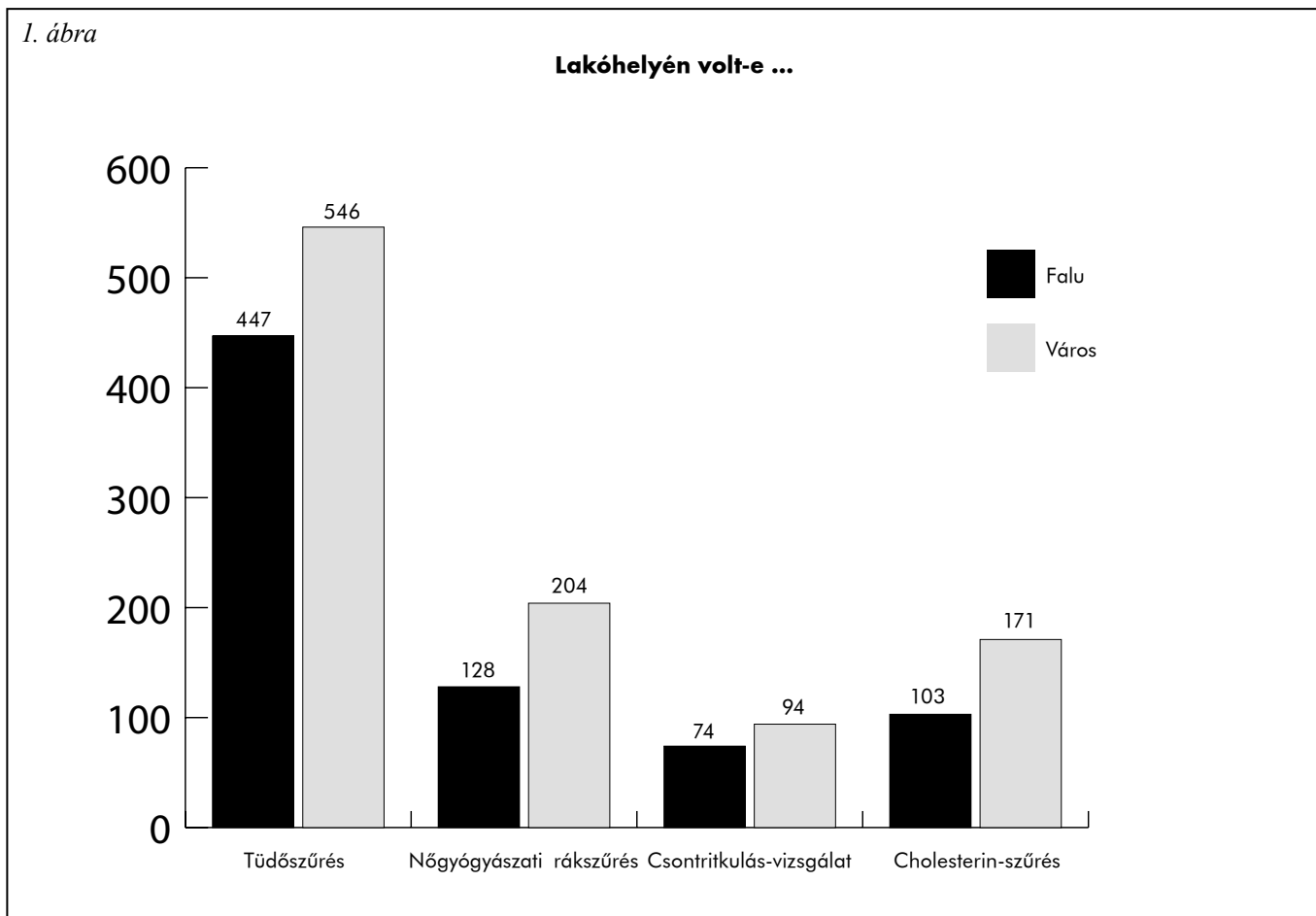
Elsőként azt kérdeztük meg, tudott-e a páciens a lakóhelyi szűrésekről. A kérdés egyben fontos mutatója a *beteg-tájékoztatásnak* is. (1. ábra)

*Minden faluban*, minden évben van kampányszerű tüdőszűrés és nőgyógyászati rákszűrés, *városban* pedig a kórházszakrendelő miatt *folyamatosan* adott a lehetőség.

Falun a háziornos *egyéni szervezése*, hogy *koleszterinszűrésre* berendeli-e beteget, és a vért – esetleg saját költségén – elszállíttatja-e a városi laboratóriumba, vagy kislaboratóriumban – szintén saját költségén – maga végzi el a vizsgálatot, vagy beutalóval látja el a beteget és szakrendelésre irányítja. Saját döntése, hogy az *oszteodenzitometria* elvégzését megszervezi-e valamelyik mobilgéppel rendelkező szakellátással, vagy a közeli városonál jóval messzebb lévő oszteoporózis-centrumba küldi a beteget.

*Városban* ez a lehetőség rendelkezésre áll, *nagyobb arányban tudnak* is róla a betegek, mégsem az elvárható mértékben.

*Az oktatás, a média és az egészségügy közös feladata* kellene, hogy legyen a *felvilágosítás*, vagy legalább a lehetőség ismertetése a betegekkel. Ennél azonban sokkal fontosabb lenne, hogy a beteg tudatosan vállalja egészsége megőrzése érdekében az időráfordítást, esetleg a kényelmetlen utazást. Ez esetben már ő maga keresné a lehetőséget, hogy egészségi állapota markereit ésszerűen ellenőrizze. Az ún. *egészségtudatos magatartás* kialakítása lenne a legjobb befektetés és a leginkább *költséghatékony* eljárás. Még tovább megy



Prof. Dr. Simon Tamás, aki már kifejezetten egészségértékgazdálkodásról beszél, kifejtve, hogy a családok, oktatási intézmények felelőssége az egészség érték mivoltának tudatosítása, és ennek a tulajdonnak, mint értéknek kezelése és megőrzése. (5)

Külföldön, a fejlett demokráciákban is fontosak ezek a szűrések. Az ún. fogyasztói társadalmakban mindenütt *népbetegség a hipertónia*. Elsődleges szűrésére, megelőzésére az angol egészségügyi rendszer a betegek bevonásával, oktatásával, aktív részvételével komplex programot dolgozott ki, amelyet korunk egyik vezető orvosi szaklapja, a *JAMA* is fontosnak tartott közölni, (6) a folyamat eredményességét is elemezve.

Kovács Mária a hazánkban leggyakoribb *kardiovaszkuláris megbetegedések* terén kifejtendő házi-orvosi tevékenységet elemzi, megjegyezvén, hogy a gondozás mindig a házi-orvos és a kardiológus *közös munkája* kell, hogy legyen. (7) Szántó Ferenc cikkében a *multidiszciplináris összefogásra* hívja föl a figyelmet. Kifejti, hogy a klimax-ambulancián megjelentek rutin vérnyomás- és koleszterinszűrésén összességében 40% manifest megbetegedésben szenvedő panaszmentes beteget szűrtek ki. (8)

Hazánkban egy másik alapvető, multikauzális és multifaktoriális probléma az *alkoholizmus*. Megelőzésével komoly népbetegségeket (kardiovaszkuláris, malignus tumorok, májbetegségek) lehetne jelentősen visszaszorítani, míg szű-

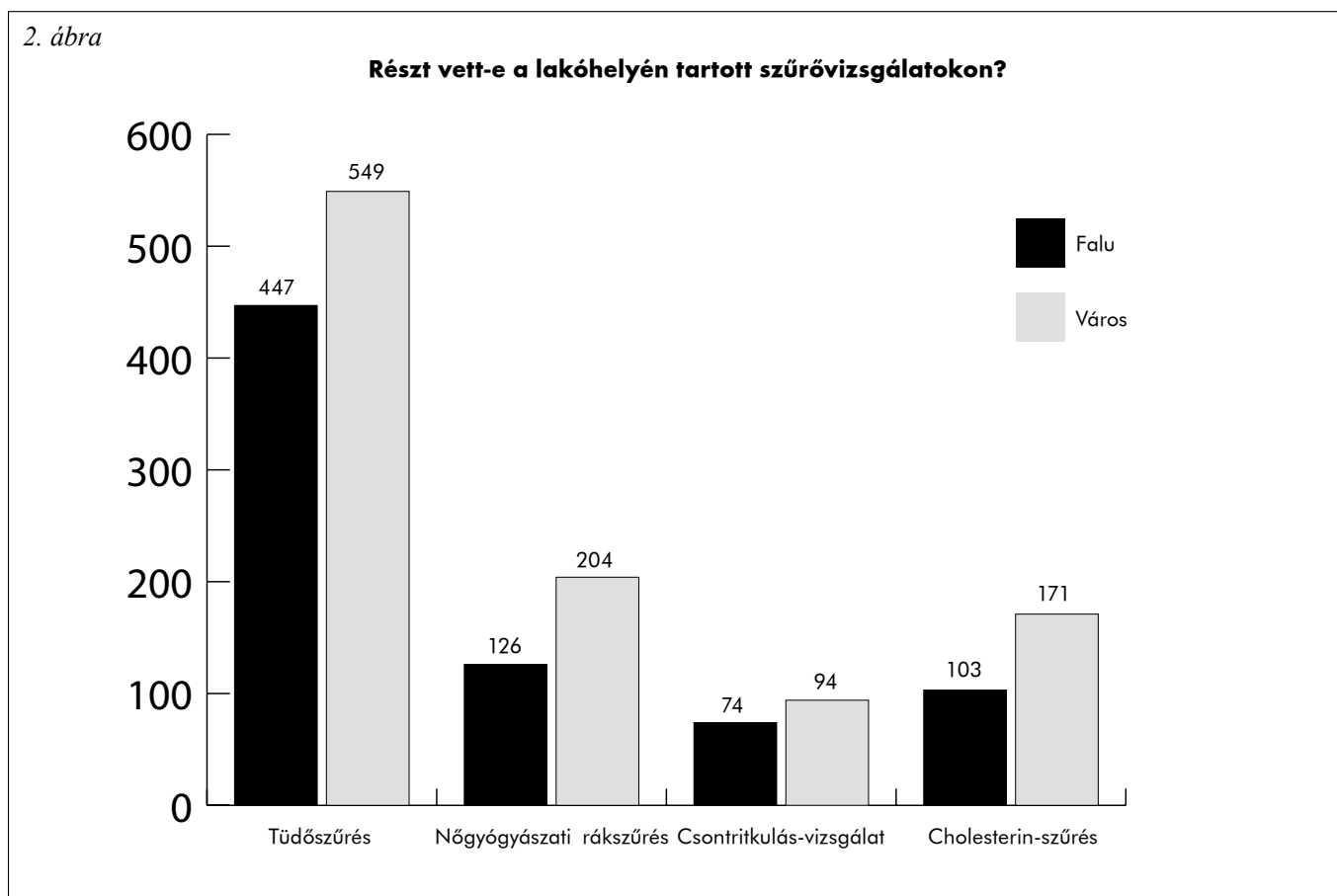
résével ezek rosszabbodását, szövödményeinek kialakulását csökkenthetjük. Morvai Veronika professzor fontosnak találja, hogy *retrográd anamnézis* formájában, gyomor-, máj- és kardiomiopátiás problémákkal jelentkező betegnél a házi-orvos kérdezzen rá az alkoholfogyasztási szokásokra. Beszámol azokról a több kiváló hazai és külföldi cikkben megjelent kutatási eredményekről, amelyek azt bizonyítják, hogy az alkoholnak kis mennyiségben kardioprotektív hatása van. Mivel azonban az individuális titrálás még nem megoldott, a hazai alkoholfogyasztási szokásokat alapul véve nem javasolja az alkohol természetes prevencióként való alkalmazását Magyarországon... (9)

## 2. Részt vett-e a lakóhelyén tartott szűrővizsgálatokon?

A következő kérdéssel azt kívántuk vizsgálni, vajon a szűrésre adott lehetőséget *hogyan használják ki* a betegek. (2. ábra)

Választ kaptunk arra, hogy *aki tudott a lehetőségről, az el is ment a vizsgálatokra*. A csaknem teljes átfedés – mindössze városon volt 3 beteg, aki nem tudott a tüdőszűrés lehetőségéről, mégis részt vett az átvilágításon! – még inkább felhívja a figyelmet a *tájékoztatás fontosságára* és az egészségügyön kívüli tájékoztatórendszerek lehetőségeinek célzott kihasználására. Az egészségügyi ellátó személyzet fel-

2. ábra



előssége nemcsak a beteg tájékoztatása a szűrés-megelőzés lehetőségeiről, hanem azok elfogadtatása is.

Össességében *nagyon rossz a lehetőségek kihasználtsága*, mivel az összes válaszadó mindössze 10–50%-a vett részt a helyben igénybe vehető szűrővizsgálatokon.

Tüdőszűrésen a falusi lakosok 51,4 %-a, a városi lakosok 55,6 %-a vett részt, pedig a kampányszűrés falun a helyben történő vizsgálat lehetőségét biztosítja, városon pedig egész évben folyamatosan igénybe vehető a szolgáltatás.

A *nőgyógyászati rákszűrések* terén még rosszabb a helyzet.

Hiába hívja fel *Kereszty Éva* cikkében (10) a figyelmet arra, hogy a *betegek számára létérdek* a szűréseken való részvétel, hiszen sok magas mortalitású, életminőséget rontó betegségtől vagy annak szövődményeitől menekülhet meg a beteg az idejében megkezdett terápiával.

A *Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kara Egészségügyi Menedzsment Központjának munkatársai* szomorú tényeket tártak föl (11): míg számos országban – a bevezetett citológiai szűrővizsgálat következtében – jelentős csökkenés mutatkozott, addig Magyarországon, a komplex szűrés ellenére – a citológiai vizsgálaton kívül kolposzkópos és manuális emlővizsgálatot is végeznek – mégis 500-nál több haláleset oka a későn felismert uterusz-karcinóma. Ez az 1970-es évek szintjének felel meg, megyénként 2,26–18,26%-os részvételi arány mellett.

*Saját felmérésünkben* falun átlagosan az érdekelt lakosság 14,4%-a, városon 20,7%-a jelent meg a szűréseken – vélhe-

tőleg az alapellátó munkacsapat jobb felvilágosító tevékenysége miatt.

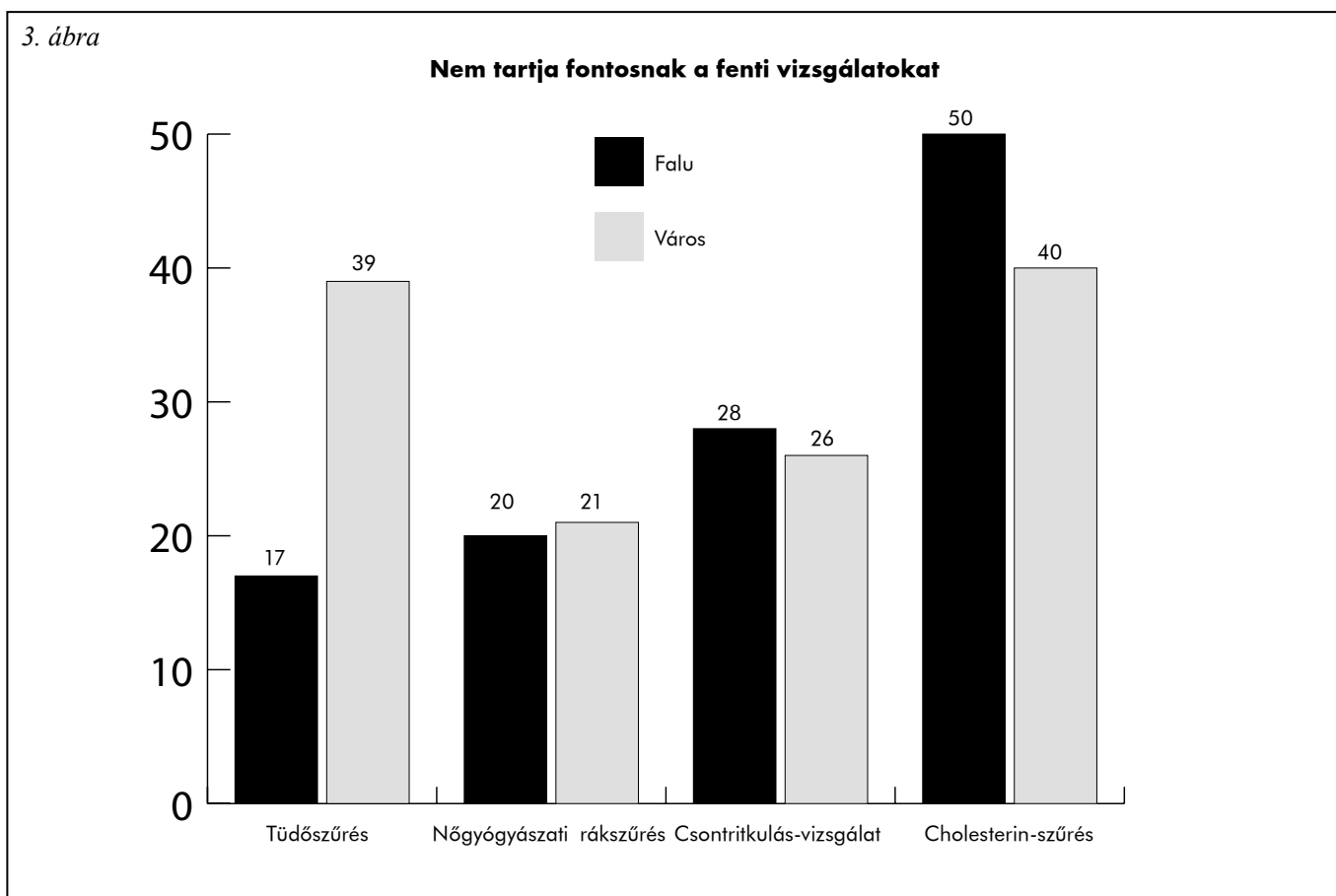
A *szerző* saját körzetében, 1995-ben végzett szűrővizsgálata során a következő eredményekre jutott: a 18 éven felüli lakosság 62,3%-a vett részt a rendelési időn kívüli, de egész évben folyamatosan igénybe vehető komplex nőgyógyászati rákszűrésen. A tünet- és panaszmentes vulvovaginitisz eseteken kívül a 323 megszűrt beteg közül négy beteget myoma uteri, három beteget 0, illetve 1.a stádiumú porció-karcinóma, négy beteget jóindulatú emlőtumor miatt kezeltünk. Jelentős eredmény, hogy a folyamatos és a körzeti orvos által végzett szűrés miatt kialakult bizalmi viszony következtében két olyan pubertáskorú leány vizsgáltunk ki és láttunk el, akiknek hosszú évek óta gondot okozott ismétlődő vulvovaginitiszük. (12)

A kisvárosokban is *kampányszűrésként*, helyben lebonyolított oszteodenzitometriás vizsgálaton falun a lakosság 8,6%-a, városon 9,5%-a vett részt. Ennél pedig már nem lehet térben és időben közelebb hozni egy műszeres vizsgálatot.

A státuszvizsgálatokhoz kötelezően elvégzendő a házi-orvosi gyakorlatban a *cholesterinszűrés*. Ennek ellenére falun a felnőtt lakosságnak csak 11,9%-a, városon 17,4%-a vette igénybe. Az adat elszomorítóbb, mert a felmérésben részt vett falusi körzetek mindegyikében megoldott volt a vér helyben történő levétele és vizsgálatra való szállítása.

*Mi lehet a tálcán kínált lehetőségek elmulasztásának oka?*

3. ábra



### 3. Nem tartja fontosnak a fenti vizsgálatokat

Sajnálatos, hogy még mindig jelentős számban vannak olyan betegek, akik *nem ismerik fel a szűrések fontosságát* saját életük alakulásában. (3. ábra)

Alacsony arányuk (falun 1,7–5,7%, városon 2,4–4,5%) jelzi a népesség alapján pozitív hozzáállását az egészségmegőrzésben való aktív részvételhez.

A lakosság egy vékony rétegénél azonban még mindig nem érték az egészség. Ezek a betegek sem ennek fontosságával, sem a kiszűrendő betegségek jelentőségével nincsenek tisztában. Éppen *az ő esetükben a legfontosabb a felvilágosítás, a tájékoztatás szerepe*, mert ők nem az elérhető vizsgálatok hiányában nem vesznek részt a szűréseken, hanem eleve elutasítják azokat.

### 4. Fontosnak tartja-e, hogy a gyakran előforduló betegségekre felhívják a figyelmét?

A betegtájékoztatás fontosságát hangsúlyozva a további *felvilágosítás igényét* vizsgáltuk betegeinknél. (4. ábra)

A betegek remélhetőleg nemcsak a *társadalmi elvárások* miatt adtak többnyire pozitív választ.

A *tapasztalatoknak* jobban megfelel az „Elviselem” választ adók száma, bár arányuk nem fedi a háziiorvosi szűréseken megjelentek-távolmaradók arányát.

Szomorú tény azonban, hogy itt is jelentős a teljesen elutasítók aránya, noha nem is vizsgálatról, mindössze tájékoztatásról van szó. Sajnos a *teljesen elutasítók* csoportjába kell számolnunk azokat a betegeket is, akik arra sem találtak méltónak a kérdést, hogy válaszoljanak rá (falun 75,7%, városon 67,9%!). A szűrővizsgálatok számadatai és napi tapasztalataink alapján ez felel meg a lakosság szűrésekhez való viszonyának. És éppen ezt a csendes, visszahúzódó réteget kell megtalálnunk, hogy *az egészségmegőrzés a betegektől is aktivitást váró folyamatába bevonhassuk*.

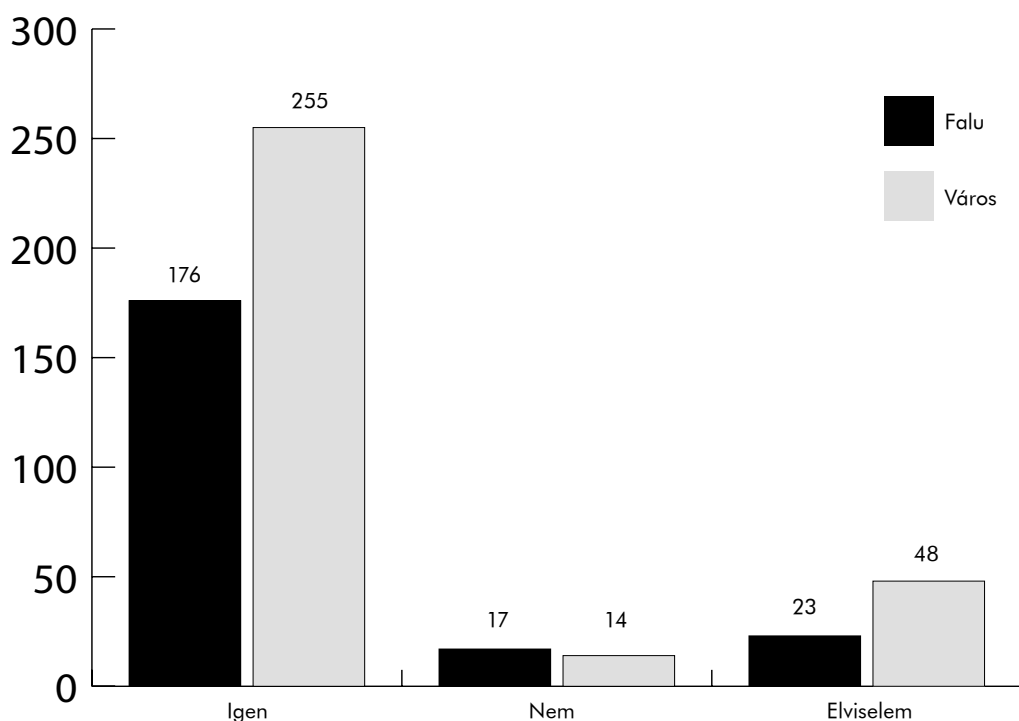
*Jancsó Zoltán* debreceni oktató háziiorvosokból és minőségbiztosítási szakemberekből álló *csoportja* még tovább megy: fontosnak tartja, hogy nemcsak a betegségekre, hanem már a *kockázati tényezőkre* is felhívják a lakosság figyelmét. (13) Kardiovaszkuláris szűrésük során a 35 év alatti korosztályban 10%-ban találtak tünet- és panaszmentes, közepes és magas rizikójú pácienseket, míg ez az arány a 35–55 éves korosztályban 58%-ra emelkedett. A férfiak veszélyeztetettsége négyszer magasabb, mint a nőké.

Ezért is nagyon fontos a *média* tájékoztató szerepének kihasználása – a helyi újságoktól az országos televízióhálózatig –, de nem az újabban alkalmazott elriasztó, fenyegető stílusban.

Érdekes, valós problémát vet föl *Budai András és munkacsoportja* a rosszindulatú daganatos megbetegedések szűrővizsgálatainak elemzése kapcsán, és pedig a szűrés elutasítását. (14) Az elutasításnak 3 fő okát találta:

4. ábra

Fontosnak tartja-e, hogy gyakran előforduló betegségekre felhívják a figyelmét?



1. Általános okok: emberi magatartás
2. A rákbetegségek negatív megítélése
3. Szubjektív rossz tapasztalatok

A negatív attitűd megfordítására két lehetőséget lát:

1. A kor, nem, műveltség szerint megválasztott egészségnevelés, betegtájékoztatás – pozitív üzenetekkel,
2. A rosszindulatú betegségek megítélésének megváltoztatása – a nihilista szemlélet kiküszöbölése.

### 5. Kitől-mitől várja el, hogy a gyakran előforduló betegségekre felhívják a figyelmét?

A beteg-együttműködés színvonalát javítja, a szűrés-megelőzés hatékonyságát fokozza, ha biztosítjuk, hogy a beteg olyan formában jusson az őt érintő ismeretanyaghoz, amelyet a leginkább elfogad. (5. ábra)

A kitöltés során több választ is meg lehetett jelölni.

A háziorvosi rendelő alkalmazottaival szemben a legnagyobbak az elvárások.

A társadalom józan értékítéletét jelzi, hogy a következő helyen az elektronikus médiát jelölik meg a betegek. A nagyon eltérő számadat falun és városon pedig pontosan jelzi a médián át való tájékoztatás igénybevételének lehetőségét, és hogy annak használatát mennyivel jobban ismerik a városiak.

A betegek önmaguk jelölik meg az iskola nagyon fontos szerepét az egészségmegőrzésben, amelynek egyik fontos

eleme lehetne, hogy a megelőzés, szűrés szintjén legalább a népbetegségekkel megismerkedjenek a diákok.

A nyomtatott hírközlés változatlanul fontos a betegek számára, és ez is kiaknázatlan lehetőség. Ez a hírközlési forma azonban könnyen elérhető falun is, ezért nagyobb arányú pozitív választ vártunk.

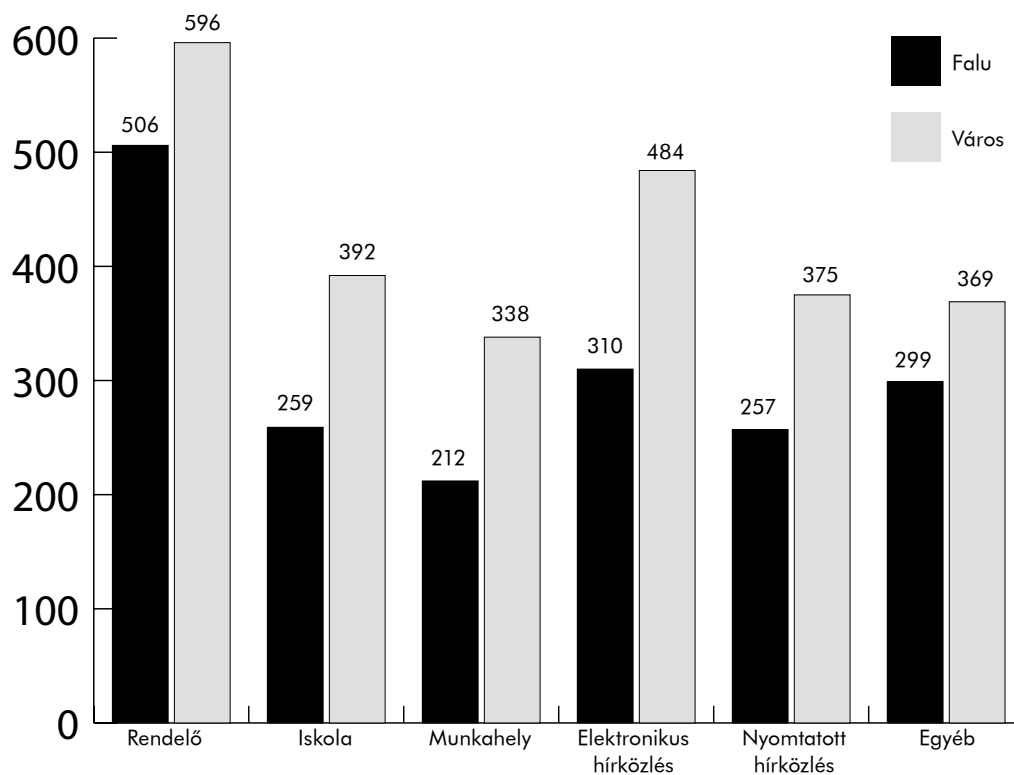
Még mindig nagy a kötődés a folyton tulajdonost váltó és megújuló munkahelyekhez. Főként falun, de kisvárosokban is elfogadott szokás volt, hogy a munkáltató egészségügyi problémákkal kapcsolatos tájékoztatást kért és kapott a terület – sokszor a munkahelyi ártalmakkal is foglalkozó – háziorvosától vagy egyéb szakembertől. A megbeszélés munkaidőben volt, 1–2 órát vett igénybe, és lehetőséget adott a dolgozóknak arra, hogy választ kapjanak az őket érintő kérdésekre. Így sok foglalkozási betegség, baleset és egyéb betegség elkerülésére, megelőzésére volt lehetőség.

Sajnálatos, hogy a mai szemléletmód mellett már sem munkaidőben, sem azon kívül nem tartanak igényt a munkáltatók ezekre a hasznos összejövetelekre. Pedig nagyon helyes szemléletet tükrözött – ti. hogy a lakosokat ott keressük föl a tájékoztatással, ahol számukra a legkönnyebben elérhető és leginkább elfogadható ez az interaktív beteg-tájékoztatási forma.

Aki információt vár, az bárhol szeretné, jelzi ezt, hogy az „Egyéb” kategóriában a faliújságtól kezdve a hirdetőoszlopig, villanyújsáig, kerítésre ragasztott ismertetőnkig változatos ötletek fordultak elő.

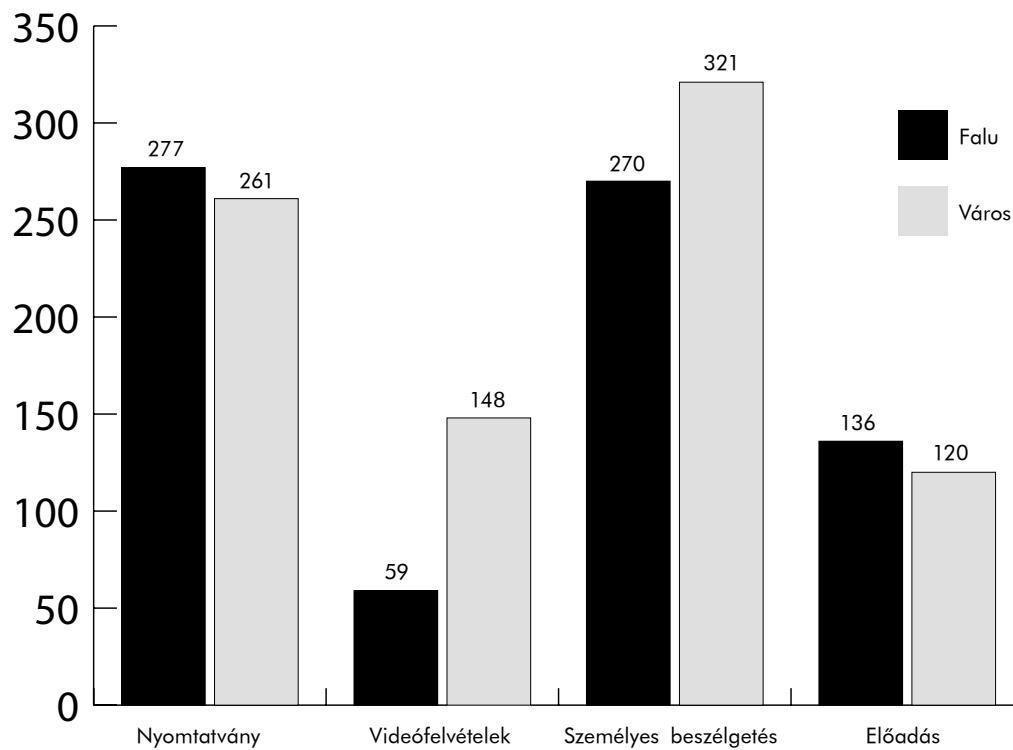
5. ábra

**Kitől-mitől várja el, hogy a gyakran előforduló betegségekre felhívják a figyelmét?**



6. ábra

**Milyen formában fogadná legszívesebben a tájékoztató anyagokat?**



## 6. Milyen formában fogadná legrzívesebben a tájékoztató anyagokat?

A következő kérdéssel *más oldalról* közelítettük meg a *beteg*ek tájékoztatással kapcsolatos *elvárásait*. (6. ábra)

Városon és falun is a *személyes kontaktust* tartják a betegek a legfontosabbnak, akár egyéni, akár csoportos beszélgetés formájában. Az egészségügyi személyzet felelősségét és lehetőségét jelzi a kiemelkedően magas elvárás a négy szemközti beszélgetésekre. A háziorvosi *rendelők beosztása* ezt *lehetővé* is teszi. A betegellátás során könnyen elláthatja a beteget akár az orvos, akár a szakápoló az egészségmegőrzéssel kapcsolatos tanácsokkal a négy szemközti beszélgetésre elkülönített helyiségben. Erre már csak *elegendő idő kell*.

A nagyobb arányú elvárás városban jelentheti, hogy a többnyire nagyobb betegforgalommal dolgozó városi kollégának kevesebb ideje jut a személyes felvilágosításra, míg a *falusi orvosnak* az egy helyen lakás miatt *több lehetősége* van a beteggel való *személyes kontaktus* kialakítására, akár a rendelőn kívül is.

Itt is detektálható az *igény a csoportos felvilágosító előadásokra*, egészségmegőrző programokra, amely a falvakban kétségtelenül könnyebben kivitelezhető tevékenység.

Szinte ugyanilyen nagy a várakozás a *nyomatott tájékoztatásra* is. Ez is könnyen megoldható feladat lenne, ha a társadalom különböző szektorai *közös feladatuknak* tekintenék a beteg tájékoztatást. A tankönyvektől kezdve a beteg tájékoztató lapocskákig rengeteg formában lehetne információt nyújtani betegek számára. Nagyon jó kezdeményezések a különböző betegségekről, azok megelőzéséről szóló *laponként fűzhető és megvásárolható könyvek*.

A *videó- és filmvetítéseket* még nagyon *kis arányban* várják és fogadják el a betegek, kimutathatóan nagyobb arányban a *városi lakosság*. Pedig az *oktatófilmek, tájékoztató előadások a televízióban* óriási lehetőségeket nyújtanak és mindig nagy érdeklődés kísérte valamennyit. Több, orvosi műszereket gyártó cég hasznos kezdeményezése, hogy televíziót, *videót* helyeznek el a *rendelők várótermeiben*, amelyek folyamatosan ismeretterjesztő, tájékoztató filmeket sugároznak, s felhívják a figyelmet az új diagnosztikai és terápiás lehetőségekre.

Az egészségmegőrzést szolgáló *rövid, emberi hangú reklámok* pedig még ma is kiaknázatlan lehetőségeket jelentenek a közszolgálati televízióban.

## 7. Segítik-e Önt a gyógyszergyárak által kiadott beteg tájékoztató nyomtatványok?

Nagyon sok gyógyszergyár ad ki – most már gyógyszer-név nélküli – *beteg tájékoztatókat* egyes betegségekről, azok megelőzéséről, a nem gyógyszeres terápia lehetőségeiről – természetes anyagokat, hasznos táplálékokat, otthon is kivitelezhető tornagyakorlatokat népszerűsítve. (7. ábra)

A válaszadók száma viszonylag magas, tehát nagyon *sokan* foglalkoznak, *találkoznak vele*. Ez a *gyógyszergyárak felelősségét* veti fel: csak valós adatokon alapuló, valóban

hasznos és használható lehetőségeket ajánljanak mindenki számára, érthető formában. A *promóciónak* a törvényalkotók számára is *elfogadható formája*, ha egy-egy gyógyszergyár az egészségmegőrzés, nem gyógyszeres terápia területén nyújtott szakszerű, pontos információkkal hívja föl magára a figyelmet.

A válaszadók nagyobb aránya *városban* jelezheti azt, hogy ott *inkább elolvassák* ezeket az anyagokat, de azt is, hogy *falun kevesebbet kell várakoznia* a betegnek, az előjegyzés lehetősége ellenére.

A következő két kérdés szorosan összefügg, és jellemző a *betegek szűrésekkel kapcsolatos attitűdjére*.

Feltételezve, hogy a beteg már minden tájékoztatást megkapott, megkérdeztük: „*Fontosnak tartja-e, hogy ezekkel a betegségekkel kapcsolatosan szűrővizsgálatokon vehessen részt?*” A falusi válaszadók 513, a városiak 588 pozitív válasza a *társadalmi elvárásoknak* megfelelő, a válaszadók kis száma azonban azt jelzi, hogy a kérdés még sokak számára nem igazán fontos. Az „*Ön elmenne ezekre a szűrővizsgálatokra?*” kérdésre adott 515 falusi és 592 városi pozitív válasz jelzi, hogy legalább a *szándék, az akarat* már megvan. Úgy látszik, még ennek a rétegnek is szüksége van egy kis támogatásra az elmélet *gyakorlatba való átültetéséhez*.

Hogy mennyire fontos a beteg tájékoztatás, a betegek ismereteinek felhasználása a szűréseken való részvétel *motiválásában*, érdekes felmérést végzett ezzel kapcsolatosan *Kemény Csilla*, a debreceni Társadalom-Orvostani Intézet habilitált oktatója. (15) A koleszterinszűrés kihasználtságát vizsgálva megállapította, hogy a szűrés hatásossága az egészségtudatos magatartástól függ, vagyis az egészségügyi ismeretektől, a betegség ismeretétől és az egészségértéktől. Kiemeli a beteg tájékoztatás meghatározó szerepét: a résztvevők 78%-a a médiából, 19%-a a családtól, szomszédoktól hallott a szűrés lehetőségéről. Ezzel meghatározza a „*társas támogató rendszer*” fogalmkörét, amelynek kiemelt szerepet tulajdonít az egészségmegőrzésben. A fiatal lakosok *motivációja* a szűrésen való részvétellel főként a kíváncsiság, a középkorúaknál inkább az egészségért érzett felelősség, míg 50 év fölött és az értelmiségiek körében inkább a betegségtől való félelem.

A szűrések egyre nagyobb feladatokat és terheket rónak a *háziorvosokra*. Minden területen alapszinten kötelező elvégezni a *primer-szekunder-tercier szűrést*, és a meglévőkhöz egyre újabb lehetőségek, kötelezettségek társulnak. Néhány érdekes színfolt a sokszínű palettáról:

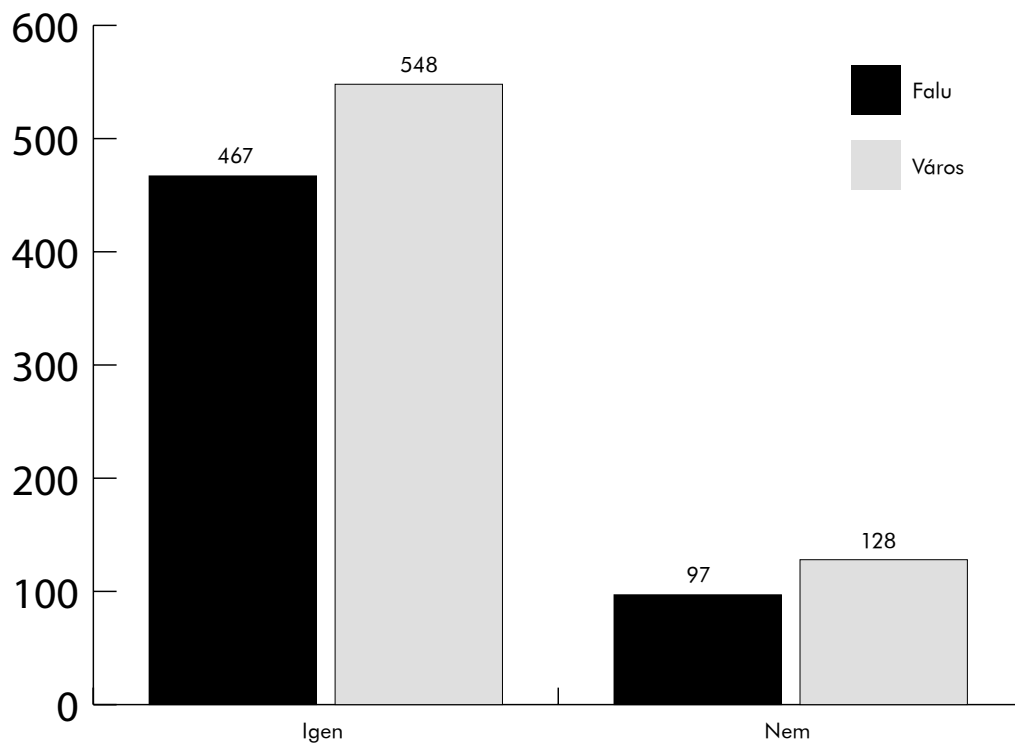
Az utóbbi évtizedekben mind nagyobb szerepet kap a háziorvosi gyakorlatban a mentális funkciók figyelemmel kísérése.

Egy gyors és egyszerű szűrési lehetőségre hívja fel a figyelmet *Tariska Péter professzor*, az időskorúak pszichiátriájával foglalkozó jeles szakember. (16) Az életkor kitoldásával egyre gyakrabban észlelhető *mentális funkciók* romlásának vizsgálatára ajánlja a Mini-Cog gyorstesztet, amely könnyen elvégezhető akár a várakozási idő alatt is. Így legalább a másodlagos szűrés biztosított, megelőzendő a súlyosabb szövődményeket. Felhívja a figyelmet arra, hogy a tesztet képzettség szerint kell értékelni.



7. ábra

## Segítik-e Önt a gyógyszergyárak által kiadott betegtájékoztató nyomtatványok?



Egyre több *szorongó* ember keresi föl háziorvosát általános testi panasszal. A *pszichoszomatikus betegségek* terjedése a háziorvosoktól új szemlélet követel – írja magatartástudományi vizsgálatairól szóló cikkében a *Kopp Mária vezette orvoscsoport*. (17) Véleményük szerint a betegség fontosságára utal az is, hogy ez a betegcsoport a munkaképtelenség leggyakoribb oka a kardiovaszkuláris megbetegedések után. A háziorvosoknak gondolniuk kell erre a megbetegedésre minden dohányos, alkoholista, hiperkinetikus szindrómában és egyéb ritmuszavarban szenvedő betegnél. Szűrése a szuicidium megelőzésének egyik hatékony eszköze.

*Kálmánchey András* a háziorvosok ezen a téren, Debrecenben végzett munkáját értékelve megállapítja, hogy a *szuicidiummegelőzés* multidiszciplináris, közösségi összefogással megoldható feladat. (18) A városi kórház szakrendelője felkutató-látogató-gondozó csoportot szervezett, a háziorvosok mellett pedig lelki segélyszolgálat is segíti a munkát. Tájékoztató előadások hangzanak el nemcsak a betegeknek, de a háziorvosoknak is. A szakmai szervezeteken kívül szoros együttműködés szükséges az iskolák és az ún. „*paramedikális ellátók*” (egyházak, szociális ellátók, szegénygondozók) között.

Mi lehet tehát a megoldás?

Minden, a témában publikáló szerző egyetért abban, hogy elsődlegesen az *alapelállítás* feladata a szűrés-megelőzés megszervezése. Mint azt az előzőekben láttuk, a háziorvo-

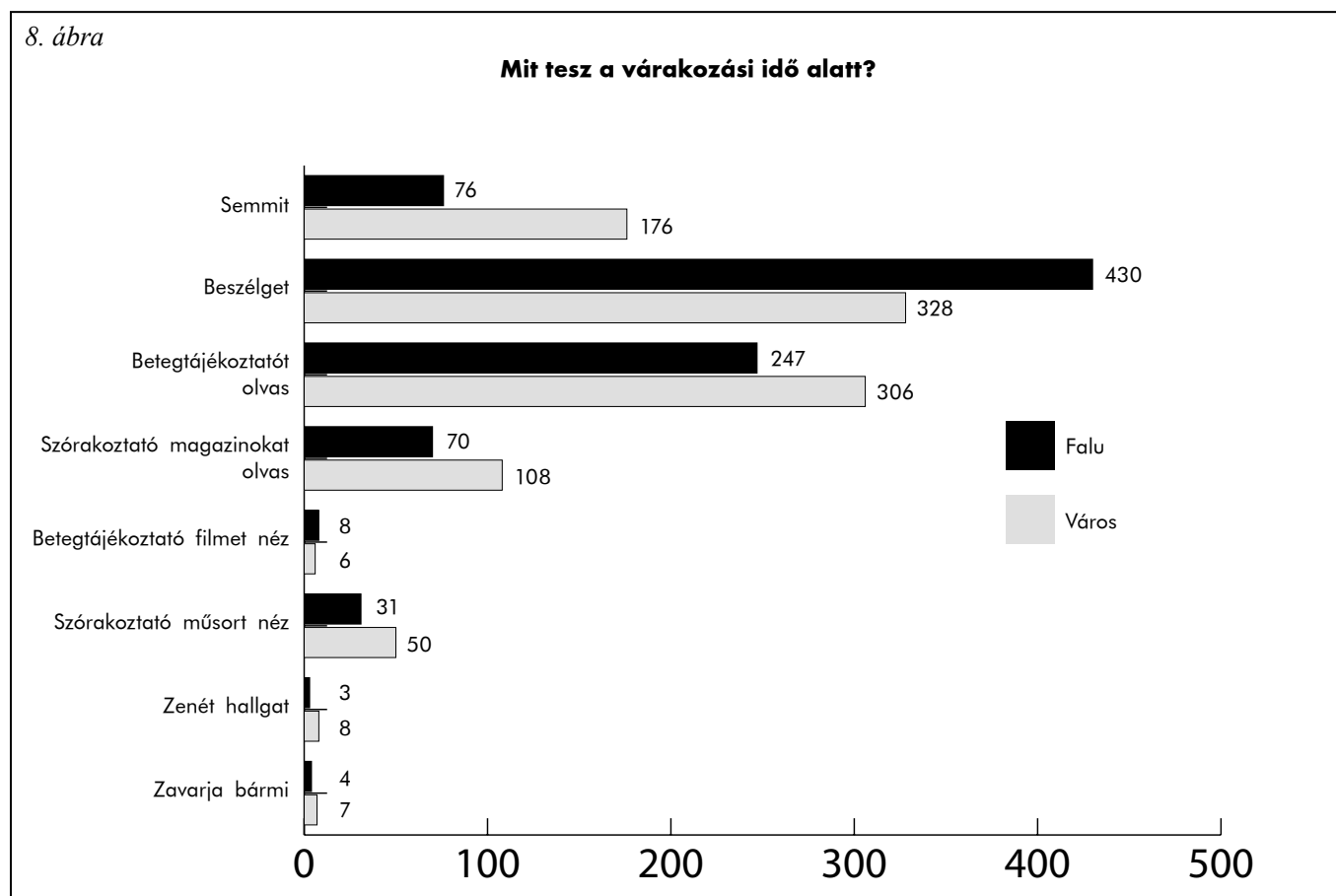
si szűrésekre – a személyes kötődés miatt – a betegek szívesebben mennek el. Hollandiában például a nőgyógyászati rákszűrést is elsősorban háziorvosok végzik, és – a szűrés hatékonyságát illetően – sokkal jobb eredményeket érnek el.

*Hanlock és munkatársai* Ausztráliában (19) a *Hunter Centre for Health Advancement* felmérése során azt találták, hogy a *lakóhelyek mozgósítása* is kell ahhoz, hogy a méhnyakrákszűrésen jelentősen nagyobb számban vegyenek részt a nők.

A szakellátással az ÁNTSZ irányítása mellett végzett műszeres, többnyire kampányszerű szűrések jól kiegészítik egymást.

*Ajkey Zoltán*, a neves egészségpolitikus a másodlagos megelőzés és a szűrővizsgálatok hatékonyságának fokozására a következő *szűrési stratégiai terv* kivitelezését javasolja: (20)

1. A morbiditási-mortalitási adatok alapján a szűrővizsgálatok körének kijelölése
2. A vizsgálati módszerek kijelölése
3. A közreműködő személyzet kijelölése
4. Éves szűrési terv (vizsgálati szám és ütemezés)
5. A párhuzamos vizsgálatok kiszűrése (alkalmassági, gépkocsivezetői, sport)
6. A dokumentáció kialakítása
7. Az informatika megszervezése
8. Az ismert betegek kataszterének kialakítása



9. A szűrtek csoportosítása (rizikó, szövödmény), az ismétlések időpontjának meghatározása

10. A szűrési lánc kialakítása, kivizsgálások megszervezése

11. A szűrések lezárása, értékelés, epidemiológiai elemzés

Fontos azonban, hogy a *megszólítás mindig személyes, a vizsgálandó korának, képzettségének, életformájának megfelelő* legyen.

Jól *hasznosítható lehetőséget* kínál erre a *váróban* elhelyezett *tájékoztatók* felhasználása.

## 8. Mit tesz a várakozási idő alatt?

A betegek ismét többféle választ jelölhettek meg. (8. ábra)

A „beszélget” válasz kiemelkedő aránya jelzi, hogy az *orvosi rendelő* még mindig a *társadalmi érintkezés* egy formáját jelenti, *különösen falun*.

A *többet olvasók* száma *városon* – akár szórakoztató, akár tájékoztató jellegű írást – jelezheti a *nagyobb érdeklődést*, de ismét lehet a *hosszabb várakozási idő* jele is. A *betegtájékoztatót* olvasók nagy száma jelzi, mennyire fontosak, hasznosak lehetnek ezek a nyomtatványok. Nagyon szeretik a betegek a Magyar Nőorvos Társaság füzetecskéit a pubertáskor, a fogamzásgátlás, a nemi élet és a klimax kérdéseiről. Szintén sok fogyott a gyomor-bélrendszeri problémákkal, a prosztatata-megbetegedésekkel és az izületi problémákkal foglalkozó anyagokból. A betegek sokszor a

tájékoztatót elolvasva fedezték föl, hogy a természetes öregeedésnek tulajdonított problémájuk könnyen orvosolható, vagy az olvasottak alapján meglévő betegségükkel kapcsolatban tettek fel fontos kérdést.

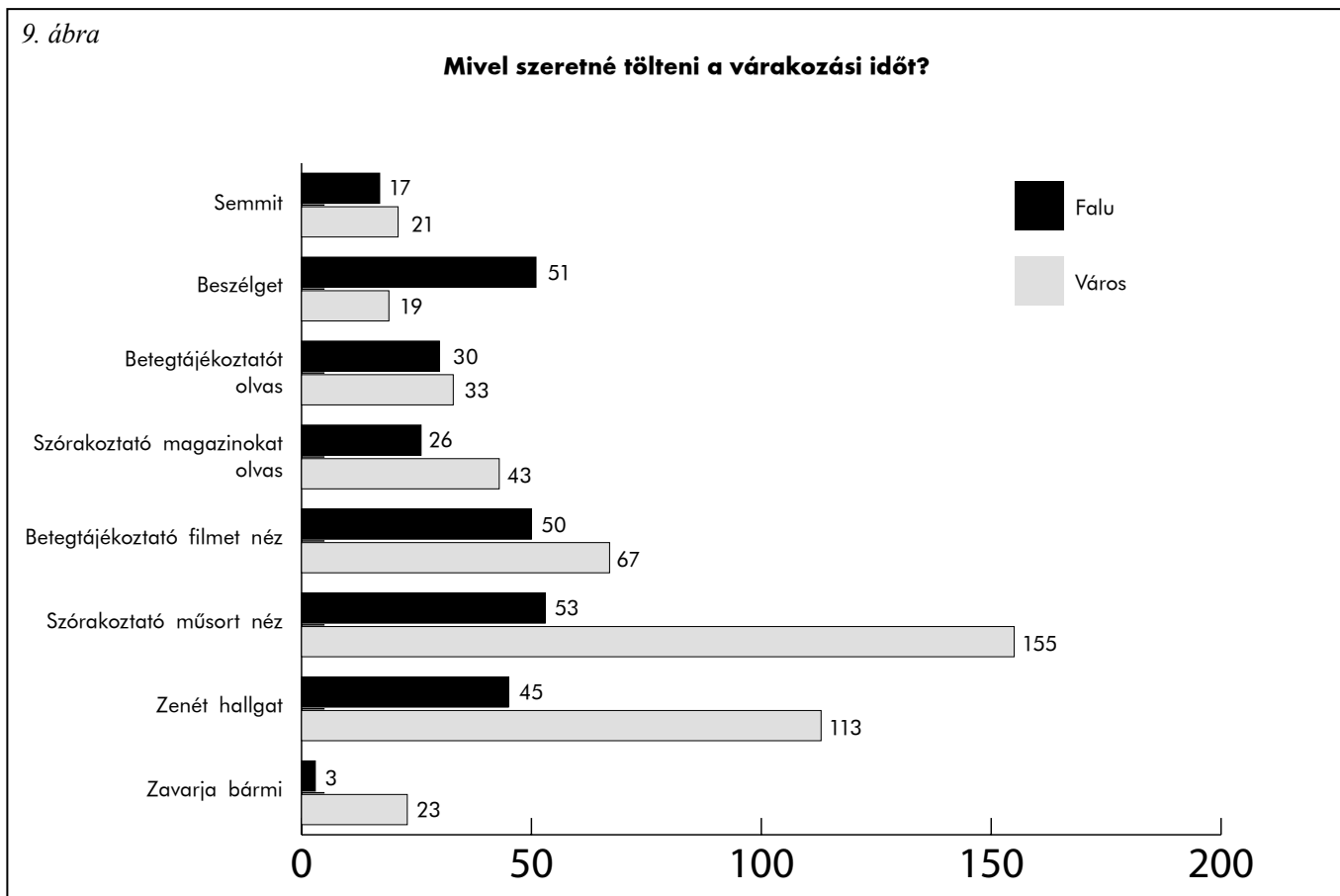
A sokféle időtöltési lehetőség egyben mutatja, hogy a *kollégák* sokat tesznek azért, hogy már a váróban *oldják a feszültséget*, és/vagy *szakmailag hasznos időtöltést* biztosítsanak.

## 9. Mivel szeretné tölteni a várakozási időt?

Következő kérdésünkkel a betegek elvárásait igyekeztünk megtudni, abban reménykedve, hogy esetleg új ötletet is kapunk, mivel tehetnénk kellemesebbé, hasznosabbá a várakozási időt. (9. ábra)

Meglepő a *válaszadók elenyésző aránya*, főként falun. Talán még nem érzékelik a betegek, hogy akár a rövid várakozási idő is jól hasznosítható saját egészségmegőrzésük szempontjából, vagy legalább kellemesen eltölthető. A beszélgetést ugyan nem tartják elfogadhatónak – noha sokan beszélgetnek –, más megoldást azonban nem tartanak szükségesnek.

A vélt vagy valós elvárásoknak megfelelő válaszok és a valóság *diszkrépanciáját* mutatja, hogy azoknak a kollégáknak a betegek adtak pozitív választ a betegtájékoztató filmek nézésére, ahol ez a lehetőség adott, és ahol a betegek töredéke veszi ezt igénybe.



A stresszoldásra legalkalmasabbnak tartott zenét is sokkal többen hallgatnának, mint ahányan valóban élnek is az adott lehetőséggel.

### 10. Ön szerint kinek a feladata az egészséges életmódra való nevelés?

A betegek legfontosabb, személyes elvárásait a következő kérdésre adott válaszokból tudhatjuk meg. (10. ábra)

Az eredmények teljesen azonosak falun és városon.

A családi és iskolai nevelést első helyen jelölték meg a betegek. Ez utóbbi a leendő szülők oktatásában is nagyon fontos.

Ennek jegyében jegyzi cikkét Dr. Gritz Arnoldné, aki a XVII. kerület Egészségügyi Szolgálat Egészségnevelése keretén belül szervezett HIV komplex megelőző előadás-sorozatot középiskolásoknak, (21) ahol az anatómiai ismeretek, a serdülőkori változások, a szexuális élet kérdései, a higiénia és a védekezés kerültek terítékre. Ez azonban csak a nagyvárosok profi egészségmegőrző szakembergárdájának működésével oldható meg. A kis falvak iskoláiba is eljuthatnak azonban a téma avatott szakértője, Forrai Judit egyetemi docens célzottan oktatásra kifejlesztett munkafüzetei, mivel már *kisgyermekkorban* javasolja a szexuális életre való folyamatos felkészítést, a betegségek elkerülésének oktatását. (22)

Dániában a drogfogyasztás és a promiszkuitás terjedése miatt egyre növekvő HIV-fertőzés veszélye miatt külön erre

a prevenció területre kiképzett egészségügyi és *szociális munkások* foglalkoznak iskoláskortól – iskolai tanórák keretében – rendszeresen a gyerekekkel.

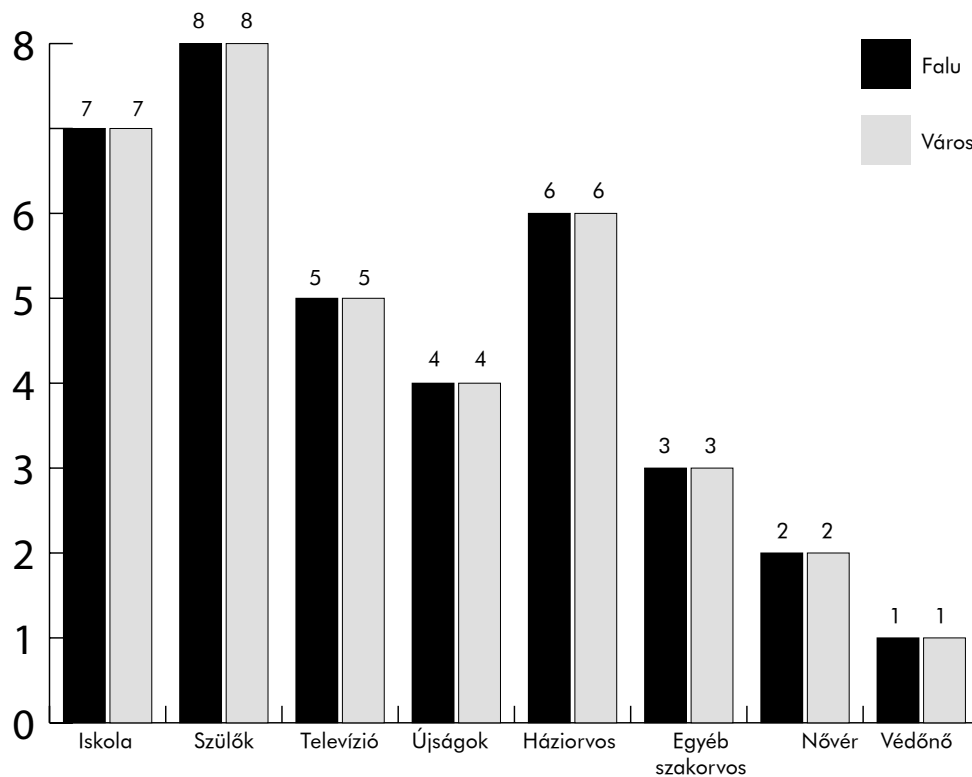
Arra, hogy milyen fontos a megelőzés terén a szülők feladata, Tremkó Mariann már 1996-ban megjelent cikkében rámutatott. (23) Az Újpesti Nevelési Tanácsadóban dolgozó addiktológiai szakpszichológus kifejti, hogy a másodlagos megelőzés során a társadalom minden szintű összefogása szükséges a veszélyeztetett gyerekek érdekében, beleértve a – kényszerűségből – önszerveződő, családtagokból alakult szervezeteket is. Az ilyen közösségek lehetőséget nyújtanak a fiatalokkal történő *speciális kommunikáció* elsajátítására, de a családtagoknál jelentkező pszichés problémák orvoslására is.

Sajnos ismét felmerül, hogy inkább az elvárásoknak, mint a valós helyzetnek megfelelő válaszokat kaptunk, hisz tapasztalataink szerint a gyerekeknél fennálló alapvető higiéniai ismeretek hiánya a családi egészségnevelés kérdéses voltát bizonyítja, annak ellenére, hogy Kontra László *A falu egészségvédelme* című könyvében már 1934-ben fölhívta a figyelmet a család kiemelkedő szerepére a higiénés nevelés, a megelőzés területén. (24)

Csak hogy ehhez a leendő családalapítók is megfelelő nevelésben-képzésben kell részesülniük. Az óvodában még kampányszerű fogmosás-kézmosás bemutatókkal, a dadák munkájával igyekeznek a higiéniai ismereteket bővíteni, az iskolában azonban erre sem idő, sem megfelelő alkalmazott sincsen.

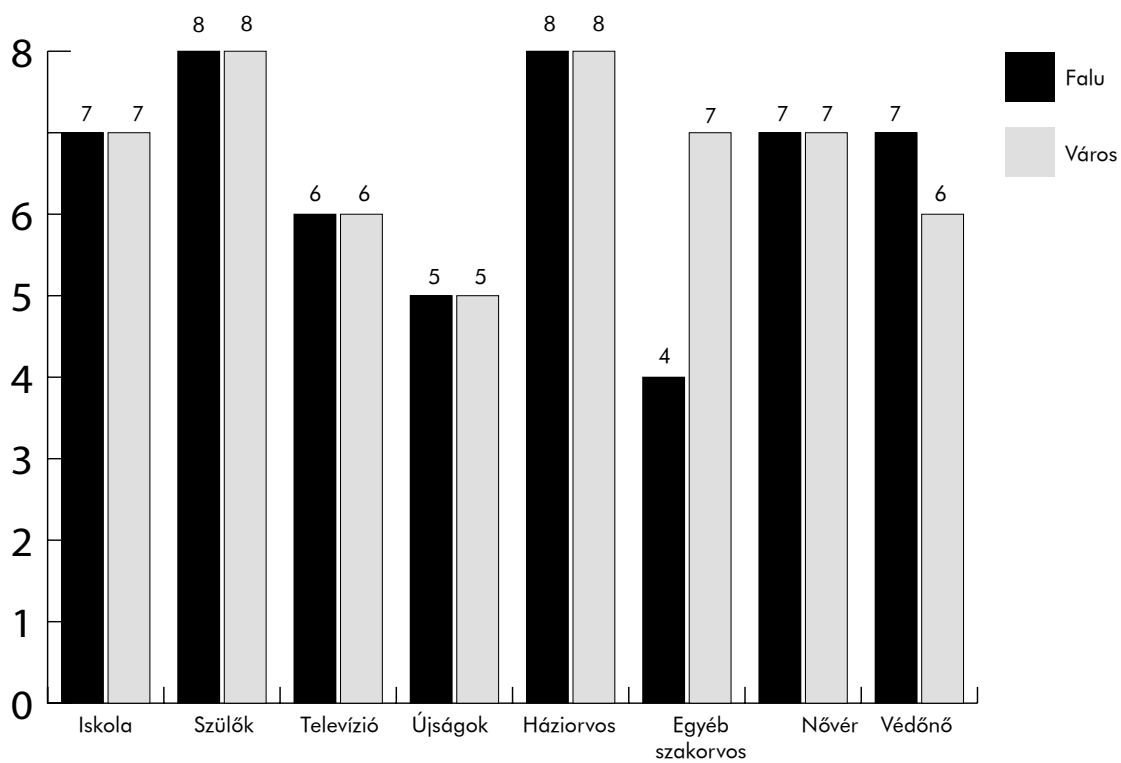
10. ábra

**Ön szerint kinek a feladata az egészséges életmódra való nevelés?**



11. ábra

**Az Ön környezetében ki végzi a beteg tájékoztató, felvilágosító feladatot?**



Sajnálatos – és megváltoztatásához még sok idő és energia szükséges –, hogy a *lakosság a háziiorvosi szolgálat elsődleges feladatának* még mindig a *betegellátást* tartja, szemben a népegészségügyi törekvésekkel, amelyek a háziiorvosi ellátás sarokkövének az egészségmegőrzést tekintik.

Az *írott és elektronikus sajtó* egyértelműen a személyes információátadás mögött szerepel, mint ahogy eddig minden egészségüggyel kapcsolatos kérdésben a *személyes kontaktust preferálták a betegek*.

Az *egészségügy egyéb szereplőinek* utolsó helye megerősíti azt a *tapasztalati tény*t, hogy a beteg az *egészségügytől elsősorban betegsége felismerését és gyógyítását*, nem pedig egészsége megőrzését várja.

## 11. Az Ön környezetében ki végzi a betegtájékoztató, felvilágosító feladatot?

Következő kérdéssorunkkal az *elmélet és a gyakorlat összefüggését* vizsgáltuk. (11. ábra)

Falun és városon egyaránt a *családtól, az iskolától* várják az *egészséges életmódra* való nevelést. A *házi orvos* rögtön *ezután* következik a sorban. Itt egyértelmű a házi orvos felé irányuló különleges elvárás.

Ennek szerepéről, fontosságáról ír *Morava professzor munkacsoportja* egy szellemes felmérésük alapján. (25) A házi orvos felvilágosító tevékenységét vizsgálva megállapították, hogy a házi orvoshoz való fordulás gyakoriságával jelentősen csökkent az alkoholfogyasztás, nem változott viszont a zöldség- és gyümölcsfogyasztás – vélhetőleg pénzügyi okok miatt. Érdekes tényként említik, hogy a dohányzók sokkal ritkábban fordulnak orvoshoz, mint a nemdohányzók. Ami biztos: a házi orvossal való kapcsolattartás jelentősen növeli az egészségtudatos magatartás kialakítását. Az „*orvos mint gyógyszer*” fogalom most már tényekkel alátámasztva hangsúlyozza felelősségünket, a szakmai ellátáson túl is.

Ennek az oktatói, népnevelői feladatnak csak *szakszerű medikusképzés* után és *folyamatos posztgraduális képzés* mellett lehet csak megfelelni. A minta a *dán modell* lehetne, ahol az *egészségtan* aktuális anyagát megfelelő *szakorvos* adja elő az általános és középiskolákban – természetesen megfelelő díjazásért – *szakszerűen, szabatosan, érthetően, gyakorlati szempontokból* – egészségmegőrzés, házi betegellátás, az orvoshoz való fordulás abszolút és relatív indoka, a szűrés-megelőzés lehetőségei – kiindulva.

Az elmúlt évek új eleme a *társadalmi szervezetek bevonása* az egészségügyi felvilágosításba, a szűrésekre való orientációba. Erről ír *Seres Edit*, a Kútvölgyi klinikai tömb diplomás ápolója. (26) Ahogy írja, a *csonttritkulásból adódó időskori balesetek, patológiás törések megelőzésében, szűrésében* nagyon fontos szerepe van a környezetnek: a betegkluboknak, időskluboknak és egyéb civil szervezeteknek, amelyek információt nyújtanak és jelentős motivációt biztosíthatnak.

A puding próbája az evés, a szűrő-megelőző tevékenység *alapmértéke*, hogy *mennyire tartják be a betegek* a javaslatokat. Ahogy *Gavin Turell* írja a *Carla Patterson* nevével fémjelzett ausztrál kutatócsoport tagjaként, a szűrő-megelő-

ző tevékenység, az egészségtudatos magatartás kialakítása kevés, ha a szociális-gazdasági körülmények nem teszik lehetővé a helyes elvek betartását. (27)

A fentiek alapján ismét eljutunk a *közösségi orvoslás* fontosságához, amelyben az egészségügyi ellátók és a helyi önkormányzat, az oktatási rendszer, a munkáltatók összefogva igyekeznek a beteget – mint komplex személyiséget tekintve – teljeskörűen ellátni, és ezzel a legjobban megközelíteni a tökéletes fizikai, szellemi és szociális jólétet.

Ez a folyamat könnyebben megvalósítható falun, mivel a *faluegészségügyi ellátás* sokban támaszkodik a foglalkozás-egészségügyi, a népegészségügyi szolgálatra, a helyi önkormányzatokra és a szociális ellátásra. Munkánkat tovább könnyíti és integrálja a kistérségi társulások kialakítása.

## Összefoglalás

A *FAKOOSZ* által falusi és városi lakosság körében végzett felmérés alapján lehetőségünk volt vizsgálni a szűrés-megelőzés és a betegtájékoztató helyzetét, a betegek elvárásait és az innováció lehetőségeit.

A *szűrés-megelőzés lehetőségei és kihasználtsága* *mesze elmaradnak* egymástól, pedig az *első-, másod- és harmadlagos szűrés* fontos biztosítéka a kevesebb szakellátást, kisebb anyagi ráfordítást igénylő *háziiorvosi definitív szakellátásnak*.

A *betegtájékoztató elégtelensége* még annak a lehetőségtől is megfosztja a beteget, hogy egészségmegőrzésével törődjön. Pedig a szűrés-megelőzés területén a befektetett *munka és az anyagi ráfordítás* sokszorosan *megettérülne* a sürgősségi ellátás és a rehabilitáció területén.

A betegek elvárásai sem korrelálnak saját részvételükkel a szűrővizsgálatokon. *Az elvárások már kezdenek beépülni* a betegek értékrendjébe az egészségmegőrzés terén, de a gyakorlatba még át kell ültetni az elméleti tudást.

A szűrés-megelőzés terén lehet a leginkább hasznosítani a *közösségi orvoslás* és a *faluegészségügyi ellátás* adta integráció és kooperáció előnyeit.

## Summary

We have had the opportunity – based on the survey made by FAKOOSZ among village and urban population – to examine the status of *screening – prevention – patient information*, the patients' expectations and the opportunities of the innovation in family medicine.

There is a wide *gap between the opportunities and the utilisation* of the screening-prevention processes, though the primer, seconded and terciar prevention is the base of the *definitive care* for the family physician, and which *substitutes* a big part of the more expensive *out-patient care*.

The insufficient information deprives the patients from the possibility of dealing with their health promotion, although the invested work and the material expenditure in screening and prevention would be repaid on the area of the *emergency care and the rehabilitation*.

The patients' expectations don't correlate with their own

participation on the screenings. The expectations start to penetrate into the real values on the field of health promotion, but the *theoretical knowledge yet must be implanted*

*into the everyday practice. Community medicine would be utilized especially in screening and prevention such as the advantages of integration and cooperation in rural health.*

## Irodalom

- Johan Béla: *A racionális egészségpolitika elvei*. Az Országos Nemzeti Klub kiadványai, 27. füzet, 1939., 1–12. o., 5. o.
- Birtalan Gy. „Adatok a két világháború között Magyarországon végzett szervezett egészségvédelmi munkáról, különös tekintettel az oki tevékenységre.” *Comm. De Hist. Art. Med.*, 1979., 87–88., 181–218. o.
- Boncz I.–Budai A.–Cornides Á.–Döbrössy L.–Kovács A.: „A népegészségügyi lakosságszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban.” *Orvosi Hetilap*, 2007., 148. évf., 10. sz., 435–440. o.
- Arnold C.–Egyed K.–Háziorvosi Szakmai Kollégium–Oláh I.: „Megelőzés és a megelőzést szolgáló szűrések a családorvosi gyakorlatban: háziorvosi szakmai kollégium ajánlása.” *Háziorvosi Szemle*, 1997. szeptember, 8. o.
- Simon T.: „Egységérték-tudat és egészségérték-gazdálkodás.” *Orvostovábbképző Szemle*, XIV. 9., 2007. szeptember, 13–16. o.
- A National High Blood Pressure Education Program klinikai és népegészségügyi útmutatója* (Primary Prevention of Hypertension. Clinical and Public Health Advisory From the National High Blood Pressure Education Program) Fordította dr. Csernus B. *JAMA*, 2002;288: 1882–1888., *JAMA–HU*, 2003. február, 5. évf., 2. sz.
- Kovács M.: „Kardiovaszkuláris szűrés, kardiológiai gondozás a háziorvosi praxisban.” *Háziorvosi Szemle*, 1995., 2. évf., 4. sz., 23–25. o.
- Szántó F.–Hörömpöli Cs.: „A klimax ambulancia helye és szerepe a hipertónia és rizikófaktorainak szűrésében.” *Orvosi Hetilap*, 1995., 136. évf., 42. sz., 2283–2286. o.
- Morvai V.: „Az alkohol okozta szív- és keringési rendszeri megbetegedések és a megelőzés lehetőségei.” *Foglalkozás-Egészségügy*, 2003., 7. évf., 1. sz., 3–10. o.
- Kereszty É.: „Amit a szűrésekről tudni kell: létérdek a részvétel.” *Családorvosi Fórum*, 2000. szeptember, 35–38.
- Kovács A.–Döbrössy L.–Budai A.–Boncz I.–Cornides Á.: „A népegészségügyi méhnyakszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban.” *Orvosi Hetilap*, 2007., 148. évf., 12. sz., 535–540. o.
- Simek Á.: „Nőgyógyászati rákszűrés falusi körzetben.” *Medicus Universalis*, XXX./3: 167–169. (1997)
- Jancsó Z.–Márton H.–Simay A.–Újhelyi I.–Ilyés I.: „Cardiovascularis kockázat háziorvosi praxisok gondozásában nem álló páciensei körében.” *Orvosi Hetilap*, 144. évf., 29. sz., 1433–1439. o.
- Döbrössy B.–Kovács A.–Budai A.–Cornides Á.: „A szűrés nemkívánatos lélektani mellékhatásai.” *Orvosi Hetilap*, 2007., 148. évf., 36. sz., 1707–1711. o.
- Kemény Cs.: „A debreceni vérkoleszterin-szűrés hatékonyságának és a lakosság prevenciók aktivitásának szociológiai értékelése.” *Egészségnevelés*, 1994., 35. évf., 1. sz., 11–18. o.
- Tariska P.–Paksy A.: „Mini-Cog: a mentális hanyatlás »ultrarövid« és egyszerű szűrésének lehetősége.” *Orvosi Hetilap*, 2003., 144. évf., 17. sz., 803–809. o.
- Fejéregyházi I.–Kopp M.–Szedmák S.: „Szorongó betegek kezelése és szűrése az alapellátásban.” *Végeken*, 1992., 3. évf., 1. sz., 39–45.
- Kálmánchey A.: „Az öngyilkosság-megelőzés terén végzett munka Debrecenben az elmúlt 30 évben.” *Mentálhigiéné és pszichoszomatika*, 2003/4., 13. évf., 2. sz., 16–18. o.
- Hancock L.–Sanson-Fisher R.–Perkins J.–Corkrey R.–Burton R.–Reid S.: „Effect of a community action intervention on cervical cancer screening rates in rural Australian towns: the CART project.” *Prev Med.*, 2001 Feb;32(2):109–17.
- Ajkay Z.: „A másodlagos megelőzés és a szűrővizsgálatok kérdése.” *LAM*, 1992., 2. évf., 4. sz., 366–369. o.
- Gritz A.-né dr.: „Egészségmegőrzés és AIDS megelőzés serdülőkorú fiatalok körében.” *Egészségnevelés*, 1996., 37. évf., 3. sz., 129–133. o.
- Forrai J.: *Adolescent sexuality in Hungary today. Choices, sexual health and family planning in Europe formerly. Planned Parenthood in Europe*. 1996., Vol. 25., No. 3., pp. 32–37.
- Tremkó M.: „Drogbetegek szülőcsoportjának szerepe a megelőzésben.” *Végeken*, 1995., 6. évf., 4. sz., 24–26. o.
- Kontra L.: *A falu egészségvédelme*. Donáth Pécsi Egyetemi Könyvkiadó és Nyomda RT, Pécssett, 1934., 48. o.
- Csikós A.–Antmann K.–Morava E.: „A háziorvosi ellátás igénybevétele és egyes egészség-magatartási tényezők közötti kapcsolat vizsgálata Pécssett.” *Egészségtudomány*, 2002., 46. 32–43. o.
- Seres E.: „A beteg felvilágosítás fontossága a csontritkulásban szenvedő betegnél.” *IME*. 2006., 5. évf., 5. sz., 38–41. o.
- Turrell G.–Hewitt B.–Patterson C.–Oldenburg B.: „Measuring socio-economic position in dietary research: is choice of socio-economic indicator important?” *Public health nutrition*, 2003;6(2):191–200.

# Egészségfejlesztés – egészségterv Budapest X. és XVII. kerületében\*

Dr. Haintz Andrea<sup>1</sup>, Dr. Gritz Arnoldné<sup>2</sup>, Juhász Attila<sup>3</sup>,  
Nagy Csilla<sup>3</sup>, Dr. Szűcs Erzsébet<sup>3</sup>

1 ÁNTSZ Budapest X.–XVII. Kerületi Intézete

2 Budapest Főváros XVII. Kerületi Önkormányzat Egészségügyi Szolgálat Egészségnevelése

3 ÁNTSZ Közép-magyarországi Regionális Intézete

## Előzmények

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatnál bekövetkezett strukturális változások miatt az ÁNTSZ Budapest Fővárosi X. és XVII. kerületi intézeteit összevonták és 2007. január 1-jétől Budapest X.–XVII. Kerületi Intézetként működnek. A szervezeti átalakítással Budapest legnagyobb illetékességi területű kerületi intézete jött létre.

A két kerület földrajzi és gazdasági-szociális adottságai-  
ban is jelentősen különbözik egymástól.

*Rákosmente* (XVII. kerület) Budapest legnagyobb kiterjedésű kerülete (54,83 km<sup>2</sup>), amelynek 80%-a lakóterület, 20%-a külterület. Hatalmas, gondozott parkfelülettel rendelkezik, s ha egyéb zöldterületeit, szántóit, rétjeit is hozzávésszük, akkor Pest tüdejének is nevezhetjük.

Rákosmente, mint önálló közigazgatási egység, 1950 óta létezik. Ekkor egyesült a korábbi öt aprótelepülés: *Rákoscsaba*, *Rákoskeresztúr*, *Rákosliget*, *Rákoshegy*, *Rákoskert*, amelyek a mai napig megőrizték nevüket és sajátos arculatukat. Eredetileg kertés, családi házas övezetek voltak, és ma is kertvárosi jellegűek, jelentős zöldterületekkel. Később, az iparosodás beindulásával, kisebb-nagyobb lakótelepek is épültek a kerületben.

Napjainkra a Ferihegyi út és a Pesti út kereszteződésénél nagyvárosi léptékű kerület-központ alakult ki, amelynek infrastrukturális és a városképet illető megújulása és fejlesztése a közeljövőben várható. A kerületben egyre kisebb a csatornázatlan területek aránya. Az önkormányzat uniós pályázati támogatások bevonásával az úthálózatot is fejleszteni kívánja.

A lakosság száma folyamatosan nő, 2007-ben 82112 fő volt. A kerület újonnan épített lakóparkokkal vonzza az ideköltözőket, főleg kisgyermekes családokat. Valószínűleg ebből adódik az emelkedő születésszám is, amely a Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint az előző évihez képest 5%-kal nőtt.

A rendszerváltás után több nagyobb ipari létesítmény megszűnt vagy átalakult (például a Rákosmezeje Mgtsz is széttagolódott), így a kerületben sok a munkanélküli és a haj-

léktalan. Sokan ingáznak Budapest belső kerületeibe, vagy a környező falvakba, városokba. Sorsukat nehezíti a kerület rossz belső és külső közlekedése, ami miatt a kerületet elérni vagy a kerületből ingázni nehéz és időigényes.

*Kőbánya* (X. kerület) régen nagy ipari központ volt, óriási ipari létesítményekkel, gyártelepekkel, üzemekkel, hatalmas lakótelepekkel. A gépgyártás, az élelmiszeripar, a textilipar, a gyógyszergyártás fontos szerepet játszott nemcsak Kőbánya, hanem a főváros fejlődése szempontjából is. A munkáskerületben a rendszerváltás után, a gyárak bezárásával emelkedett a munkanélküliség és megnőtt a létminimumon és rendszeres szociális segítyen élők aránya.

Kőbánya lakossága az elmúlt másfél évtizedben 100.000-ről 77.000-re csökkent.

Tizenöt év alatt közel 20%-os csökkenés volt tapasztalható, amely az utóbbi két évben mérséklődött, majd megállt. Elsősorban a jól kereső, magasan képzett emberek költöztek el. Az értelmiségi réteg elvándorlásának megállítása nagyon fontos cél, amelynek érdekében az önkormányzat a fővárosi városrehabilitáció keretein belül, tökeerős magánbefektetők közreműködésével minél több lakást épít, illetve felújítja a régiókat. Ezzel próbálnak több fiatalt is a kerületbe csábítani, olyan feltételeket kínálva számukra, hogy szívesen szerezzék meg első önálló lakásukat e városrészben. Az építkezések fellendülésének hatására várható a kerületen belüli és a kerületen kívüli, Kőbányára áramló mobilitás.

Kőbánya a köztudatban még mindig munkáskerületként él, annak ellenére, hogy az egykori üzemek többsége már megszűnt. A lakások számának növekedésével egyre több ipari terület válik parkos, fás zöldövezetté.

A munkahelyek száma nőtt, de az előző évihez képest a létminimumon és rendszeres segítyből élők aránya nem változott. A kerület lakosságának mintegy 10%-a roma származású. Az apró, komfort nélküli lakásokban többgenerációs, nagy létszámú roma lakosság él együtt. Alacsony képzettségi szintjük miatt munkaerőpiaci esélyeik csekélyek. A tartós munkanélküliek pénzügyi támogatása mellett az önkormányzat közhasznú munka szervezésével segít az állástalanok foglalkoztatásában.

\*A NETT XVI. Nagygyűlésén (Pécs, 2008. április 17–19.) elhangzott előadás szerkesztett változata.

## Az egészség fogalma

A WHO megfogalmazása szerint „Az egészség a teljes testi, szellemi és szociális jóllét állapota, nem pusztán a betegség vagy fogyatékosság hiánya”. Más megfogalmazásban az egészség nem statikus állapot, hanem állandóan mozgásban lévő, kiegyenlítődesre törekvő folyamat, amely az egyén és természeti, társadalmi környezete közötti dinamikus egyensúlyban nyilvánul meg. E folyamat az egyén aktív, cselekvő tevékenységének eredménye.

Az egészségre számos tényező hat. Ezek közül az öröklés hozzávetőlegesen 20%-ban, az életmód 35%-ban, a természeti és társadalmi környezet 30%-ban, az egészségügyi ellátás 15%-ban játszik szerepet.

Tehát a népesség életminőségét és egészségi állapotát elsősorban az életmód, a társadalmi, gazdasági jellegzetességek és a környezeti feltételek határozzák meg, ezért azt nemcsak az egészségügy, hanem minden ágazat egyaránt köteles javítani. Az életminőséget kedvezőtlenül befolyásoló tényezők pedig egyaránt sújtják az egyént és a közösséget. Magyarországon a születéskor várható élettartam messze elmarad az uniós átlagtól (férfiaknál kb. 8 évvel, nőknél kb. 5,6 évvel). A okok hátterében éppúgy meghatározóan jelen van az egészségtelen életmód, a hiányos egészségkultúra, a tudatlanság és a környezetszennyezés, mint az ország gazdasági fejlettségének hiányosságai, a társadalmon belül tapasztalható egyenlőtlenségek, valamint az egészségügyi ellátás kifogásolható színvonala.

A társadalmi, gazdasági lehetőségek fejlesztése során el kell érni, hogy minél több ember érezze azt, hogy az egészség valóban választható érték és más javak elérhetőségének feltétele. Ennek megvalósításához a korszerű információátadás direkt és indirekt eszközeit egyaránt felhasználó, megfelelő oktatás, képzés, felvilágosítás szükséges.

## Az egészségfejlesztés törvényi háttere

### Az Alkotmány

Az 1949. évi XX. törvény, a Magyar Köztársaság Alkotmánya az egészséghez való jogot az alábbiak szerint rögzíti:

„70/D §. (1) A Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez.

(2) Ezt a jogot a Magyar Köztársaság a munkavédelem, az egészségügyi és orvosi ellátás megszervezésével, a rendszeres testedzés biztosításával, valamint az épített és természetes környezet védelmével valósítja meg.”

### Az Egészségügyi törvény

Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről III. fejezete 1-es cím 37. § (1) szerint „Az egészségfejlesztés célja az egészségi állapot és az életminőség javítása, valamint az egészség védelme.

(2) Az egészség védelmének elsődleges eszközei a betegségek és sérülések megelőzése, valamint az egészségnevelés.”

A VII. fejezet 1. cím szerint „Az állam az e törvényben meghatározott keretek között felelős a lakosság egészségi állapotáért, különösen azért, hogy az ehhez szükséges feltételrendszer kialakításával lehetővé váljon a közösségek és az egyének számára egészségi állapotuk megőrzése, védelme és fejlesztése, valamint szükség esetén lehetséges mértékű helyreállítása.

(3) az állam felelőssége körében az állam kötelezettségét képezi különösen az egészségmegőrzés és egészségfejlesztés alapvető feltételeinek biztosítása.”

## Az önkormányzati törvény

Az 1990. évi LXV. törvény a helyi önkormányzatokról II. fejezete 8. § (1) szerint „A települési önkormányzat feladata a helyi közszolgáltatások körében különösen ..... az egészséges életmód közösségi feltételeinek elősegítése.”

## Az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló törvény

Az 1991. évi XI. törvény az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről és a 362/2006. (XII.28.) kormányrendelet az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról és a gyógyszerészeti államigazgatási szerv kijelöléséről kimondja, hogy:

„Az egészségügyi államigazgatási szerv (ÁNTSZ) népegészségügyi tevékenysége keretében vizsgálja, vizsgálattja, ellenőrzi, elemzi, és nyilvánosságra hozza a lakosság egészségi állapotának alakulását, és az azt veszélyeztető, befolyásoló települési, lakó-munkahelyi és társadalmi környezet fizikai, kémiai, biológiai, és pszichoszociális tényezőinek állapotát.”

## A Nemzeti Népegészségügyi Program

A 46/2003.(IV.16.) OGY-határozat alappillére a közösségek felelőssége és az egészség fejlesztésében való részvétele. Hangsúlyozza a színtérprogramok kiemelkedő fontosságát is.

„Megkérdőjelezhetetlen az állami intézmények felelőssége ezekben a situációkban, de a főszereplő az egyes ember körül gazdag, befolyásoló, meghatározó csoportok köre. Meghatározó feladata van itt a települési önkormányzatoknak, a szakmai és civil szervezeteknek, az oktatásügy és egészségügy sokszínű világának, az egyházaknak, a médiának és az üzleti életnek is.”

## Az egészségterv fogalma (a települési egészségfejlesztési terv)

Az egészségterv készítésének ötlete az ENSZ Egészségügyi Világszervezetétől származik.

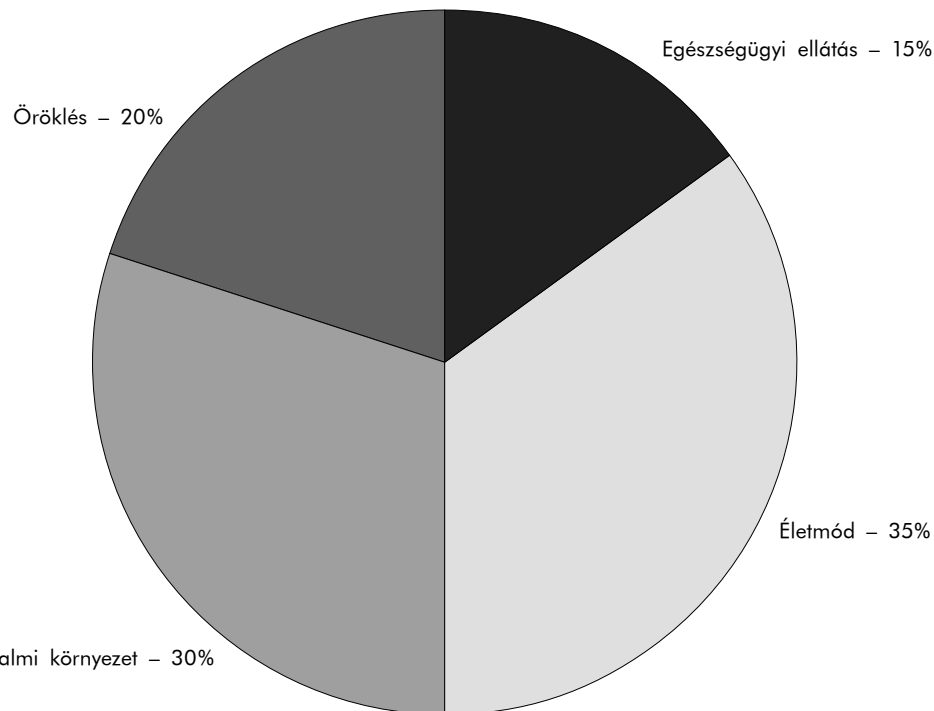
A magyar városok közül elsőként 1995-ben Pécsen, a FACT Alapítvány által kidolgozott módszerre támaszkodva kezdődött meg az első egészségterv készítése.

Az egészségterv összetett, a település lakossága életminőségének, életfeltételeinek javítását szolgáló terv. Elkészítésé-



### Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők

Forrás: Prof. Dr. Simon Tamás



ben, illetve megvalósításában minden érintett (a lakosság, a nem állami és civil szervezetek, a helyi önkormányzat, illetve más hatóságok, az egészségügy, az oktatási intézmények, stb.) egyenrangú félként vesz részt. Az egészségterv tehát nem a hatóság vagy néhány ember elképzelését tükröző feladatterv, hanem a településen élők közös akaratát összegző cselekvési program, amelynek közvetlen és közvetett célja a lakosság életminőségének, ezen keresztül egészségi állapotának javítása.

A tevékenység tartalmát a cselekvők határozzák meg, a közösségi támogatottság, a szakmai kompetencia, az anyagi és emberi erőforrások figyelembevételével.

Nyeresége az ismeret, a tudás, az önbecsülés, a helyi demokrácia működtetésének ismerete, így az alkotmányos jogok megvalósulását szolgálja.

Az egészségterv technikai értelemben nem statikus programtervezet. Az egészségterv folyamat.

### Az egészségterv alapjai az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatnál

Az ÁNTSZ kerületi és kistérségi intézeteinek 2007-ben és 2008-ban is kiemelt munkatervi feladata volt a kistérségi prioritások meghatározása, az intervenciók programok elkészítése, a beavatkozás megtervezése, a partneri együttműködés kialakítása.

A fenti munkatervi feladat jó alapot szolgáltatott Intézetünknek ahhoz, hogy az önkormányzatoknál az egészség-

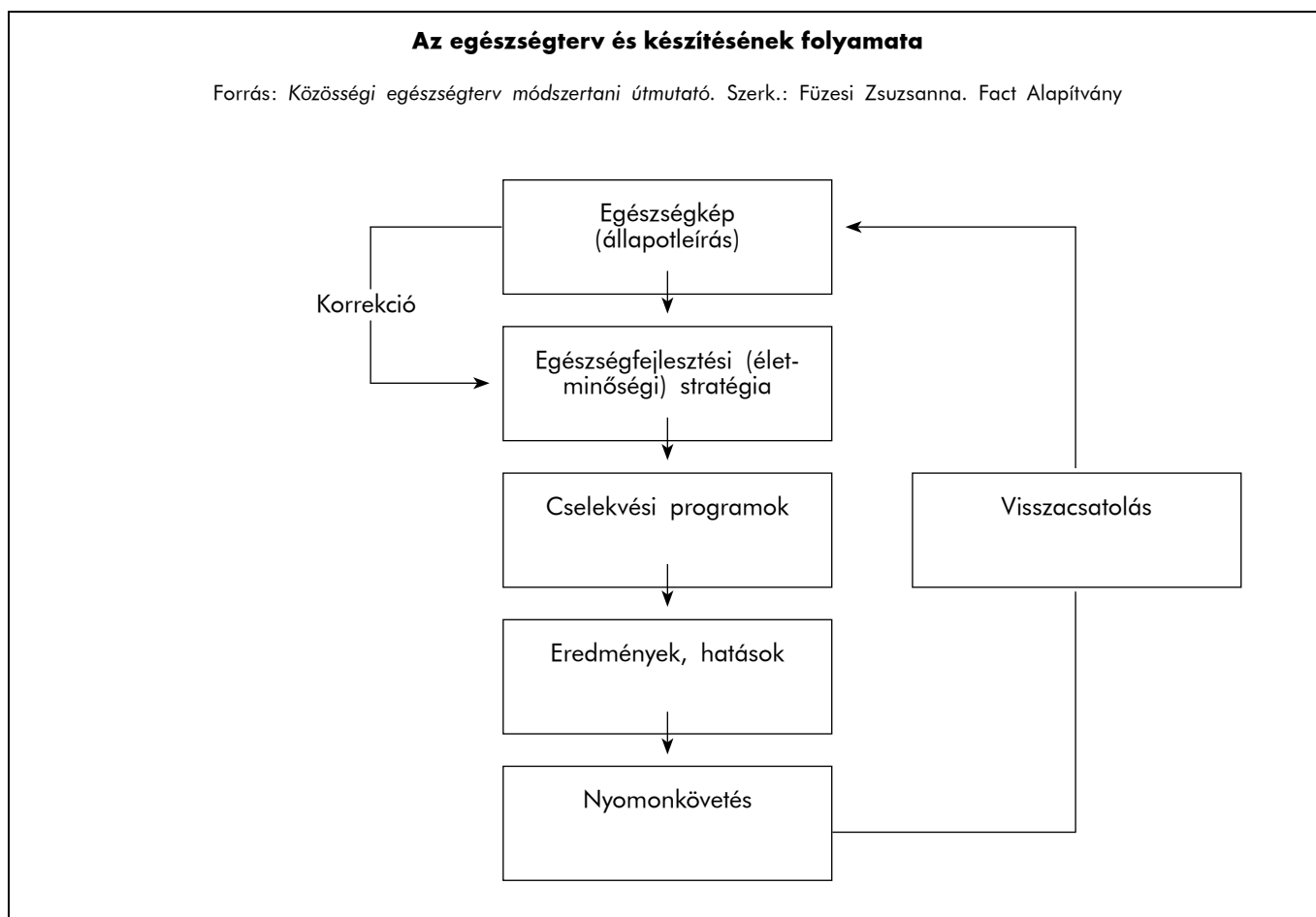
tervek elkészítését kezdeményezzük. Segítette az indulást a személyi feltételekben bekövetkezett pozitív változás is. A helyettes tisztifőorvos személyében 2007. június 1-jétől egészségfejlesztési szakember került az intézethez, aki 2008. május 1-jétől elnyerte a tisztifőorvosi kinevezést.

Az egészségkép elkészítésének első lépéseként felkértük az ÁNTSZ Közép-magyarországi Regionális Intézetének Nemfertőző Epidemiológiai Csoportját a „*Deskriptív Epidemiológiai helyzetelemzés a X. és XVII. kerületi lakosság egészségi állapotáról 2000–2005.*” című tanulmány elkészítésére. [8] 2007 a helyi közreműködők feltérképezésével és a velük való kapcsolatok szorosabbá tételével, a feladatra való felkérésükkel telt. Kiváló kapcsolatot alakítottunk ki Budapest Főváros XVII. kerületi Önkormányzat Egészségügyi Szolgálatának Egészségnevelésével.

### Az egészségterv alapjai Budapest XVII. és X. kerületében

Budapest Főváros XVII. kerület Rákosmente Önkormányzata – Budapesten egyedülálló módon – 2000-től főállású egészségnevelőt alkalmaz. A nagy tudású szakember ezt megelőzően 30 éven keresztül is folyamatos egészségnevelési tevékenységet folytatott a kerületben, a szerkezeti átalakulásoknak megfelelően más és más intézményi keretek között.

Az Egészségügyi Szolgálaton belül működő Egészségnevelés még 2000-ben kidolgozta „*A Főváros XVII. kerü-*



letének *prevenációs modellje*” című tervezetet, amelyet az önkormányzat „*Koncepció a XVII. kerületi prevenációs tevékenység kiterjesztése, szervezettebbé és rendszeresebbé tételére érdekében*” címmel prevenációs stratégiaként elfogadott. Ugyanebben az évben készült el a „*Budapest XVII. kerületi Önkormányzatának egészségügyi koncepciója*” című tanulmány – amelyet az önkormányzat képviselőtestületi ülése szintén megszavazott – valamint 2008-ban a „*Szociális szolgáltatástervezési koncepció*” című tanulmány.

Fentiek jó alapot szolgáltatnak az egészségterv eredményes megvalósításához. Az egészségterv alapjai a kőbányai önkormányzatnál is megvannak. 2005-ben indult a Bihari utcai városrehabilitációs modellkísérlet a Családsegítő Szolgálat irányításával a hátrányos helyzetű lakosság megsegítésére. A program azóta is sikeres.

2007-ben a X. kerületi Kábítószerügyi Egyeztető Fórum elkészítette „*A szerhasználattal összefüggő rizikótények állapotfelmérése kőbányai iskolások körében*” című kutatást. Szintén ebben az évben rendelte meg az önkormányzat a „*Társadalmi-demográfiai elemzés és előrebecslés – Kőbánya lakónépességének egyeztetett előreszámítása*” című tanulmányt.

2008-ban elfogadták Budapest Főváros X. kerület Kőbányai Önkormányzat Esélyegyenlőségi Programját.

Az önkormányzat ebben a kerületben is nyitott, és hajlandóságot mutat az egészségterv kidolgozására és megvalósí-

tására. Az egészségterv kezdő lépése tehát az egészségkép elkészítése, amelynek alább felsorolt elemeiből csak néhány fontosabbat emelünk ki.

### Demográfiai adatok

A különbségek a demográfiai viszonyokban és a lakosság egészségi állapotában is jelentősek. Míg a X. kerületben az elmúlt évtizedekben a lakosság szám csökkenő tendenciát mutatott, majd 2 éve stagnál és az előregedés jellemző, a XVII. kerületben a népességszám emelkedik, és növekszik a fiatalok aránya. A születésszám nagyjából azonos a két kerületben, a csecsemőhalálozás azonban a X. kerületben közel kétszerese a XVII. kerületinek (7‰, illetve 3,6‰).

### Egészségi állapot (mortalitási és morbiditási adatok)

A halandóság területi egyenlőtlenségeit tekintve megállapíthatjuk, hogy a X. kerület férfi és női lakossága esetében három vezető halál oka fősoport (a keringési rendszer betegségei, a rosszindulatú daganatos megbetegedések, az emésztőrendszer betegségei) miatt a halandóság az országos átlaghoz viszonyítva szignifikánsan magasabb. Elkésztítő tény az is, hogy a XVII. kerületi nők esetében az előbb említett fősoportok miatt szintén halálozási többletet találunk.

### Az egészségkép részei

- Demográfiai adatok
- Gazdasági környezet
- Természetes és épített környezet
- Szociális helyzet
- Biztonság, közbiztonság
- A lakosság életmódja
- Mentálhigiénés helyzet
- Egészségi állapot (mortalitás, morbiditás)
- Egészségügyi ellátó rendszer
- Helyi szereplők

A keringési rendszer betegségei miatt bekövetkezett halálozás elemzésekor megállapíthatjuk, hogy a X. kerületi férfilakosság körében – az országos szinthez képest – mintegy 7%-os, a nők körében mintegy 9%-os szignifikáns halálozási többletet találunk. A XVII. kerületben a nők esetében hasonló a helyzet. (6. ábra)

A daganatos halálozás tekintetében sajnálatosan a X. kerületi férfiak és nők halálozása magasabb, mind a budapesti, mind a magyar, mind a XVII. kerületi halálozási adatoknál. Férfiak esetében a halálozás az országos szintnél 12%-kal, nők esetében pedig közel 30%-kal magasabb. A nőknél a tüdőrák, az emlőrák és a méhnyakrák miatt elhunytak aránya 50%-kal magasabb az országos átlagnál. A férfiaknál a prosztaták miatti elhalálozások száma másfélszerese az országos szintnek. A XVII. kerületben a daganatos halálozás férfiak esetében az országos szintnél alacsonyabb volt, nők esetében pedig 6%-os halálozási többletet találtunk.

Az emésztőszervi betegségek miatti halálozás alakulását tekintve a X. kerületi férfiak és a XVII. kerületi nők körében az országos átlagtól mintegy 20%-os halálozási többletet figyelhetünk meg. (8. ábra)

### Szociális helyzet

A fizikai munkát végzők aránya mindkét kerületben magasabb, mint a szellemieké.

A X. kerületben kevés a munkalehetőség, sok a munkanélküli. Az idősödő munkavállalók kevésbé kapnak munkát. Ezzel magyarázható az is, hogy a X. kerületben alacsonyabban a nyugdíjak mint a fővárosi átlag.

A XVII. kerületben – a peremkerületi jellegből adódóan – sok az ingázó. A munkanélküliség kevésbé érinti a lakosságot, a 100 háztartásra jutó foglalkoztatottak száma jelentősen meghaladja a fővárosi átlagot.

A munkanélküliek jövedelempótló támogatása címén kifizetett összeg szintén alacsonyabb a fővárosi átlagnál. Mindkét önkormányzat közhasznú vagy közcélú munka szervezésével próbál segíteni a helyzeten.

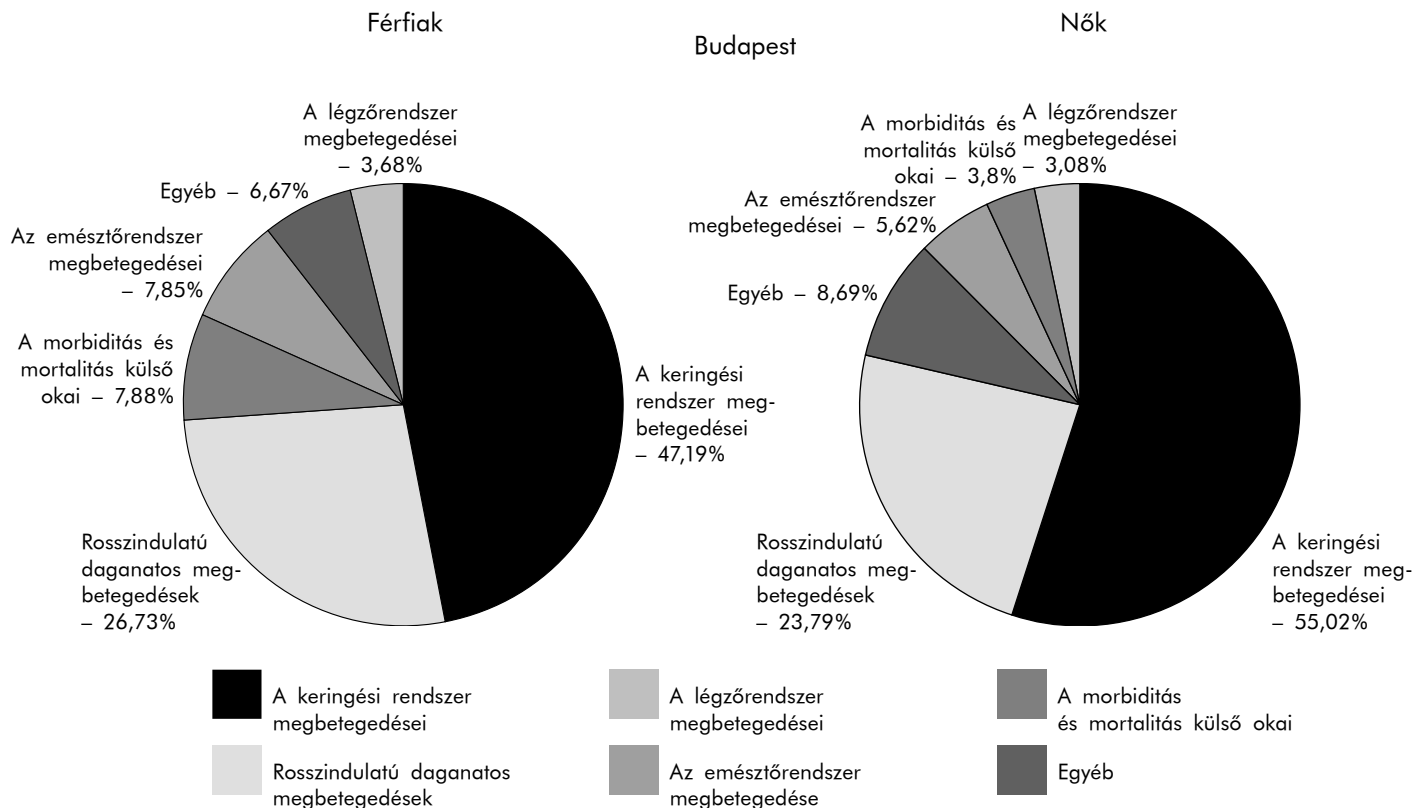
### Társadalmi egyenlőtlenségek

Kőbányán a lakosság mintegy 10%-a roma származású. A kicsi, komfort nélküli lakásokban többgenerációs, nagy létszámú roma lakosság él együtt. A családok közül sokan díjhátrálékkal rendelkeznek. A roma lakosságnak képzettségi szintje miatt munkaerő piaci esélyei alacsonyak, közülük többen a Kőbányai Szociális Foglalkoztató alkalmazásában állnak. Pozitívum, hogy javultak az arányok az általános iskola elvégzését tekintve az ösztöndíj programoknak köszönhetően. A korábbi tradicionális szokások kihalófélben vannak.

A Kisebbségi Önkormányzat mellett a civil szervezetek is foglalkoznak a roma fiatalok esélyeinek javításával.

**A vezető halálokok súlya  
2005**

Forrás: ÁNTSZ KMRI Nemfertőző Betegségek Epidemiológiai Csoportja



Rákosmentén sok a hajléktalan, a hajléktalanellátásra fordított összeg 2001 óta megduplázódott. Mivel a kerületben nincs hajléktalanszálló, a Magyar Vöröskereszt X. kerületi, Bihari úton található központjával kötött szerződést az önkormányzat. A kerületi „bennszülöttek” közül többen dolgoznak nappal közhasznú munkásként, éjszaka viszont nem lehet őket bevonni a hajléktalan-ellátásba, alkalmi szálláshelyeken húzzák meg magukat. Meglehetősen sokan vannak az úgynevezett „megélhetési hajléktalanok”, akik munkát és megélhetést remélve a környező településekről érkeznek a kerületbe.

Szintén hátrányos helyzetben vannak a fogyatékkal élők és az idősek. Minkét kerületben megfigyelhető, hogy a lakosság elszegényedése fokozódik és a családok megélhetése egyre nehezebb.

**A lakosság életmódja**

A X. kerület Kőbányai Önkormányzat Esélyegyenlőségi programjához készített kutatás alapján elmondható, hogy a lakosság jelentős részének életmódja nem alkalmas az egészség megőrzésére és a hosszú élettartam biztosítására. A felmérések kimutatták, hogy az emberek jelentős részénél túlzott a hús-, a cukor- és főleg az állati zsiradék fogyasztása. Az energiabevitel is magas, s annak 40%-a származik zsírból. Elégtelen a zöldség-, a gyümölcs-, a főzelék- és a vita-

minfogasztás, a kalcium- és vasbevitel, a sóbevitel azonban az ajánlott mennyiség két-háromszorosa.

A felmérésekből az is kitűnik, hogy a rosszabb anyagi körülmények között élők táplálkozása egyoldalú, s ugyanúgy jelen van a magas energiabevitel. Ez a táplálkozás szorosan összefügg a szívinfarktus, a magas vérnyomás, az agyi erek megbetegedése, a cukorbetegség és a vastagbél-daganatok előfordulásának gyakoriságával.

A kőbányai lakosokról is elmondható, hogy magas a dohányzók és a rendszeresen alkoholt fogyasztók száma.

A kerületben az emésztőrendszeri elhalálozások vizsgálata során megállapítható, hogy a halálokok kb. 40%-a alkoholos májzsugorodás eredetű volt.

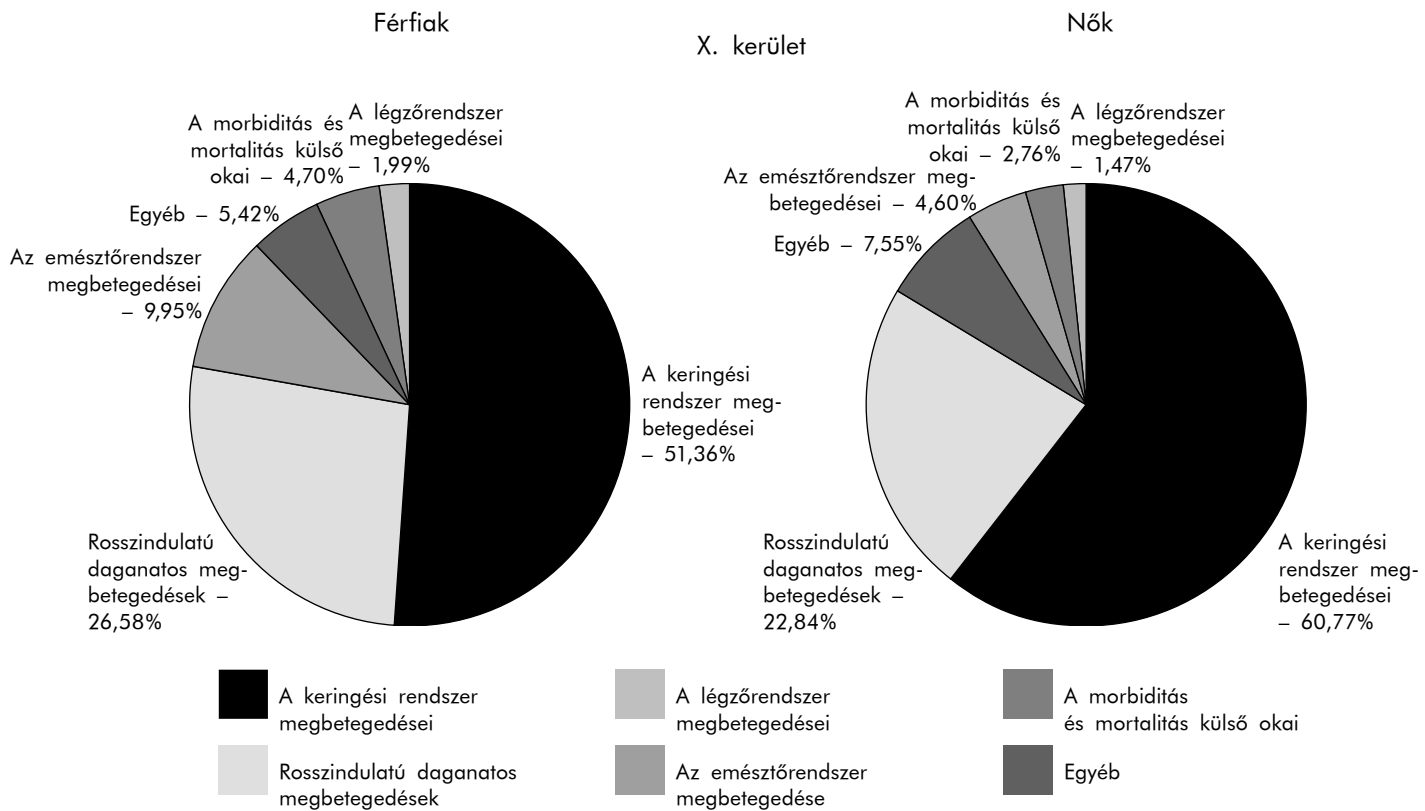
A XVII. kerületi lakosság helyzete is hasonló volt. Rákosmentén 2000 óta permanens egészségfejlesztési tevékenység folyik, amelynek eredményei már érzékelhetőek.

Jelentős változást tapasztalunk a lakosság érdeklődési szintjének emelkedésében. Karakteresebb hozzáállást tanúsítanak az egészséges életmód kérdései iránt és ezt magatartásukkal is igazolják.

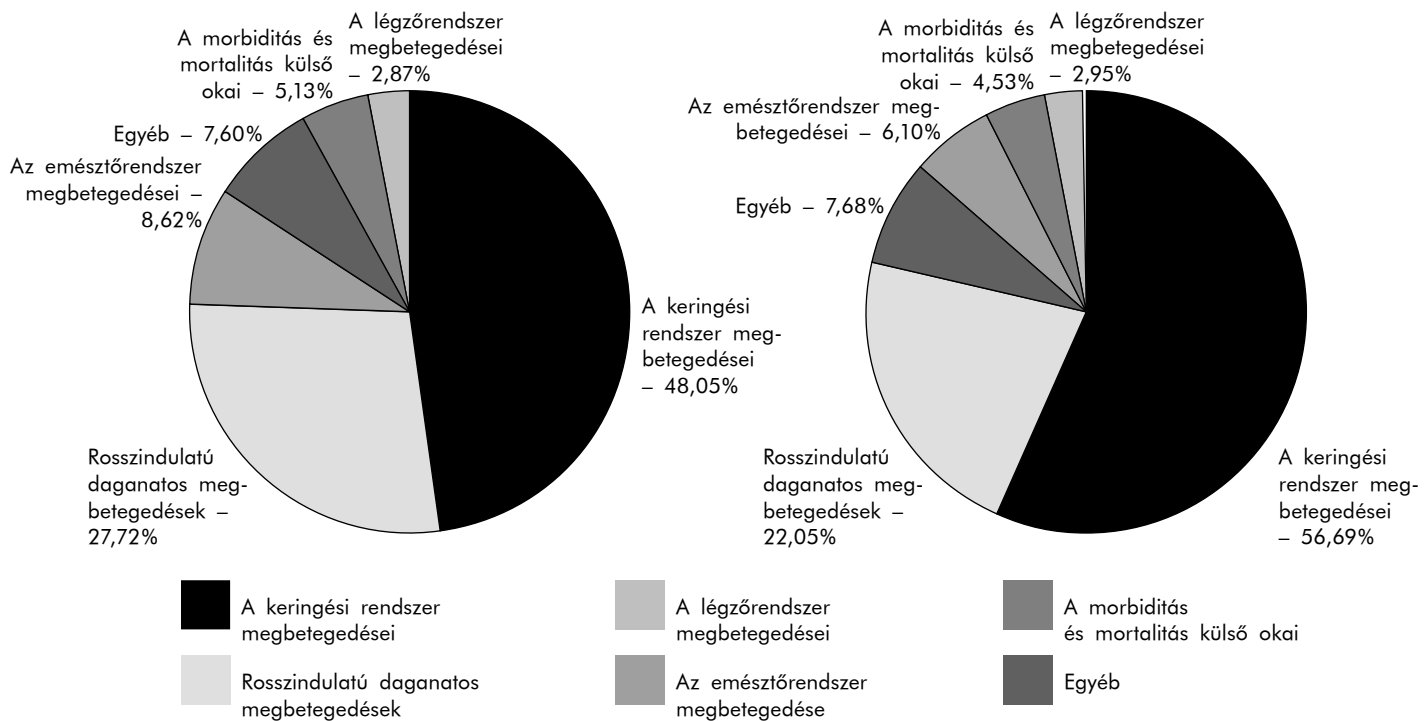
A fiatalok körében végzett felmérés azt mutatja, hogy tudásszintjük nőtt, nyitottabbak az egészséges életmód elsajátítására. Az egészségnevelő és munkatársai nem kampányszerű, hanem szervezett prevenció tevékenységet folytatnak mind az iskolások, mind a felnőtt lakosság körében. Az általuk megkezdett és jelenleg is folyó magas szintű munka

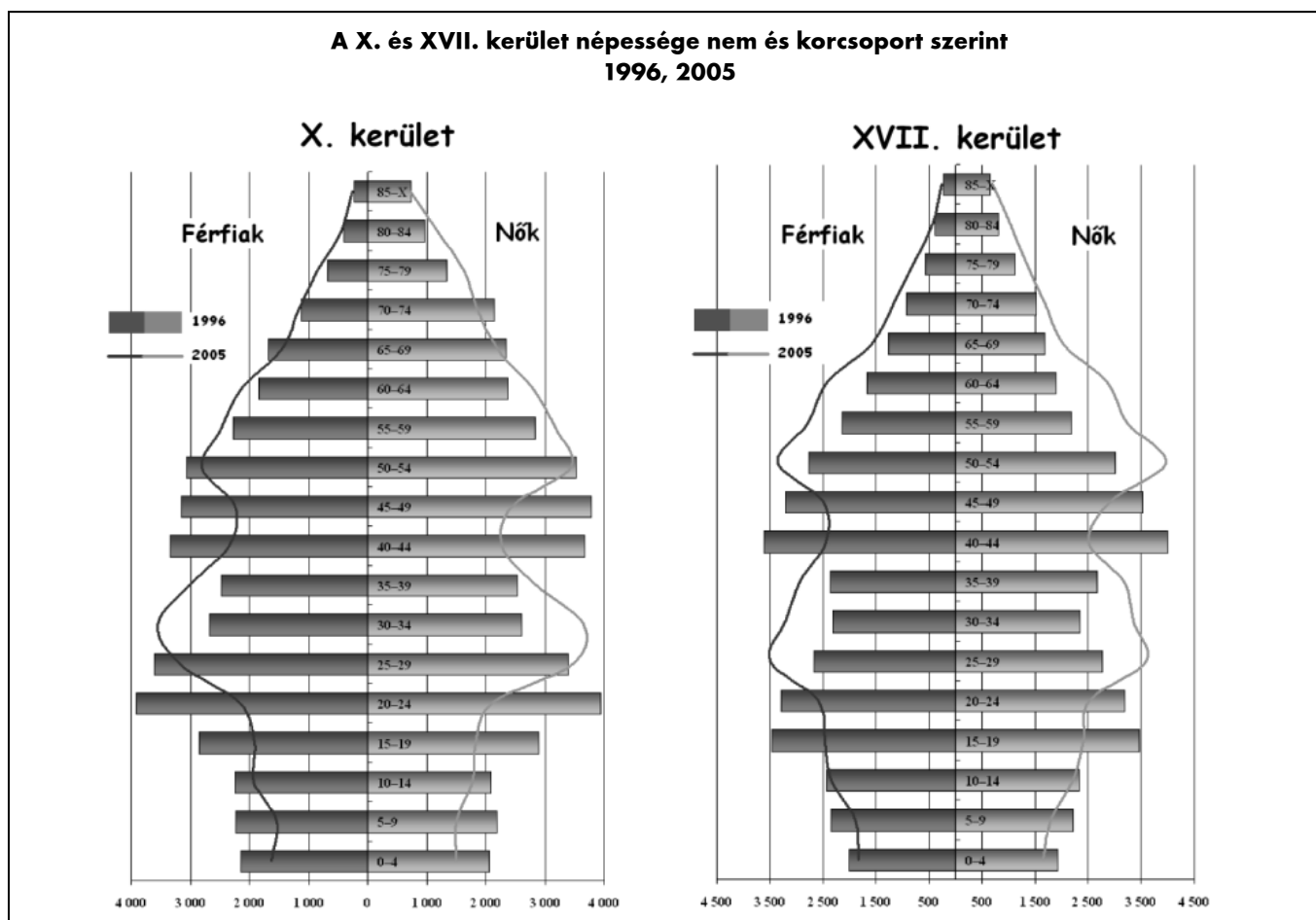
**A vezető halálokok súlya  
2005**

Forrás: ÁNTSZ KMRI Nemfertőző Betegségek Epidemiológiai Csoportja



**XVII. kerület**





előrejelzi a megvalósítandó egészségterv sikerét is. Bízunk benne, hogy az elkövetkezendő években a lakosság általános egészségi állapota is mérhetően javulni fog.

### Az egészségügyi ellátórendszer

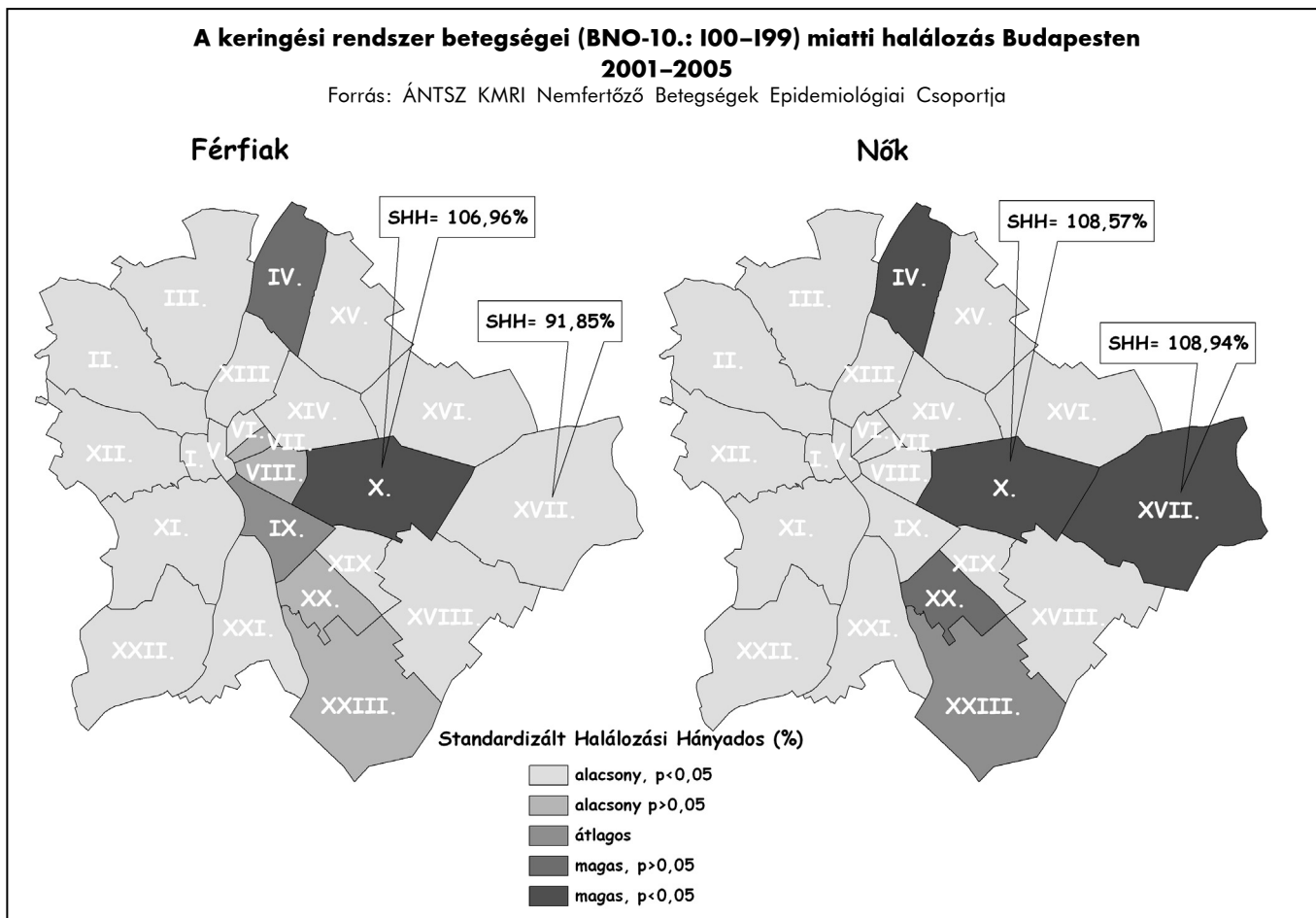
A fekvőbeteg és járóbeteg szakellátást mindkét kerületben a *Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház Rendelőintézete* biztosítja. A XVII. kerületben az ellátásban részt vesz a *HT Medical Center Kft.* is.

Az alapellátás mindkét kerületben megfelelően működik. A X. kerületben folyik a háziiorvosi praxisok vállalkozói formába történő átadása.

### Az egészségterv készítésének és megvalósítási folyamatának tevékenységei

- Adatbázis felállítása (morbiditási, mortalitási adatok, demográfiai mutatók)
- Komplex megelőző programok tervezése, szervezése minden szinten
- Az ifjúság különböző korcsoportjainak egészségnevelése az életkori sajátosságok figyelembevételével
- A társadalom valamennyi szintjének (egyén, család, csoport, közösség) egészségfejlesztése egészségnapokon (tanácsadás, vizuális és interaktív programok beiktatásával)

- Az idősek számára klubfoglalkozások, bemutatók szervezése
- Tájékoztató, ismeretterjesztő kiadványok plakátok szerkesztése, terjesztése különböző témákban
- A háziiorvosi hálózat prevenció tevékenységének segítése
- Az országos szakintézményekkel való folyamatos kapcsolattartás
- Szakemberek továbbképzése, kreditpontos szakmai konferenciák szervezése
- Az oktatási, nevelési intézményekben az egészségnevelésben való segítségnyújtás
- A kommunikáció fejlesztése a primer és szekunder prevencióban
- A média, a tömegkommunikáció és egyéb információs csatornák fokozott igénybevétele
- A lakosság egészséggel kapcsolatos ismereteinek és készségeinek fejlesztése
- Lakossági egészségnapok szervezése
- A civil szervezetekkel való kapcsolat erősítése
- A társszervekkel való kapcsolattartás
- A programok rendszeres hatásvizsgálata
- Az ifjúság és felnőtt lakosság egészségmonitorozása
- Módszerfejlesztés
- Alternatív programok kidolgozása, lebonyolítása
- Kutatás, az információrendszer bővítése



## Következtetések

A XVII., de főleg a X. kerület lakosságának egészségi állapota aggodalomra ad okot. A halálozási viszonyok országos és fővárosi viszonylatban is rendkívül kedvezőtlenek és tragikusan alakulnak a nem-fertőző megbetegedések, a balesetek, az egészséget károsító kockázati tényezők mutatói is. Ezek mind olyan, a nemzet jövőjét, munkaképességét, életminőségét fenyegető folyamatok, amelyeket nem nézhetünk tétlenül. A *Nemzeti Népegészségügyi Program* alappillére a közösségek felelőssége és részvétele az egészség fejlesztésében. A népegészségügyi tennivalók tervezésében és az egészségre figyelemmel hozott döntések kialakításában együttműködő társak az önkormányzatok, az ÁNTSZ kistérségi (kerületi) intézetei (tisztifőorvosa és valamennyi munkatársa) és az Egészségügyi Szolgálat Egészségnevelése. Az önkormányzatok helyesen teszik, ha elkészítik helyi egészségtervüket és az egészséget, mint kiemelt szempontot jelenítik meg településfejlesztési tervükben. Csak egy hosszú távú, jól megtervezett egészségfejlesztési stratégia hozhat javulást a lakosság egészségi állapotában. Egy attitűd vagy magatartás csak folyamatos megerősítés hatására, az idő függvényében válhat stabilná. Javítani kell az egészségesebb életmód választásának gazdasági és kulturális esélyeit, fokozni szükséges az állampolgárok érdekltségét egészségük megőrzésére. A XVII. kerületben permanensen működő egészségfejleszté-

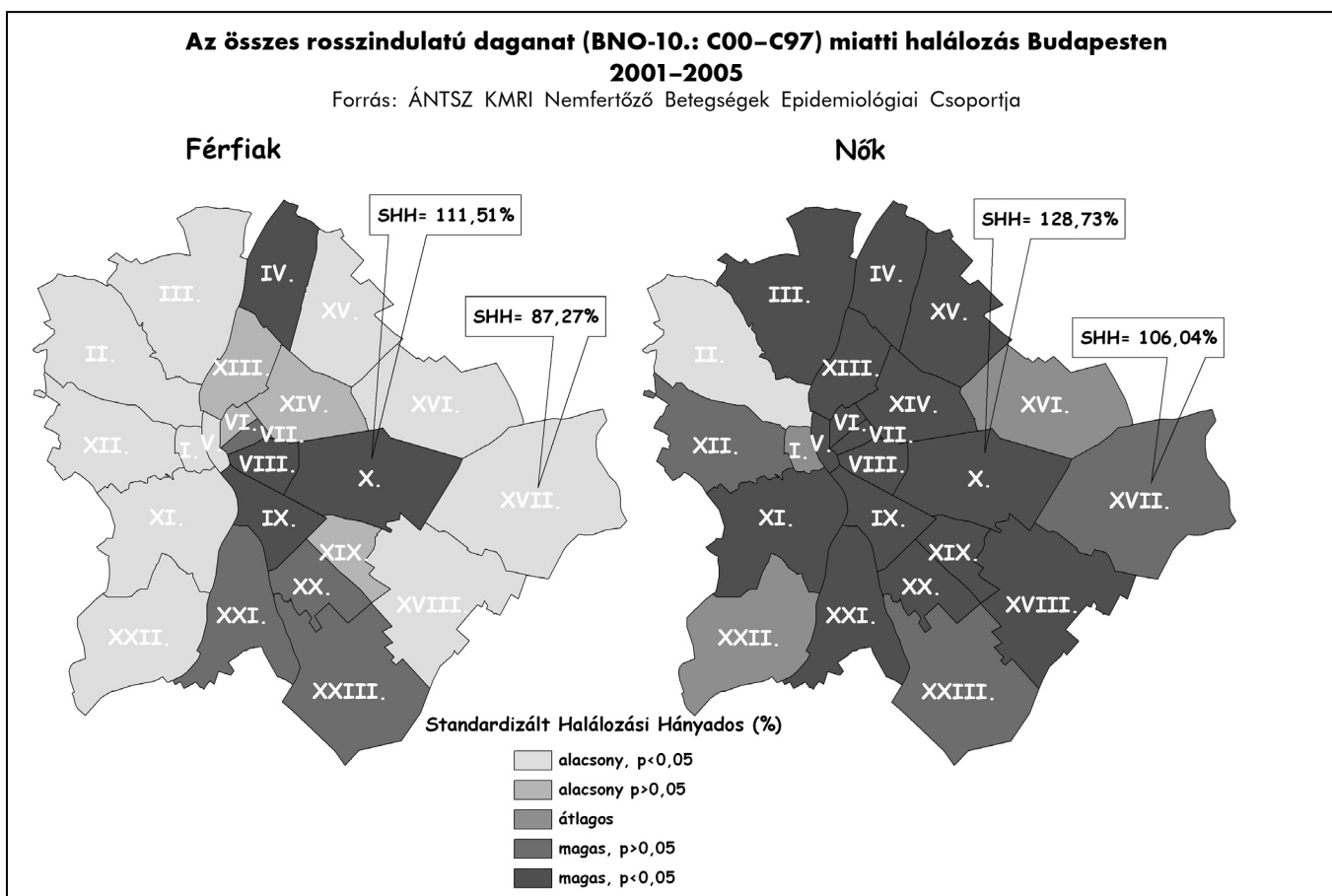
si tevékenység hatékonyság-mutatói inspirálóak lehetnek a X. kerület számára is. Bizonyítja, hogy az egészségfejlesztés csak akkor lehet eredményes, ha nem kampányszerűen végzik, hanem folyamatos, célzott és körülhatárolt, felelősökkel ellátott tevékenység áll mögötte. A kerületek nagyságához, a munka sokrétűségéhez, a feladatok növekedéséhez mértén szükség lenne az egészségnevelői státuszok bővítésére. Az önkormányzatok és a közreműködő szervezetek pozitív hozzáállása alapján esélyt látunk arra, hogy sikeresen megvalósuljanak az egészségtervek, amelyek a lakosság jólétét eredményezik.

## Összefoglalás

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatnál bekövetkezett strukturális változások miatt az ÁNTSZ Budapest Fővárosi X. és XVII. kerületi intézeteit összevonták. A két kerület földrajzi és gazdasági-szociális adottságaiban is jelentősen különbözik egymástól.

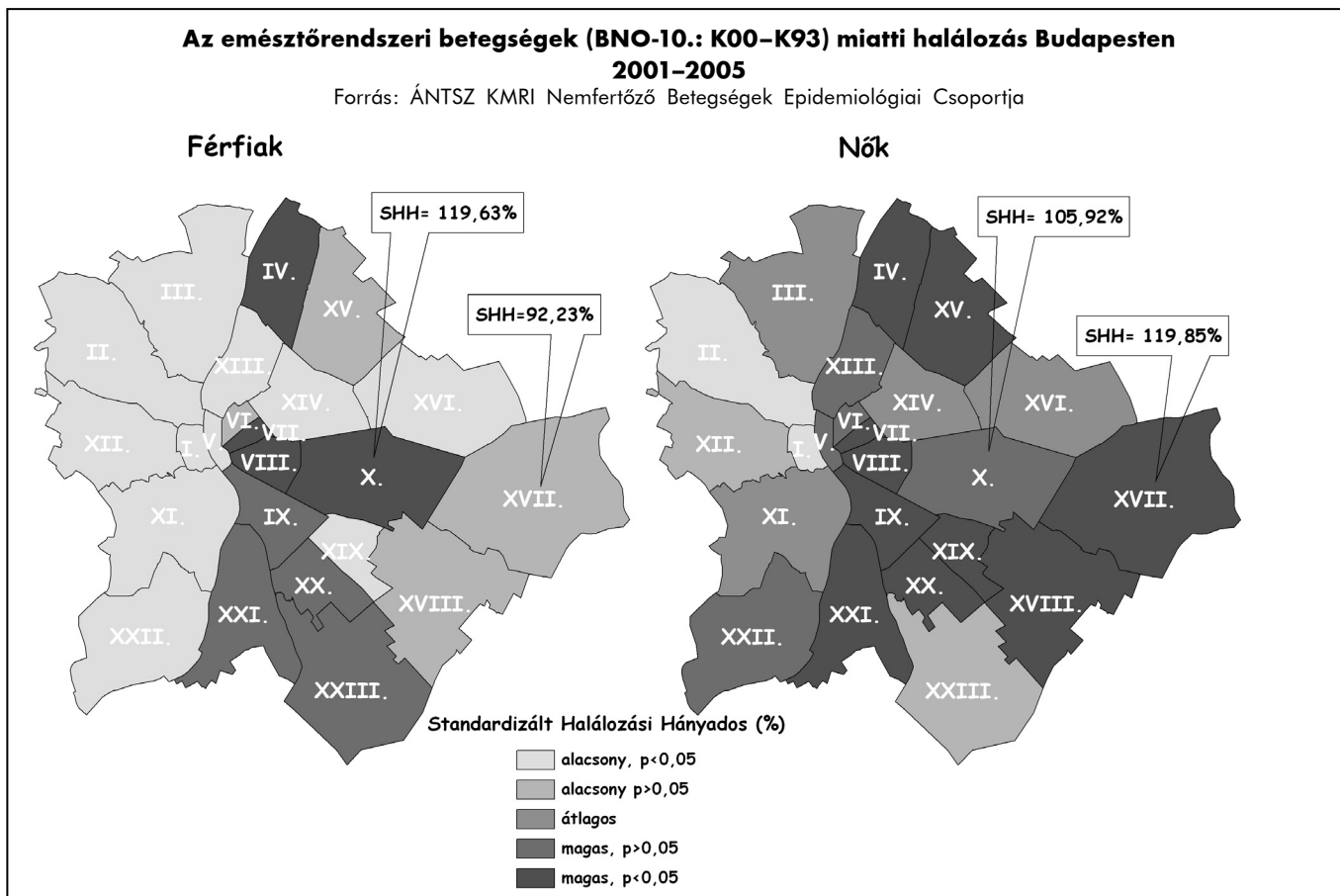
A X. kerület (*Kőbánya*) régen ipari központ volt, nagy üzemekkel, lakótelepekkel. A rendszerváltás után az üzemek bezárásával emelkedett a munkanélküliség és nőtt a létminimumon és rendszeres szociális segílyen élők aránya.

A XVII. kerület (*Rákosmente*) 5 aprótelepülés összevonásával keletkezett. Ezek eredetileg kertés, családiházias övezetek voltak, amelyek megőrizték kertvárosi jellegüket, jel-



- Az egészségterv helyi közreműködői**
- Önkormányzatok
  - ÁNTSZ
  - Állami szervek, hatóságok
  - Egészségügyi szolgálatok
  - Egészségügyi alapellátás
  - Iskolaegészségügy
  - Védőnői szolgálat
  - Egészségügyi, szociális és gyermekjóléti intézmények:
    - Egyesített bölcsődék
    - Óvodák, általános iskolák
    - Gimnáziumok, szakközépiskolák, szakmunkásképzők
    - Családsegítő központok
    - Gyermekjóléti hálózatok
    - Idősek otthonai, szociális központok
  - Civil szervezetek
  - Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok
  - Média





entős zöldterületekkel. Később az iparosodás beindulásával kisebb-nagyobb lakótelepek ebben a kerületben is épültek és itt is találkozhatunk hátrányos helyzetű lakosságcsoporthal.

A különbségek a demográfiai viszonyokban és a lakosság egészségi állapotában is jelentősek.

Vizsgálataink egyértelműen jelzik, hogy a X. kerület férfi és női lakossága esetében a vizsgált időszakban három vezető haláloki főcsoport (a keringési rendszer betegségei, a rosszindulatú daganatok és az emésztőrendszer betegségei) miatt a halandóság az országos átlaghoz viszonyítva szignifikánsan magasabb.

A fentiek és egyéb elemzett tényezők alapján az ÁNTSZ számára nyilvánvaló, hogy a két kerületben hosszú távú egészségfejlesztési stratégia, egészségterv kidolgozására és folytatására van szükség.

A szerzők a tervezés és megvalósítás folyamatát mutatják be, figyelembe véve a két kerület közötti azonosságokat és különbségeket.

## Summary

Due to the changes in the structure of the National Public Health and Medical Officer Service (NPHMOS), the Budapest 10<sup>th</sup> and 17<sup>th</sup> District Institutes of NPHMOS were merged.

The two areas are highly dissimilar in their geological features and the economical and social status of the population.

The 10<sup>th</sup> district (*Kőbánya*) was an industrial center with huge factories and building estates. After 1989, because of closing the factories, the unemployment rate and the percentage of the population living on base necessities raised.

The 17<sup>th</sup> district (*Rákosmente*) was established by merging of 5 little villages. Originally, these were garden suburbs which saved their green areas. Later, when the industry started to grow, building estates were built in this district too and nowadays we can find also here disadvantaged parts of population.

The differences both in the demographic conditions and in the population's health status are significant. Our inspections obviously show that, the mortality rate of the male and female population of the 10<sup>th</sup> district caused by the three main causes of death (heart and vascular diseases, cancer, digestive system diseases) is significantly higher than the national average.

Based on these and other facts, it is obvious for the NPHMOS that there is a need for a long-term health promotion strategy and health plan in the two districts.

The authors present the procedure of the planning considering the differences and similarities of the two districts.

## Irodalom

1. Dr. Kishegyi Júlia–Dr. Makara Péter (szerk.): *Az egészségfejlesztés alapelvei – az egészségfejlesztés nemzetközi alapküldetvényei*. Országos Egészségfejlesztési Intézet (2004)

**Az egészségnevelésben alkalmazandó módszereink**

- Intervenciós programok
- Oktatóprogramok
- Szűrővizsgálatok
- Kommunikációs gyakorlatok
- Tanácsadás
- Tréning
- Klubfoglalkozás
- Szerepjátékok
- Önsegítő csoportok
- Kiadványok
- Plakát-, faliújság-készítés
- Kiállítás
- Kerekasztal-beszélgetések
- Kérdőívek
- Vers-, novella-, rajzpályázat
- Kísérlet
- Plakát-, faliújság-készítés
- Marketingcsatornák

2. Dr. Füzesi Zsuzsanna–Dr. Tistyán László: *Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken*. Országos Egészségfejlesztési Intézet (2004)
3. L. Ewles–I. Simnett: *Egészségfejlesztés. Gyakorlati útmutató*. Medicina Könyvkiadó (1999)
4. Fehér I.–Füzesi Zs.–Iványi V.–Mura-Mészáros L.–Salamon Cs.–Tristyán L.: *Közszégi egészségterv. Módszertani útmutató a Soros Alapítványhoz benyújtandó pályázat elkészítéséhez*. Fact Alapítvány, NEVI Primer Prevenációs Munkacsoport (1998)
5. Füzesi Zs.–Tristyán L.: *Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken*. Országos Egészségfejlesztési Intézet (2004)
6. Dr. Gritz A-né.: *A főváros XVII. kerületének prevenció modellje*. Budapest Főváros XVII. Kerületi Önkormányzat Egészségügyi Szolgálat Egészségnevelése (2004)
7. Hablicsek L.–Földházi E.–Meleg A.: *Kőbánya lakónépességének egyeztetett előreszámítása különös tekintettel a közoktatásban résztvevő korosztályokra*. Budapest Főváros X. Kerület Kőbányai Önkormányzat (2007)
8. Juhász A.–Nagy Cs.: *Deszkriptív epidemiológiai helyzetelemzés a X. és XVII. kerületi lakosság egészségi állapotáról 2000–2005*. ÁNTSZ KMRI Nemfertőző Betegségek Epidemiológiai Osztálya (2007)
9. Juhász A.–Nagy Cs.–Rajcsányi A.–Frankó E.–Lengyelne Koczka Sz.: *Közép-magyarországi Regionális Népegészségügyi Jelentés 2005*. Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ (2005)
10. J. Naidoo–J. Wills: *Egészségmegőrzés. Gyakorlati alapok*. Medicina Könyvkiadó (1999)
11. Simon T.: „Régi és új fenyegető kockázati tényezők: tudatlanság, felelőtlenség, szegénység.” *Egészségfejlesztés*, XLVIII. évfolyam, 2007/1–2. szám
12. Vercseg I.: *Legalább ennyit a közösségfejlesztésről. Módszertani segédlet a közösségi egészségtervek készítéséhez*. Országos Egészségfejlesztési Intézet (2004)

# A védőnő-hallgatók egészségi állapota, egészségmagatartása és a felsőoktatási tanulmányok szerepe

– a szegedi képzőintézményben végzett felmérés alapján

Balogh Mónika

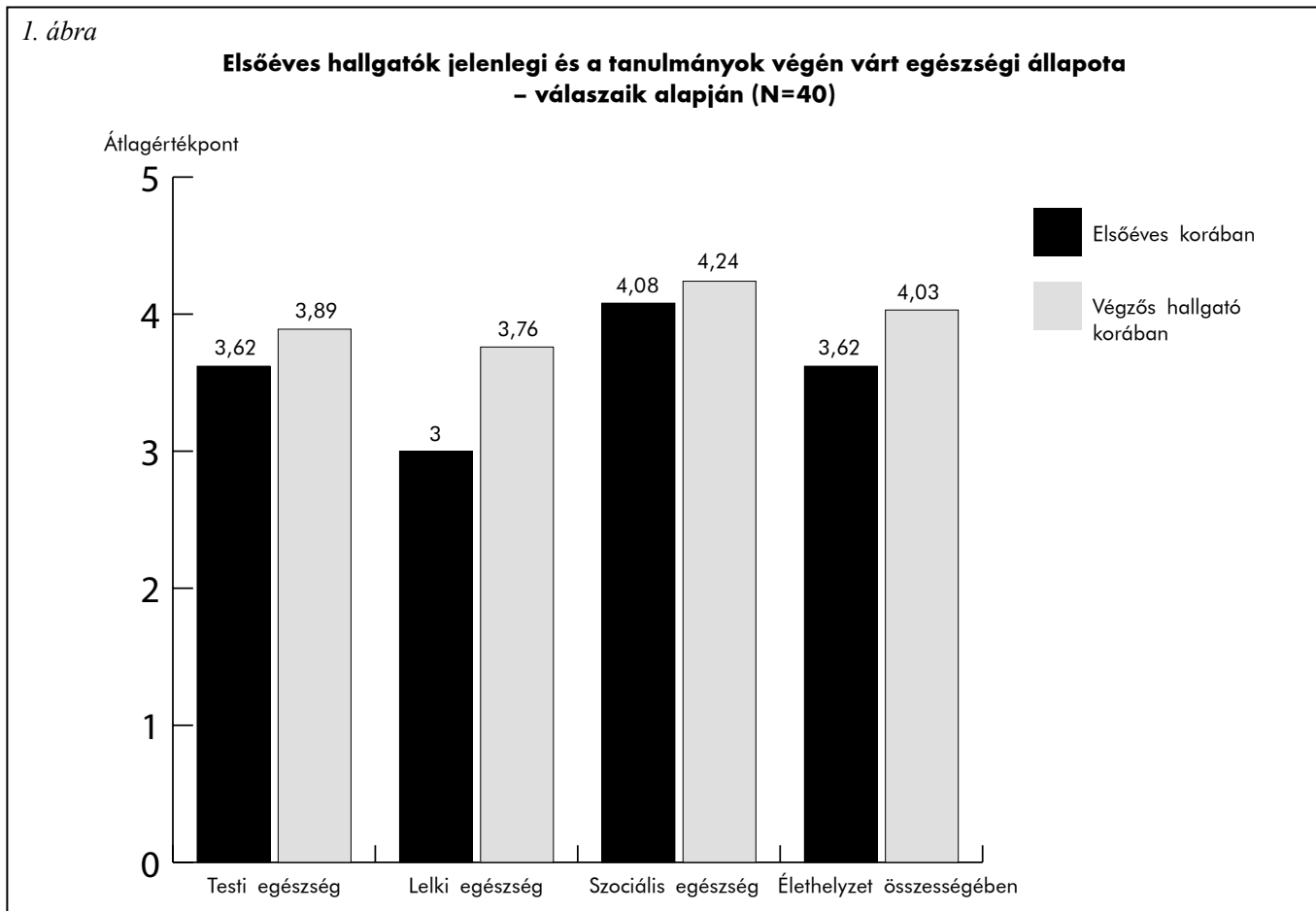
Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar,  
Egészségmagatartás- és fejlesztés Szakcsoport, tanársegéd

## Bevezetés

Magyarországon – ahogyan a világ más országaiban is – az egészségfejlesztés az egészségpolitika és az oktatáspolitikára fókuszába került. Számos vizsgálat eredményei (*HBSC*, *ESPAD*, *Hungarostudy*) hívják fel a figyelmet arra, hogy a lakosság egészségi állapota és egészségmagatartása – a rizikómagatartások prevalenciáját tekintve – a serdülő kor-

osztály és a felnőtt lakosság körében egyaránt komoly veszélyeket rejt.

A hungaricumnak számító védőnői hálózat a társadalom egyik olyan szereplője, ahol a védőnők – hivatásukból fakadóan – a lakosság egészségének védelmét szolgálják. A védőnő négyéves felsőoktatási tanulmányai alatt sajátítja el



1. táblázat

**A hallgatók legfontosabb egészségmagatartási mutatói  
(N=98)**

Egységmagatartási mutatók	Elsőéves hallgatók (N=40)	Végzős hallgatók (N=58)
	% -os gyakoriság	
<b>Dohányzás</b> – A kipróbálók aránya – A jelenleg dohányzók aránya	65,0% <b>35,0%</b>	75,9% <b>13,8%</b>
<b>Alkoholfogyasztás</b> – Az elmúlt 1 hónapban fogyasztott alkoholt – Az elmúlt 1 hónapban volt részeg	67,5% 22,2%	63,8% 27,0%
<b>A kábítószer kipróbálók aránya</b>	<b>5,0%</b>	<b>15,5%</b>
<b>Rendszeres testmozgást nem végzők</b>	<b>77,5%</b>	<b>62,1%</b>

a leendő munkájához szükséges élettani, orvostudományi és társadalomtudományi ismereteket, valamint az egészségfejlesztési feladatok ellátáshoz szükséges tudást, képességet és készséget. A védőnői teendők közül a prioritást élvező egészségfejlesztési feladatok ellátásához nélkülözhetetlen a hitelesség, a példamutatás, amelynek kialakításában ugyancsak hangsúlyos szerepe van a képzést folytató intézménynek.

Jelen tanulmányban a 2007–2008-as tanév I. félévében végzett kérdőíves felmérés kiemelt eredményeit mutatom be. A felmérést a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Karának elsőéves és végzős hallgatói körében végeztük, 40 fő elsőéves és 58 fő végzős hallgató részvételével (a felmérésben a két évfolyam teljes létszáma részt vett). A felmérés országos felmérésünk alapját képezi, amelyet Magyarország valamennyi védőnőképző intézményében – összesen 7 felsőoktatási intézményben – lebonyolítunk.

### A kutatás célja

Kutatásunk célja feltárni, milyen egészségi állapot és egészségmutatók jellemzik az egészségügyi felsőoktatásban tanuló védőnő-hallgatókat, és ezek alakulásában milyen meghatározó szerepe van a képzőintézményben megszerzett tudásnak. Célunk továbbá megismerni az elsőéves hallgatók „elvárásait” és elképzeléseit az egészséggel, egészségfejlesztéssel kapcsolatos tanulmányaikra vonatkozóan, valamint megismerni a végzős hallgatók véleményét a felsőoktatás során kapott ezirányú ismereteikre vonatkozóan.

### A módszer

Vizsgálatunkhoz az írásbeli kikérdezés módszerét és a kérdőív eszközt alkalmaztuk. Demográfiai kérdéseket követően az egészség, mint érték megítélésére, az egészség fogalmára vonatkozó kérdések, a második részben a hallgatók önértékelésére, általános jóllétére, általános szubjektív jól-

létére és egészségmagatartására irányuló kérdések szerepeltek. A kérdőív utolsó része az elsőéveseknél leendő tanulmányaikra vonatkozott, míg a végzős hallgatók esetén a tanult egészségfejlesztési ismeretekre irányult. Mindkét évfolyam esetén vizsgáltuk a tanulmányok hatását saját egészségi állapotukra, egészségmagatartásukra, valamint szakmai hitelességükre vonatkozóan.

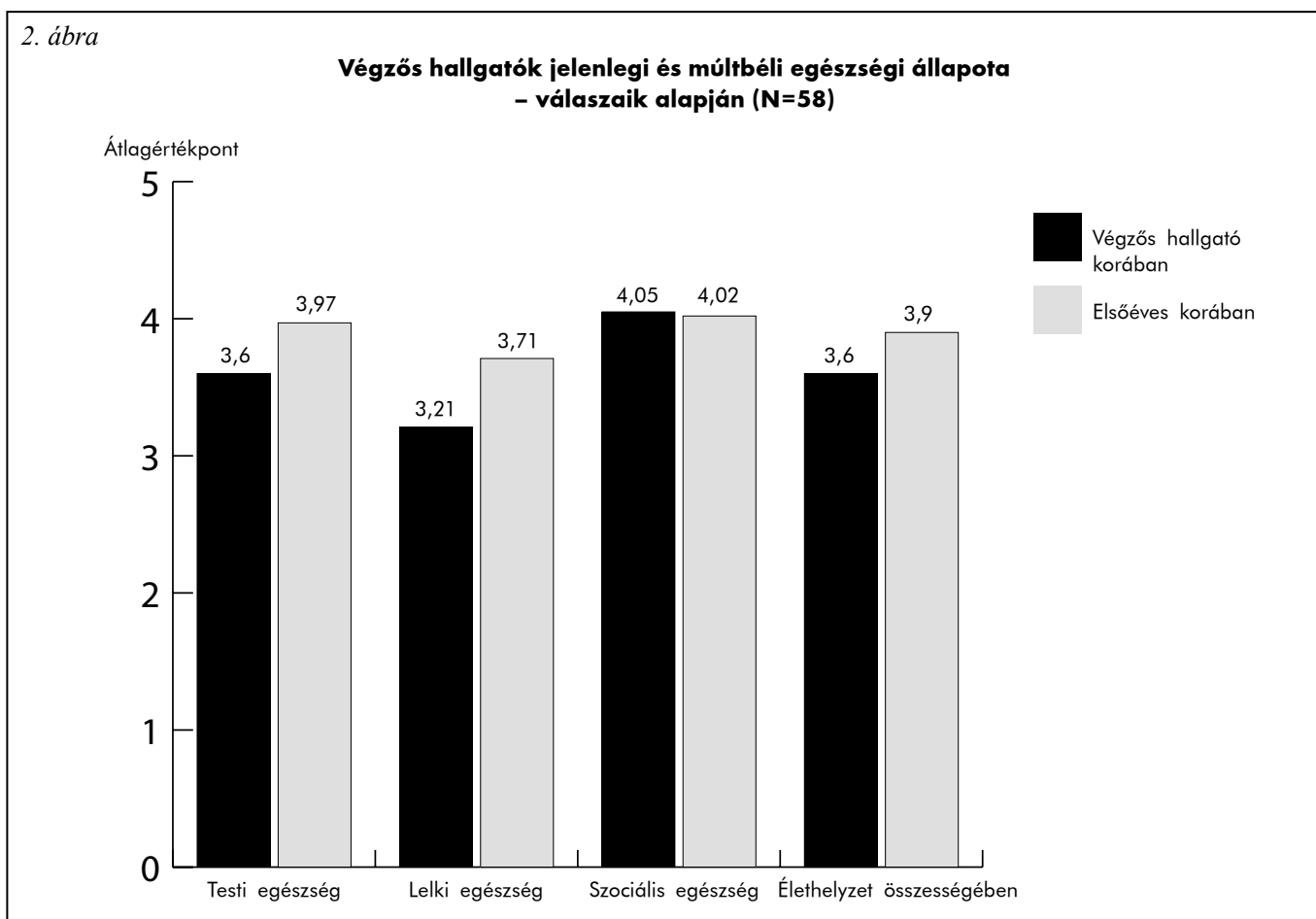
### Az eredmények

Az egészségügyi felsőoktatásban tanuló hallgatók egészségi állapota és egészségmagatartása a hazai lakosság körében végzett vizsgálatok eredményeihez hasonló, annak ellenére, hogy a négyéves képzés során az egészség tudományi és orvostudományi ismeretek kiemelt hangsúlyt kapnak.

Az egyes kockázati egészségmagatartási formák tekintetében jelentős különbség van az elsőéves és a végzős hallgatók között: az elsőévesek 35%-a, míg a végzősök 13,8%-a dohányzik. Az alkoholfogyasztás gyakoriságát tekintve jelentős különbség nem figyelhető meg, ugyanakkor a valamilyen kábítószer kipróbálók aránya magasabb a végzős hallgatók körében. A kapott eredmények alapján látható, hogy a rendszeres testmozgás nem jellemző hallgatóinkra. A táplálkozási szokásokról elmondható, hogy a végzős hallgatók jobban odafigyelnek az egészséges táplálkozásra, a mennyiségi arányokra, mint a tanulmányaikat most kezdő hallgatók. (1. táblázat)

Vizsgálatunkban fel kívántuk tárni, hogy hallgatóink hogyan vélekednek saját egészségi állapotukról.

Az elsőéveseket megkérdeztük jelen egészségi állapotukról – a WHO-egészségfogalom dimenziói mentén –, valamint arról, mit gondolnak, milyen lesz majd tanulmányaik befejeztével. 1-től 5-ig terjedő skálán kellett jelölniük válaszaikat. A tanulmányaikat most kezdő hallgatók jelen helyzetüket közepes értékkel jellemezték, tanulmányaik végére viszont valamennyi dimenziót tekintve pozitív változást remélnek, különösen a lelki egészség tekintetében. (2. ábra)



Megkérdeztük a végzős hallgatókat is, milyen jelenlegi egészségi állapotuk és hogyan emlékeznek vissza elsőéves korukra. Végzős hallgatóink szintén közepes értékkel jellemezték saját egészségüket, ugyanakkor tanulmányaik kezdetén inkább a jó minősítést jelölték meg az egyes dimenziókra. Felsőoktatási tanulmányaik során úgy érzik, egészségi állapotuk romlott, amely közül kiemelendő a lelki egészség hanyatlása.

Az egészségügyi felsőoktatásban tanuló hallgatók számára az egészség, mint érték egyaránt fontos, 5 fokozatú skálán 4,56-os átlagértékkel jelölték meg annak fontosságát. Az egészségfogalom értelmezésénél viszont megoszlottak a válaszok. (3. ábra)

43 fő számára az egészség szempontjából fontos a testi, lelki és szociális egészség, azaz a jól ismert WHO-egészségfogalom dimenziói. Mindössze 24 fő jelölte be a holisztikus egészségfogalom valamennyi aspektusát. Az elsőéves és a végzős hallgatók közel azonos arányban jelölték meg a WHO- és a holisztikus egészségfogalom dimenzióit. (4. ábra)

Hallgatóink tanulmányaik során számos tantárgy keretein belül találkozhatnak az egészséggel, egészségmagatartással, az azt befolyásoló tényezőkkel, valamint az egészségfejlesztéssel, példamutatással, azok későbbi hivatásukban betöltött fontosságával. Az 58 megkérdezett végzős hallgató közül – egy fő kivételével – mindenki kellő információt kapott az

egészségről, egészségfejlesztésről. A kapott információk jellegét tekintve a kognitív, affektív és pszichomotoros vonatkozású ismeretek már jelentős eltérést mutatnak a válaszadók között.

A hallgatóknak többszörös választási lehetőségük volt, amely válaszok alapján 80%-uk a kognitív, 60%-uk a pszichomotoros és 29%-uk az affektív vonatkozású válaszalternatívákat is bejelölte arra a kérdésre, milyen jellegű ismereteket kapott tanulmányai során. Mindössze 12 fő, a megkérdezettek 20%-a érzi úgy, hogy a négy év során a tudás mindhárom típusával találkozott. (5. ábra)

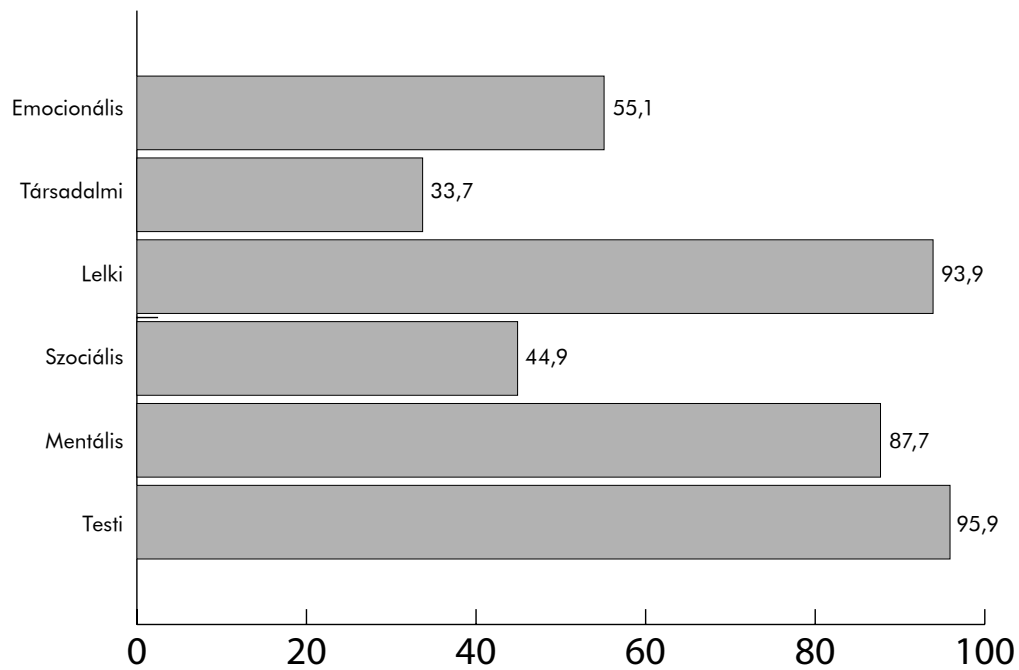
Arra a kérdésre, hogy „*Ön szerint változni fog-e, illetve változott-e tanulmányai hatására saját egészségmagatartása?*”, szignifikáns különbség mutatkozik a két évfolyam között (Chi-square=15,134; p=0,001). Az elsőévesek fele gondolja jelenleg azt, hogy változni fog, míg 40%-uk még nem tudja. A végzősök 69%-a adta azt a választ, hogy magatartása változott, 22%-a érzi úgy, hogy tanulmányai hatására nem történt semmiféle változás. (6. ábra)

Az egészségfejlesztési munkában igen meghatározó szerepe van az egészségfejlesztést végző szakember saját egészségmagatartásának, saját egészségértékének.

Védőnő-hallgatóink szintén fontosnak tartják saját egészségüket, egészségmagatartásukat, azonos arányban vannak azok, akik „*meghatározónak*”, illetve „*teljes mértékben meghatározónak*” gondolják azt, s mindössze 18%-uk véli

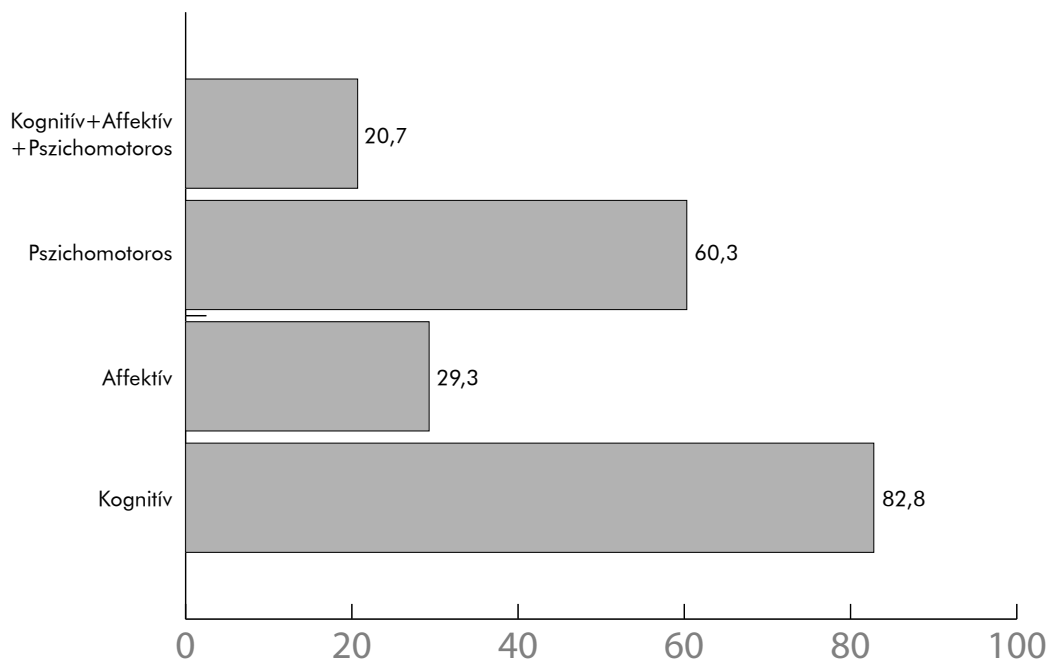
3. ábra

**A hallgatók által megjelölt dimenziók az egészségfogalom értelmezése során  
(N=98)**



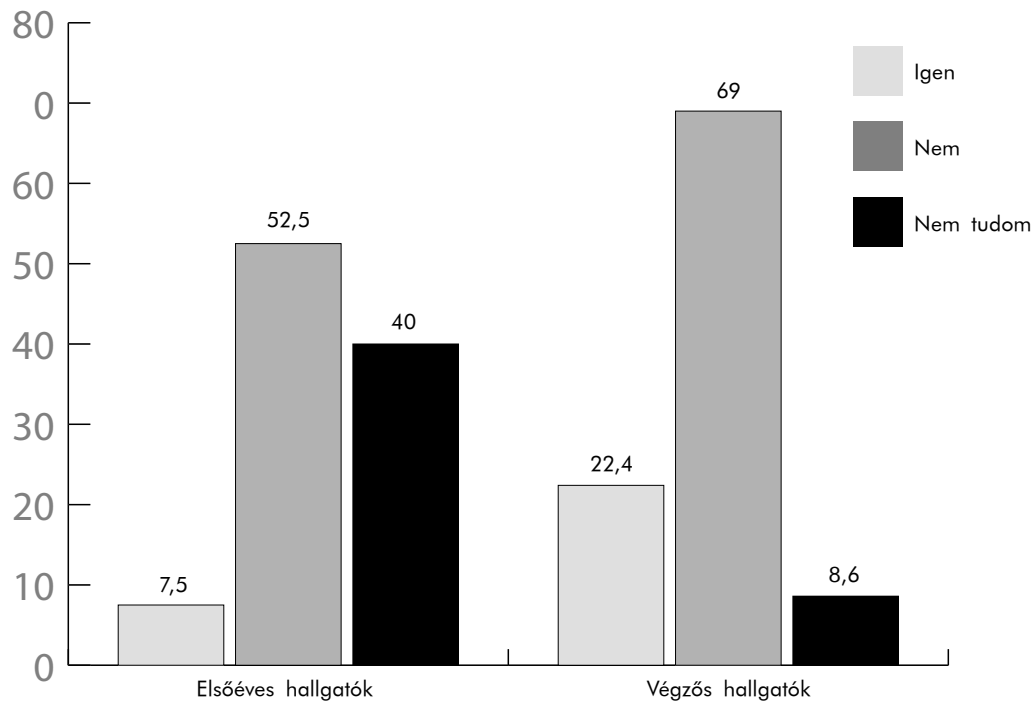
4. ábra

**A felsőoktatási tanulmányok során kapott információk jellegének megítélése a hallgatók szerint  
(N=58)**



5. ábra

**Az egészségmagatartás változása a felsőoktatási tanulmányok hatására  
elsőéves és végzős hallgatók válaszai alapján (N=98)**



úgy, hogy „lehet, hogy kihatással lesz”. Évfolyamok tekintetében nem figyelhető meg különbség a válaszok között, a tanulmányaikat most kezdő hallgatók ugyanúgy vélekednek, mint a tanulmányaikat már befejező hallgatók. (7. ábra)

A megkérdezett végzős hallgatók közel fele érzi úgy, hogy saját egészségmagatartása és egészségértéke alapján hiteles szakemberré vált, míg 51,7%-uk csak részben érzi magát hitelesnek. Azok a hallgatók, akik csak részben, vagy egyáltalán nem érzik magukat hitelesen felkészültek az egészségfejlesztési védőnői munkára, több olyan javaslatot is megjelöltek a felsorolt válaszalternatívák közül, amelyekről úgy gondolják, segítették volna felkészülésüket. (8. ábra)

Legnagyobb arányban a gyakorlati foglalkozások, az életszerű helyzetekben való gyakorlatok, az egészségfejlesztési rendezvények szervezése segítette volna őket. Az oktatói példamutatást és a több ismeret átadását is megjelölték. (9. ábra)

## Összegzés

A kapott eredmények és az eddig elvégzett elemzések azt mutatják, hogy hallgatóink egészségi állapota, egészségmagatartása elmarad az elvárttól. Joggal gondolhatnánk, hogy az egészségügyi felsőoktatásban tanuló hallgatók egészségmutatói példaértékűek legyenek, hiszen ők lesznek azon szakemberek, akik munkájukkal a társadalom egészségét kívánják előmozdítani.

Nagyon fontosnak találjuk a védőnő-képzésben, hogy a tárgyi ismeretek átadásán túl a készségek fejlesztésére is

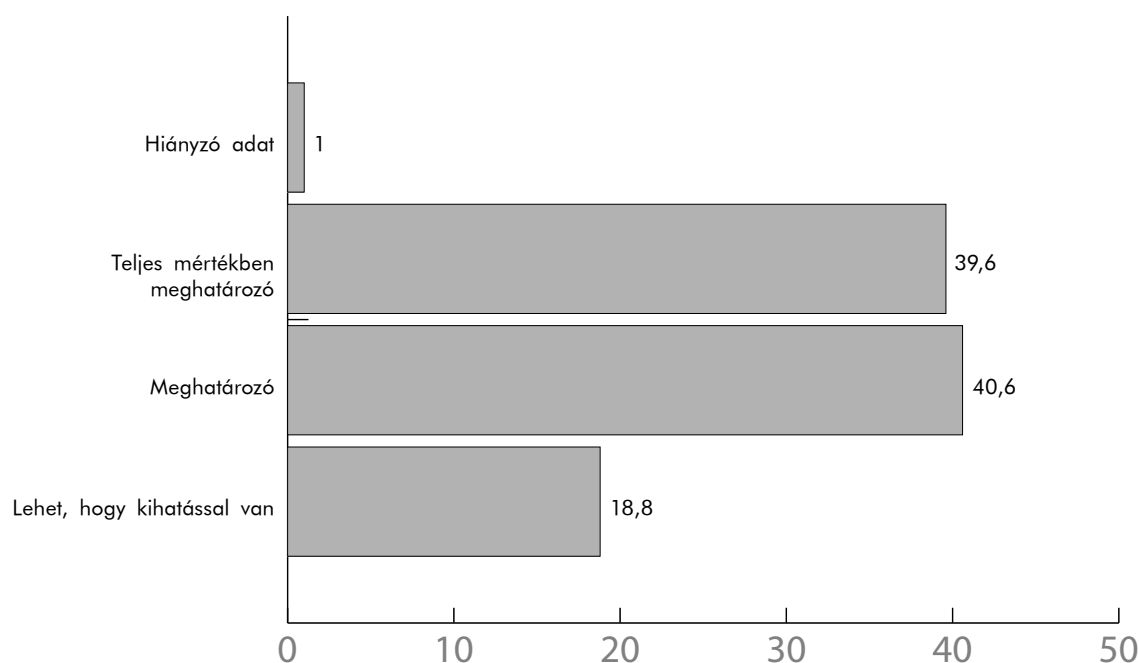
hangsúly kerüljön, amelynek elsősorban az önismeretre, a személyiségfejlesztésre kell alapoznia. Nem elegendő a tárgyi tudás megszerzése, a vizsgák teljesítése és a védőnői diploma átvétele. A védőnő saját személyisége, az emberekhez való odafordulása, példamutatása éppoly fontos, mint tárgyi tudása. Ezért elsődleges céljaink között szerepel, hogy mindannak, amit hallgatóink a négy év alatt elsajátítanak az egészség, egészségfejlesztés tárgykörében, saját életmódjukban, értékrendszerükben is legyen helye. Mindehhez a felsőoktatásban alkalmazott módszertani és eszköztani lehetőségek újraértékelése szükséges, amely igen komoly és kihívásokkal teli feladatot jelent az oktatásban résztvevők számára.

## Absztrakt

Magyarországon – ahogy a világ más országaiban is – az egészségfejlesztés az egészségpolitika és az oktatáspolitikai fókuszába került. Számos vizsgálat eredményei (HBSC, ESPAD, Hungarostudy) hívják fel a figyelmet arra, hogy a lakosság egészségi állapota és egészségmagatartása komoly veszélyeket rejt magában, kiemelten a rizikómagatartások prevalenciáját tekintve. Szervezett összefogásra van szükség, a feladatok és célok pontos deklarálásával ahhoz, hogy a társadalom ez irányú problémáját minél korábbi életkorban és hatékonyan kezelni tudjuk. Ezen feladatot végző team egyik képviselője Magyarországon a védőnő, azon szakemberek egyike, aki hivatásából fakadóan a gyermekek egészségének védelmét szolgálja – kezdetben a szülőknek adott tanácsokkal, majd a

6. ábra

**A hallgatók saját egészségmagatartásának meghatározó szerepe leendő védőnői munkájukban (N=98)**



gyermek, serdülő gondozásával. A védőnő négyéves felsőoktatási tanulmányai alatt sajátítja el a leendő munkájához szükséges élettani, orvostudományi és társadalomtudományi ismereteket, valamint az egészségfejlesztési feladatok ellátásához szükséges széles skálájú tudást, képességet és készséget. A védőnői teendők közül prioritást élvező egészségnevelési, egészségfejlesztési feladatok ellátásához nélkülözhetetlen a hitelesség, amelynek kialakításában ugyancsak a képzést folytató intézménynek van hangsúlyos szerepe.

Kutatásunk célja feltárni, hogy az egészségügyi felsőoktatásban tanuló védőnő-hallgatók értékrendszerében milyen szerepet tölt be az egészség, valamint milyen egészségi állapot és egészségmagatartási mutatók jellemzik a hallgatókat. További célunk megismerni, hogy ezen mutatók alakulásában milyen szerepet töltenek be a képzés során elsajátított, ezirányú ismeretek.

**Minta:** A felmérésben a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Karának végzős védőnő-hallgatói (58 fő) és az Egészségügyi gondozás és prevenció alapszakon, védőnő szakirányon tanuló elsőéves hallgatók (40 fő) vettek részt.

**Módszer:** Vizsgálatunkhoz az írásbeli kikérdezés módszert és a kérdőív eszközét alkalmaztuk. A kérdőív három részből állt. Az első részben az egészség, mint érték megítélésére, az egészség fogalmára vonatkozó, a második részben a hallgatók önértékelésére (a HBSC-ben alkalmazott Rosenberg

Önértékelési Skálája), általános jóllétére (WHO Általános Jólét Index), általános szubjektív jóllétére (HBSC) és egészségmagatartására irányuló kérdések szerepeltek. A kérdőív utolsó részében a felsőoktatásban tanult egészségfejlesztési ismereteik és azok saját egészségükre gyakorolt hatásainak összefüggéseit vizsgáltuk. A felmérés a 2007–2008-as tanév I. félévében történt.

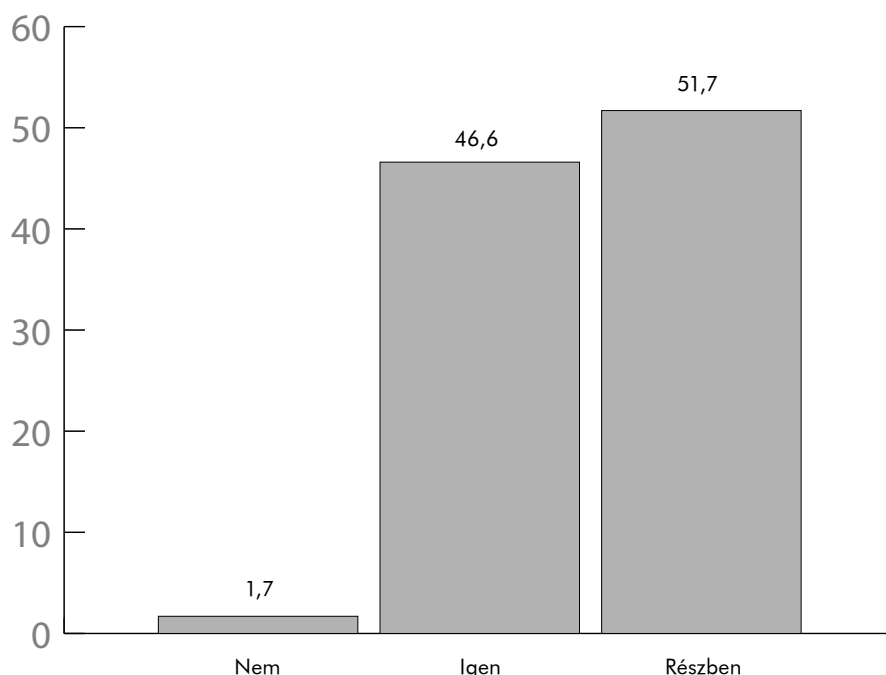
**Eredmények:** A vizsgálatban résztvevő hallgatók egészségértéke ötfokozatú skálán 4,56-os átlagértéket mutatott. Az egészségmagatartás mutatói között szignifikáns különbség mutatkozik a két évfolyam között. Táplálkozás tekintetében a végzős hallgatók táplálkozási szokásai összességében kedvezőbb képet mutatnak. Az elsőévesek 35%-a, míg a végzősök 13,8%-a dohányzik jelenleg. Az elmúlt 1 hónapban alkoholt fogyasztott tanulók aránya átlagosan 60%-os prevalenciát mutatott. Az elsőévesek 22,5%-a, a végzősök 37,9%-a végez rendszeres testmozgást.

A felmérésben résztvevő hallgatók a prevenció munkaszempontjából lényegesnek tartják, hogy felsőoktatási tanulmányaik során az egészségfejlesztési feladatokra való felkészítésen túl saját egészségi állapotuk, illetve közvetlen környezetük egészséges életviteléhez is támogatást kapjanak. A kapott ismeretek, készségek és szokások birtokában saját egészségi állapotuk és egészségmagatartásuk is kedvezőbb irányba fordulhat, amely nagymértékben hozzájárul a leendő primer prevenció szakember munkájának hitelességéhez.



7. ábra

„Ön hiteles szakembernek tartja-e magát az egészségfejlesztési feladatainak ellátásához?”  
(N=58)



## Abstract

Health promotion has become the focal point of health and education policies in Hungary just like in other countries. The results of several surveys (*HBSC*, *ESPAD*, *Hungarostudy*) warn us that the health status and health behaviour of the population are potentially seriously dangerous especially considering the prevalence of risk behaviour. Organized cooperation is needed to declare tasks and aims accurately so that such problems of the given population are to be treated in an earlier age and more efficiently. In Hungary, one member of the team dealing with these issues is the health visitor, who is an expert with the calling of serving children's health first by giving parents advice then looking after children and adolescents. A health visitor acquires the knowledge in physiology, medicine and sociology needed for her job and a wide range of skills and abilities for their duties in health promotion in a four year long training in higher education. In order to carry out tasks in health education and health promotion, which are priorities in health visitors' duties, their credibility is indispensable, the development of which training institutions play a significant role.

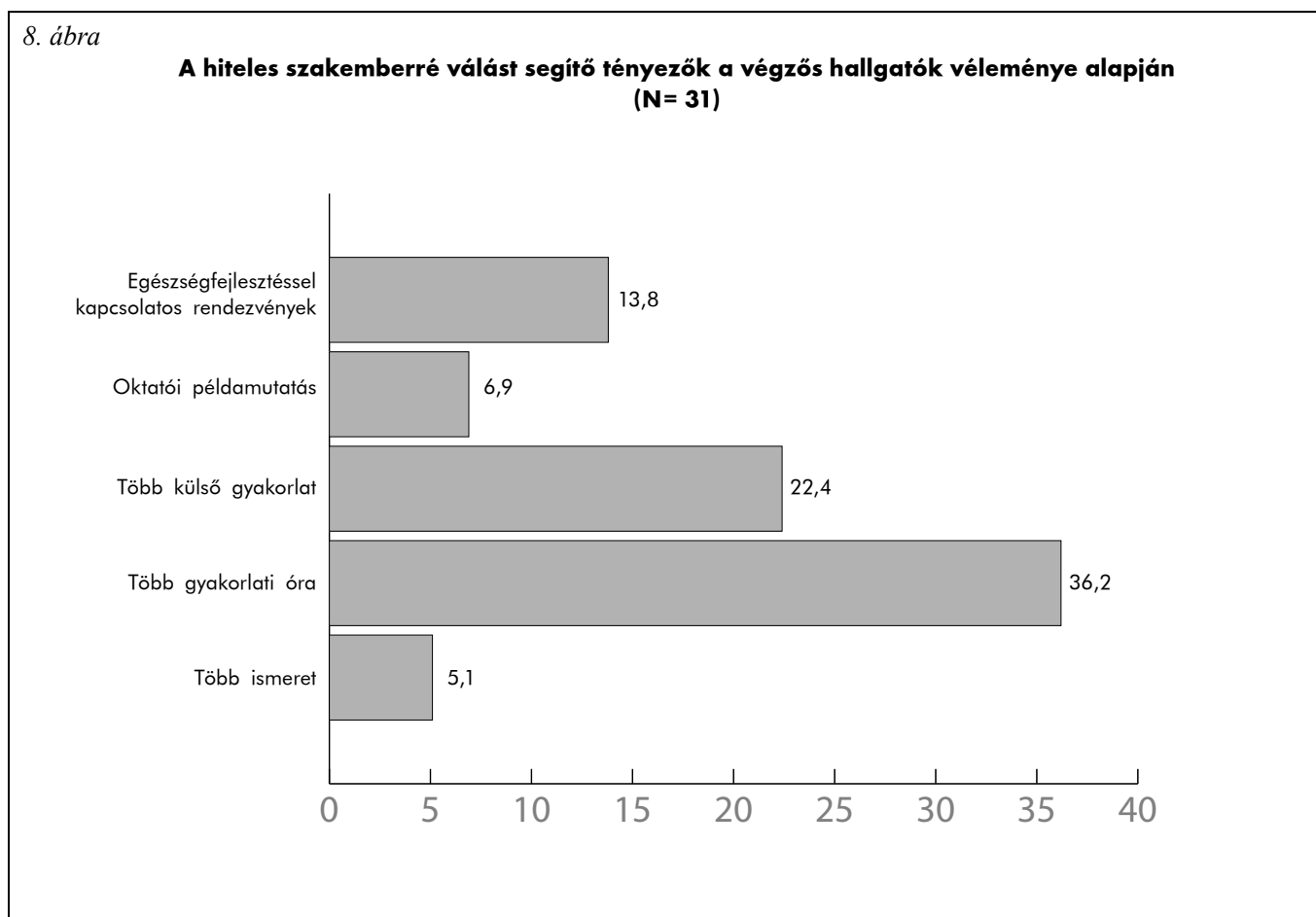
The aim of our research was to explore what role health plays in the value system of health visitor students in higher education, and also what indicators characterize the students' health status and health behaviour. Our further aim was to

learn what role the knowledge studied in these fields during their training plays in the changing of these indicators.

*Sample:* 58 senior health visitor students and 40 first year students on the health care and prevention programme specialising in health visiting took part, all studying at the Faculty of Health Sciences and Social Studies, University of Szeged.

*Method:* We used written questioning and questionnaires having three parts. In the first part the questions referred to their opinion on health as a value and on the concept of health. In the second part the questions focused on students' self-evaluation (*Rosenberg's self-evaluation scale used in HBSC*), general well being (*WHO General Well Being Index*), and general subjective well being (*HBSC*) and finally their health behaviour. In the final part of the questionnaire we analysed the connections between health promotion knowledge learnt at college and its effects on their own health. The survey was conducted in the 1st semester of the academic year 2007–2008.

*Results:* The average health value of the students taking part in the survey was 4.56 on a scale of five grades. There is a significant difference between the two year groups in the indicators of health behaviour. Considering nutrition, senior students' diet seems to be healthier than that of the first year students. The proportion of smokers: at present 35% of first year students and 13,8% of senior students smoke. The pre-



valence of students drinking alcohol in the previous month was 60% on average. 22.5% of the first year students do exercise regularly while 37.9% of the senior students do so.

The students who took part in the survey consider it important from the aspect of prevention that during their studies in higher education they should be prepared not only for working

in the field of health promotion but also they should receive support in developing their own health and the ways of life of the people near them. With the knowledge, skills and habits received, their own health and health behaviour could change for the better, which will enhance the credibility of the work of the prospective expert on prevention in primary care.

# A közoktatás/nevelés és a közétkeztetés együttműködési lehetőségei

2009. május 20., Budapest

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet (OEFI)  
és az Élelmezésvezetők Országos Szövetsége (ÉLOSZ)  
szakmai konferenciát szervez

2009. május 20-án, szerdán

a Hunguest Hotels Europa Hotels&Congress Centerben  
(1021 Budapest, Pálos u. 2.)

„A közoktatás/nevelés és a közétkeztetés  
együttműködési lehetőségei”

címmel.

*A konferencia pedagógusok számára ingyenes.*

A konferenciára iskolában oktató pedagógus  
(iskolánként legfeljebb 2 fő) jelentkezését várjuk  
(a jelentkezéseket érkezési sorrendben fogadjuk el).  
*A jelentkezés e-mailben a [regisztracio@oefi.antsz.hu](mailto:regisztracio@oefi.antsz.hu) címen  
vagy a 428-8232-es faxszámon lehetséges.*

*Tárgy: pedagógus konferencia*

*Az alábbi adatok megadását kérjük a jelentkezőktől:*

*A résztvevő neve:*

*Az iskola neve:*

*Az iskola címe:*

*Tantárgy (amit oktat):*

*Telefonszám (közvetlen elérhetőség):*

*E-mail cím (közvetlen elérhetőség):*

# Ne maradjon ki!

## Mentálhigiénés tézisek a dohányzásról\*

Dr. Funk Sándor<sup>1</sup>, Fekete György<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Nyíró Gyula Kórház, osztályvezető főorvos, addiktológus pszichiáter

<sup>2</sup>Nyugalmozott mentálpedagógus

Az Egészségügyi Világszervezet és a hazai szakárca megállapodása értelmében 2006-ban kidolgozott *Lelki Egészség Országos Programja* (LEGOP) tervezetéből (<http://www.eum.hu/hirek-esemenyek/hirek-kozlemenyek/lelki-egeszseg-orszagos>) – amelynek társadalmi véleményezése most zárul – teljesen kimaradt a dohányzás tárgyalása. Összeállítói a hiátust tudatosan vállalják. Arra hivatkoznak, hogy a szenvedélybetegségeket illetően amúgy is külön-külön programok készülnek. Azonban e megközelítés okkal kifogásolható. Messze nem felel meg a problematika súlyának és összetettségének. Az ügy szempontjából hátrányos, a könnyebb ellenállás választását jelzi. Nem veszi föl a kesztyűt a dohányfüst-mentességben ellenérdekelt gazdasági-politikai erőcsoportokkal és beletörődik abba, hogy magukat a gyógyítókat is érinti a dohányzás kórsága (holott példaadásuk perdöntő fontosságú). Ezért eltökélt javaslatunk, hogy a dohányzás kérdésköre kerüljön be a lelki egészség megvédésére és helyreállítására irányuló elképzelések országos szintű egybehangolásába. Az alábbiakban konkrét elgondolásokat fogalmazunk meg, a szerintünk helyes szemlélet és gyakorlat fő összefüggéseire koncentrálna.

1) A lelki egészség és a dohányzás egymással szoros és *ellentétes* viszonyban állnak, tehát kikerülhetetlen a dohányzás valóságos elkülönítése a nem dohányosok *lélegzésétől* és a dohányosok hathatós ösztönzése, hogy megszabaduljanak nikotínélvezetüktől. Ugyanis tudományosan bizonyított, hogy a dohányzás *káros* (mind az egyes emberre, mind a

társadalomra) – ellenben a nem dohányzás senkinek sem árt. Ráadásul a dohányzás veszélyességét *sajátos* körülmények „támogatják”, egyfelől kultúrákba beivódott volta, másfelől az a jellegzetessége, hogy gyakran ötvöződik valamilyen további addikcióval (alkoholizmus, kábítószer-fogyasztás stb.).

2) A dohányzással szemben az eddigieknél *szigorúbban, következetesebben* és komplexebben kell fellépni. Ez nem csupán az Európai Unió számos országa és az Egyesült Államok egészségpolitikai tanulságaiból következik, hanem abból a letagadhatatlan honi tapasztalatból, miszerint a nikotinfogyasztáshoz ragaszkodók (és az abból profitálók) sajnos sokszor sikerrel veszik semmibe, játsszák ki a nem dohányzók védelmét biztosító törvényünket. Emiatt különösen sérülékenyek az életkoruknál, társadalmi státuszuknál és/vagy egészségi állapotuknál fogva elesett-kiszolgáltatott polgáraink: a várandós anyák, a gyermekek, a diákok, az idősek és a betegek.

3) A dohányzás *szabadságjoga* értelmetlen fogalom. Igaz ugyan, hogy rengeteg más tolerált civilizációs negatívum létezik, azonban a dohányzás semmilyen pozitív össztársadalmi hatást vagy akár mellékhatást nem eredményez. A nikotinszennedélynek való hódolás szabályozott-korlátozott lehetőségét indokolt kialakítani, amely mindig alárendelendő a dohányfüst-mentesség általános elsőbbségének. Ez azt jelenti, hogy amennyiben nem speciálisan dohányzásra

\*Jelen anyagunkat a LEGOP – 2009. március 4-én, az Egészségügyi Minisztériumban tartott – konszenzuskonferenciájához beterveztettük.

kijelölt helyen kerül közös légtérbe nem dohányos és dohányozni akaró személy, mindenkor a dohányos alkalmazkodjon a dohányzásnélküliség jelzett kívánságához (a számszerű megoszlástól függetlenül). A *média* pedig különleges felelősséget visel a tekintetben, hogy a társadalmi vélekedésben a dohányzás és a nem dohányzás ne kerüljenek egymással ekvivalenciába.

4) Stratégiai fontosságú cél, hogy az orvosoktól, ápolóktól, egészségügyi asszisztensektől, a gyógyításban-megelőzésben-rehabilitációban tevékenykedő pszichológusoktól, szociális munkásoktól és gondozóktól, valamint a bölcsődei-óvodai dolgozóktól, továbbá a pedagógusoktól és andragógusoktól néhány éven belül ténylegesen megkövetelhető legyen teljes körű munkahelyi *dohányzásmentességük* (munkavégzés közben már most is előírás), évtizednyi távlatban nikotinabstinenciájuk. E foglalkozási körökben ugyanakkor nem halasztható elvárásként érvényesítendő, hogy a bennük dolgozó munkatársak – vonatkozó helyzetekben – kiálljanak a dohányzás ártalmas voltának tétele mellett (soha el nem hallgatva, hogy az a többi ember ellen irányuló negatív következményekkel jár).

5) Késedelem nélkül kialakítandóak az egészségügyi intézményekben ápolt betegek dohányfüsttől való oltalmazásának *specifikus* feltételei.

6) Az egészségvédő felvilágosításban nyomatékosítandó, hogy a dohányosok szembesítése dohányzásukkal *nem megalázza* őket, hanem valódi önállóságukat támogatja.

7) Módszerelvként követendő, hogy a dohányzás megítéléséhez való egyéni – dohányos és nem dohányos – viszonyulások értékelésekor, valamint a nikotinfüggő személyiség tipizálásánál a társadalmi tudat hátrító mechanizmusaira (kodependencia, előítéletesség, bűnbakolás) fokozott *figyelem* fordítása szükséges.

8) A dohányzástól való megszabadítás módszerei közé – miként a szenvedélybetegségektől óvó személyiségfejlesztésbe általában – fölveendők a *mentálpedagógia* eszközei (hősterápia, bűnbakkereső cseretechnika, perújító dialógus stb.).

9) A dohányzásmentesség szempontjából legérzékenyebb ágazati területeken (egészségügy, szociális ellátás, oktatás, közigazgatás, közlekedés, kereskedelem) a segítség és a kötelezés dialektikájára épülő különleges *munkahelyi* dohányzásleszoktató programokat kell indítani. Ilyen jellegűeket az *iskolák* tanulói számára is, hiszen esetükben a leszoktatás a megelőzéssel egyenrangú feladattá vált.

10) Az állami-önkormányzati irányítás elfogadja, hogy az itt vázolt koncepció konkrét kimunkálásában az érintett *szakmák* érdemben részt vesznek.

2009. március 1.

## A férfi és női nemi különbségek jelentősége a vastagbélrák megelőzésében

Prof. Dr. Métneki János

Országos Egészségfejlesztési Intézet

Már a nagy görög eposzok is a férfiak hősi tetteiről, erejéről, helytállásáról szólnak, azaz olyan tulajdonságokat mutatnak fel, amelyek – számos más jellegzetességgel együtt – a köz tudatban mind a mai napig az erősebb nemnek tartott és mondott férfiakhoz kapcsolódnak. Lehet azonban, hogy sok esetben mégis az erősebb a *gyengébb*? Mindazok az eléggé ismert *eltérések* ugyanis, amelyek a férfiak és a nők egyes megbetegedései és halálzási adatai között jelentkeznek, inkább a férfiak gyengeségére, sebezhetőbb voltára utalnak.

Az Egészségügyi Világszervezet a 2008-as év egyik központi témájaként a *vastagbélrákot* jelölte meg. A különbségek, amelyek az említett férfi és női adatokban megmutatkoznak, a vastagbélrák esetében is jelen vannak.

Az alábbiakban néhány idevonatkozó cikk adatait felhasználva mutatok fel – közel sem a teljesség igényével – néhány olyan jellemző tényezőt, amelyek elsősorban a *különbségeket* és azok okait igyekeznek feltárni a férfi és a női vastagbélrák vonatkozásában.

A vastagbélrák világszerte a *harmadik fő okként* szerepel a rákhalálzásban, különösen a fejlett országokban. Így például 2002-ben több, mint félmillió halottja volt és ennek több, mint fele adódott a férfiak közül. A magyarországi összes, vastagbélrákban elhunytak száma 2004-ben közel 5000 volt, ebből nálunk is a férfiak száma 20%-kal haladta meg a nőké. A vastagbélrák a férfi és a női lakosságot ugyan egyformán érinti, azonban – ahogyan látni fogjuk – mégis jelentős *különbségek* vannak a betegség kialakulásában, a veszélyeztetettségben, a megbetegedési, valamint a halálzási mutatókban.

A vastagbélrák *megbetegedés* adatainak férfi–nő aránya meglehetősen változatos képet mutat. Az USA, Ausztrália és néhány európai ország adatait figyelembe véve ez 1,2:1–1,7:1 a férfi oldal javára. Növekedés elsősorban az észak-, a dél- és a kelet-európai országok férfilakossága körében van, míg a nők megbetegedése változatlan, illetve némileg csökken. A 2001–2006 közötti magyar adatok szerint is a férfiak megbetegedése 1,3%-kal nőtt, a nőké 3,6%-kal csökkent. Az Egyesült Államokban a mindkét nemnél jelentkező csökkenés mellett a férfiaknál ez gyorsabb. Ugyanitt a feketék körében magasabb a megbetegedési szám, de kisebb a férfi–nő különbség. Kanadában viszont a bennszülött indiánok férfi–női vastagbélrák megbetegedési aránya kisebb a lakosság egészéhez viszonyítva.

Hasonlóan a megbetegedés adataihoz a vastagbélrák *halálzásában* is a férfiak veszélyeztetettsége nagyobb, mint a nőké. Az arány 1,4:1–1,7:1 a férfiak javára.

A vastagbélrák-halálzás az USA-ban mindkét nemnél jelentkező csökkenő tendenciával szemben Európában stagnál, illetve a férfiak körében éppen növekszik, de nemek szerint nem egyenlő arányban. Portugáliában például 1988–1998 között a férfiak körében a vastagbélrák-halálzás 25%-kal nőtt, míg a nőkké ugyanezen időszak alatt csak 5%-kal. Magyarországon 1999 és 2004 között a férfiaknál a halálzás 4,6%-kal nőtt, a nőknél 2,3%-kal csökkent. Az USA-ban a megbetegedésekhez hasonlóan a feketéknél mindkét nemnél egyformán magasabb a halálzás, viszont az indián és az alaszki bennszülöttek között alacsonyabb.

A férfiak és a nők eddig ismertettelt eltérő *adatai* mögött a kutatók és a téma szakemberei különböző okokat találtak. Ezek szerint a *genetikai-öröklött* tényezők a megbetegedések 20–30%-ban mindkét nemnél egyformán szerepet játszanak.

A betegséggel kapcsolatos jelentős, 70–80%-os férfi–női különbség hátterében viszont *a sex, a nemi jelleg, illetve a gender, a nemi szerep* körébe tartozó tényezők keresendők.

A *nemi jelleg* tényezőinek: az anatómiai-biológiai, valamint a reprodukciós rendszer férfi–női különbségeinek befolyása részben a vastagbélrák *elhelyezkedésének* különbözőségében jelentkezik. Így a nőknél a biológiai, hormonális tényezők hatása következtében inkább a jobboldali, míg a férfiaknál a baloldali rák a gyakoribb. Ugyancsak a női hormonok védő hatásának van szerepe a női rák későbbi korban történő megjelenésében.

A *nemi szerep* egészségi vonatkozásban a férfiasságnak és a nőiességnek az *egészségi magatartásban, a társadalmi szerepben* megnyilvánuló különbségeit foglalja magában. A nemi szerep befolyásának a vastagbélrákban elsősorban az egészségi magatartás, az életmód olyan tényezőinek van szerepe, mint a testsúly, a táplálkozás, a fizikai aktivitás, az egészségi ismeretek, a tünetekre való figyelem, valamint az egészségi szolgálat, a szűrés igénybevétele.

A nagyobb testsúly, az *elhízás* a vastagbélrák egyik rizikótényezője. A két nemnél mért *magasabb BMI-index* esetén azonban a férfiak rizikója a nagyobb. Befolyása van *életkornak* is a testsúlyra: a rizikó a férfiaknál 55–69 éves, a nőknél 30–45 éves korban jelentkezik. A *metabolikus szindróma*: a

hasi elhízás, a magas koleszterinszint, a magasabb vérnyomás, az inzulinrezisztencia jelentkezése, mint rizikó inkább a *férfiakra* jellemző. A testsúly becslésében is van különbség. Egy vizsgálat szerint a férfiak inkább magasabbra, a nők alacsonyabbra becsülik, de ez valóban így lehet, mert egy európai adat szerint a férfiak fele, a nőknek viszont 35%-a elhízott.

Különbségek vannak a két nem *táplálkozásában*, annak összetételében, ami megmagyarázza a két nemnél jelentkező rizikót. Egyes ételféleségek fogyasztásának különböző a rizikója. A vörös hús jelentős fogyasztása, a grillezés jelenti a nagyobb rizikót. Ez a legtöbbször velejáráó korszó sörökkel együtt a *férfiakra* jellemző: a státusz, a férfiasság, az izomfejlesztés szimbóluma. Főleg a fejlett országokban elterjedt férfi evési szokás. Védő, csökkentő tényező lehet viszont a több zöldség-gyümölcs, az alacsony zsírtartalmú tej, a rostos anyagok, ételek, magvak fogyasztása, de ez inkább nőkre jellemző.

A *fizikailag aktív* személy vastagbélrák rizikója kisebb, mint az inaktívaké. A mozgás kedvező hatása a testsúly csökkentésében férfiaknál és nőknél egyaránt jelentkezik, de nem egyformán. Ennek mechanizmusa még nem eléggé tisztázott, valószínűleg a tevékenység *hormonális rendszerre* való hatása lehet a háttérben, ami a férfiaknál és a nőknél különböző. A magas ösztrogénszint, ami a nők vastagbélrákjában játszik szerepet, a rendszeres fizikai aktivitással nem csökken, viszont a férfi hormonokra pozitív hatása van.

Számít a különbségben a tevékenység *erőssége és időtartama* is, ami a két nemnél általában eltérő. A rendszeres fizikai aktivitás azonban önmagában nem elegendő, mert akkor igazán hatásos, amennyiben kapcsolódik hozzá a helyes táplálkozás, a megfelelő testsúly, a nem dohányzó, nem alkohollizáló egészséges életmód.

Jelentősen függ a nemtől a vastagbélrák három ismert *szűrési* módszere közötti választás. *Széketvizsgálatra* inkább a nőknél kerül sor. Egy 2002-es vizsgálat szerint az amerikai nők 46%-a, a férfiak 42%-a vette igénybe a vizsgálati csomagot. Egy angol vizsgálatban ez az arány 55–51%, egy másik francia vizsgálatban 55,5–49,7% volt. A szigma-, illetve a *kolonoszkópos* vizsgálatra a nők ritkábban mennek el. Egy USA vizsgálat szerint a férfiak 33,9%-ban, a nők 32,6%-ban vettek részt, két európai vizsgálat is eltérést mutatott a férfiak javára. A kor befolyása: 64 évesig nagyobb, 10%, 65 év felett már csak 5% a férfi–nő különbség.

A különbségek háttérben egyéb, elsősorban a *nemi szereppel* összefüggő tényezők is találhatóak. A *férfiakra* jellemző, hogy csak hosszabb idővel az első tünetek megjelenése után fordulnak orvoshoz. Ez összevág azzal a tapasztalattal, hogy a férfiak *ismeretei* a rákra figyelmeztető jelekről hiányosabb, mint a nőkké és ezért kevésbé fogják fel a jelentkező tünetek veszélyességét, a tüneteket más okoknak, csupán átmenetinek tulajdonítják. Kevésbé fogadják el a megelőzés mindennapos gyakorlatát, ritkábban keresik fel az orvost megelőzési célból, a szűrés lehetősége kevésbé ismert. Jelentősége van a férfi, a *hím szerepnek*: a fizikai erő, a rámenősség, a sebezhetetlenség, az önmagára való támaszkodás, ami ellentétben áll mások, így még az orvosi segítség igénybe vételével is. Hivatkozás még az időhiány is. Pozitív jelenség viszont a férfiak magatartásában manapság a menedzserretnél az éves kivizsgálás elterjedése.

A nők tapasztalatai, ismereteik és részvételük más női szűrésekben az újabb program elfogadását támasztja alá. Gyakrabban kerülnek egészségi gondozásba terhesség, gyermekgondozás, családtervezés, hormonkezelések során, így több az egészségi ismeretük, megszokottabb az orvoshoz fordulás, nagyobb a felelősségük önmaguk, de a család és a férfiak egészsége iránt is. Abban, hogy a nők inkább a széketvizsgálatban vesznek részt, szerepe van annak, hogy kolonoszkópiában nőknél gyakrabban fordul elő bélgörcs, fájdalom, a bél megtörése. A félelem a beavatkozástól is befolyással van arra, hogy inkább a széklésűrést választják. Néhány vizsgálat arra is utal, hogy a nők szívesebben fogadják el a női szakvizsgálót.

## Összefoglalás

A vastagbélrák a férfi és a női lakosságot ugyan egyformán érinti, de mind a megbetegedési, mind a halálozási mutatókban jelentkező jelentősen magasabb férfi adatok a férfiak nagyobb veszélyeztetettségére utalnak. A különbségek háttérben a nemi jelleg, a sex, valamint a nemi szerep, a gender körébe tartozó tényezők keresendők. Az előbbieken az anatómiai-biológiai, valamint a genetikai rendszer különbségeinek befolyása érvényesül, az utóbbiakat a két nem egészségi magatartásában, a társadalmi szerepben megnyilvánuló olyan eltérések jellemzik, mint a testsúlyban, a táplálkozásban, a fizikai aktivitásban, a szűrési részvételben, az egészségi ismeretekben jelentkező különbségek.

## Irodalom

- Payne, S. (2007): „Not an equal opportunity disease – a sex and gender-based review of colorectal cancer in man and women. Part I–II.” *The Journal for Men's Health and Gender*, Vol. 4., No. 2–3., 131–139., 251–256.
- Events, R. E. C.–Brotherstone, H.–Miles, A.–Wardle, J. (2005): „Gender

differences in early detection of cancer.” *The Journal for Men's Health and Gender*, Vol. 2., No. 2., 209–217.

- Stewart, D. E. (2004): „What about Men's Health? A Chair of Women's Health perspective.” *The Journal for Men's Health and Gender*, Vol. 1., No. 1., 20–22.

- Szabolcs, O.–Kásler, M. (2007): „A rosszindulatú daganatok morbiditási és mortalitási helyzete.” *MOTESZ Magazin*, 2., 14–21.

## Célkeresztben az anyagcsere

### A megfelelő táplálkozás és a rendszeres fizikai aktivitás a kiegyensúlyozott anyagcsere záloga

Dr. Pados Gyula

A Táplálkozási Fórum elnöke, címzetes egyetemi docens

**A**z *anyagcsere* szó nagyon elterjedt a magyar szóhasználatban. Az interneten rákeresve a másodperc töredéke alatt 89 000 találatot kapunk. Ugyanakkor a fogalom körül számos dolog tisztázatlan. Az emberek jelentős része a testnyílásokban zajló, kiválasztásban lévő folyamatokat érti alatta, holott az anyagcsere jóval több, mint tápanyagok bevitele és azok távozása a szervezetből. Gyakran azért használjuk az anyagcsere szót, mert kerülni akarjuk a vulgáris – széklet, vizelet – kifejezéseket. Az anyagcsere valójában az a folyamat, amikor az élőlények anyagokat vesznek fel környezetükből, azokat felszívódásra alkalmassá bontják, beépítik sejtjeikbe, energiaként raktározzák, vagy megváltozott formában a szervezetből eltávolítják.

Beszélhetünk továbbá a tápanyagok anyagcseréjéről is, ugyanis a szervezetünkbe kerülő tápanyagok (fehérjék, szénhidrátok, zsírok) a szervezeten belül egymásba is átalakulhatnak. A szénhidrátfelesleg cukorbetegséget, túl sok zsírral együtt magas koleszterinszintet, érlemeszesedést idézhet elő. Jelen tudásunk szerint a fehérjék az izmok építését támogatják, hőtermelő, telítettségérzést okozó hatásukkal a testsúlycsökkenésben játszanak szerepet. Ezek nem a táplálékban, hanem a szervezet belsejében játszódó anyagcsere-folyamatok, amelyek hormonális és idegrendszeri ellenőrzés alatt állnak. Az orvostudományban az anyagcsere-problémákkal elsősorban az endokrinológusok foglalkoznak, de a diabetológusok, lipidológusok, obezitológusok is nagy mértékben érintettek.

Az emberek életmódja hatással van az anyagcserére. A táplálkozási zavar, a mozgáshiány elhízást és a hozzá kapcsolódó diabéteszt, magas koleszterinszintet, magas vérnyomást okoz. Az időjárásnak is van bizonyos hatása, melegben az anyagcsere gyorsul, hidegben lassul, télen inkább híznak az emberek. A fizikai tréning növeli az alapanyagcserét, napi 45 perc fizikai tréning ezt a hatást még 2 napig fenntartja.

Még az egészséges szervezetnek is – ha mérsékelten is –, de szüksége lehet az anyagcsere élénkítésére. Testmozgással és a megfelelő étrend megválasztásával mindenképpen pozitív irányban befolyásolhatjuk a szervezetünkben zajló folyamatokat. Az antioxidánsokban gazdag tápanyagok szervezetünkbe juttatásával például kedvezően befolyásolhatjuk a belső anyagcsere-folyamat részeit képező *oxidációs folyamatokat*. Az oxidációs folyamatok és a szervezetben található ún. *antioxidáns anyagok* közötti egyensúly – az előbbiekre javára történő – felborulása esetén ún. *oxidatív stressz* alakul ki. Ez a folyamat együtt jár a szabadgyökök keletkezésével, amelyek számos betegség kialakulásában játszhatnak szerepet.

Az egyik leghatékonyabb antioxidáns a zöld teában található ún. epigallokatekin-gallát, rövidítve EGCG. A zöld tea fogyasztása – koffeintartalma miatt is – élénkíti az anyagcserét, a központi idegrendszert, az agy, a szív és a vese vérkeringését, gyorsan átjut a vér-agy gáton, szellemi frissességet okoz, javítja a memóriát és a tanulást. A zöld tea fogyasztásának előnyeivel számos tudományos vizsgálat is foglalkozott, amelyek szerint rendszeres fogyasztásul hozzájárulhat a szív- és érrendszeri betegségek megelőzéséhez.



# Minden élet alapja az anyagcsere

## Az anyagcsere-folyamatok hatása egészségünkre

Antal Emese

A Magyar Dietetikusok Országos Szövetségének elnöke, dietetikus, szociológus

**E**gyre többet hallunk róla, hogy az egészséges életmód és a betegségmegelőzés szempontjából alapvető jelentőséggel bír a kiegyensúlyozott anyagcsere. Mi az anyagcsere feladata és mit tehetünk mi magunk az anyagcsere-folyamatok élénkítése érdekében? – Antal Emese, dietetikus, szociológus, a Magyar Dietetikusok Országos Szövetségének elnöke válaszol.

„A látszólag egymástól független egészségügyi problémák, mint például a magas vérzsír-szint, az elhízás, vagy a magas vércukor szint, ok-okozati kapcsolatban állnak anyagcsere-nyegünk egyensúlyának valamilyen mértékű felbillenésével. A megfelelő étrend összeállításával a bevitt energiamennyiség szabályozható, ami által nagymértékben csökkenthető számos betegség kialakulásának kockázata.”

**Az anyagcsere funkciója** – Minden élő szervezet működésének alapvető feltétele, hogy a működéshez energiát hordozó táplálékra van szüksége. A környezetből felvett tápanyagokat a szervezet kémiai reakciók sorozatán keresztül energiává alakítja, illetve alkalmassá teszi a felszívódásra. Ezek a folyamatok teszik lehetővé a mozgástól kezdve a gondolkodáson át a növekedést, vagy a sejtek reprodukcióját.

**Metabolikus egyensúly** – Az anyagcsere-folyamatokat két csoportra oszthatjuk. A lebontó (*katabolikus*) reakciókban a táplálék molekulái (szénhidrátok, fehérjék, és zsírok) bomlanak le, miközben energia termelődik. Az építő (*anabolikus*) folyamatok során a felszabadult energia segítségével összetett makromolekulák (fehérjék, nukleinsavak) képződnek. A folyamatokhoz kapcsolódik a *termogenezis* fogalma, amelynek során anyagcsere-nyegünk fokozása közben hő termelődik. Szervezetünk – mint egy tökéletes gépezet – szabályozza ezeket a folyamatokat, alkalmazkodik a változásokhoz és bizonyos határig kompenzálja az egyensúly esetleges felbomlását.

**Alapanyagcsere** – Alapanyagcsere-nyegnek nevezzük azt a minimális energiaszükségletet, amelyet nyugalomban levő ember mérhetünk. A nyugalmi anyagcsere az alapvető életfunkciók – szív- és légzés, idegi működés – biztosításához szükséges energiamennyiség.

**Ha felborul az egyensúly** – A leggyakoribb okok és következmények az elhízás, a cukorbetegség, a magas vérzsír-szint, az érlemezésedés, a szívbetegségek és a hormonháztartási zavarok, amelyek esetén felborul az egyensúly és kezelést igénylő kóros állapotok alakulhatnak ki. A 10 vezető halálok közül 5 a nem megfelelő táplálkozásra vezethető vissza.

**Az anyagcsere befolyásoló tényezők** – A legfontosabb tényezők közé a kor, a nem, a táplálkozás, a fizikai aktivitás és az élvezeti cikkek tartoznak. Mivel a kor előrehaladtával fokozottan csökken az alapanyagcsere, korábbi testsúlyunk megőrzéséhez egyre kevesebb energia bevitelére, vagy több energia felhasználására van szükség.

**Az aktív sportolóknak 5%-kal nagyobb az alapanyagcsere-nyeg** – Az egyensúly eltolódásához vezethet a fizikai aktivitás hiánya, a mozgásszegény életmód. Az aktív, rendszeres fizikai tréning növeli az alapanyagcsere-nyegét. Rendszeres fizikai aktivitás esetén ugyanis nő az izomszövet tömege. Mindemellett az izommunka olyan hormonális, idegi változást indukál, ami fokozza az anyagcsere-folyamatok intenzitását. A testmozgás hosszú távú hatásai közül a legfontosabbak, hogy csökken a zsírszövet és a vérzsír mennyisége, csökken a cukorbetegség, a szívbetegségek kockázata, erősödik az immunrendszer és fokozódik az étvágy.

**A testmozgás mellett a megfelelő étrend megválasztásával tudjuk pozitív irányba befolyásolni a szervezetünkben zajló folyamatokat.** Az anyagcsere-folyamatok részét képezik az úgynevezett *oxidációs folyamatok*, amelyek során az egészséges sejteket károsító szabadgyökök keletkezhetnek. A szabad gyökök károsító hatásait az úgynevezett *antioxidáns anyagok* képesek megkötni. Az antioxidánsok rendszerint szerves vegyületek, ilyenek többek között a C-, A-, E-vitamin, flavonoidok, karotinoidok. Manapság egyre több kutatás foglalkozik a zöld teában található EGCG (epigallocatekin-gallát) nevű vegyülettel, amelyet az egyik leghatékonyabb antioxidánsként tart számon az orvostudomány. A zöld tea nemcsak az emésztőrendszerbe került zsírokat bontja le, hanem a régóta jelen lévő zsírrétegek lebontását is elősegítheti, növelve ezzel a bőr rugalmasságát.

# Rémhír vagy valós veszély?

## A globális felmelegedés

Galgóczi Dóra

Országos Egészségfejlesztési Intézet

Klímakutatók vizsgálatai szerint bolygónk felmelegedése folyamatosan zajlik. Az utóbbi 30 évre visszatekintve megállapították, hogy évtizedenként 0,2°C-kal emelkedett az átlaghőmérséklet, s a jövőre tekintve kedvezőtlenebbek a kilátások. Az átlaghőmérséklet az elkövetkező 50 évben akár 2–3°C-kal is növekedhet. Soha nem tapasztalt forróság nyaranta, hóesés nélküli telek – egyelőre ennyit érzékelünk a változástól, ám kell-e tartanunk Földünk egészére ható következményektől, egészségünket befolyásoló káros hatásoktól? (Forrás: ENSZ – *A világ helyzete 2002-ben.*)

### A klímaváltozás okai

A klímakutatók – bár több oldalról közelítik meg a változás okait – egyetértenek abban, hogy leginkább az üvegházhatású gázok kibocsátása a felelős. Mi történik, ha ezeknek az anyagoknak jelentősen megnő a koncentrációja a levegőben?

A szén-monoxid, a metán, a halogénezett szénhidrogének és a dinitrogén-oxid a legveszélyesebbek. A levegőbe kerülve burkot képeznek, amely beengedi a napfényt, ám csak kis részét engedi ki a földfelszínről visszaverődő fénynek. Ezáltal a hőmérséklet fokozatosan emelkedik.

Az üvegházgázok miatti felmelegedés üteme tízezer éve a mai iparosodott világban a legnagyobb, az éghajlatváltozás akár tízezerszer gyorsabb, mint korábban a földtörténet során. Az ENSZ 1988 óta működő, 2500 klímazakértőből álló hivatalos testülete megállapította: a jelenlegi légköri szén-dioxid- és metánkoncentrációja (mindkettő üvegházgáz) 650 ezer éve most a legmagasabb. Sarkvidéki jégmintákból kimutatták, hogy a jelenlegi gázkoncentráció közel másfélszerese az ipari forradalom előtti szintnek. Bolygónk történelme során ennél sokkal komolyabb felmelegedések és lehűlések is előfordultak már, de ilyen gyorsaságú változásra, amelyet most tapasztalhatunk, még nem igazán volt példa.

Természeti tényezők is szerepet játszanak a folyamatban: a vulkáni és naptevékenység változásai, az óceánok pufferhatása. A természeti és emberi tényezők arányát nem lehet egyértelműen megállapítani, együttesen és egymásra kölcsönhatással fejtik ki befolyásukat az éghajlatra.

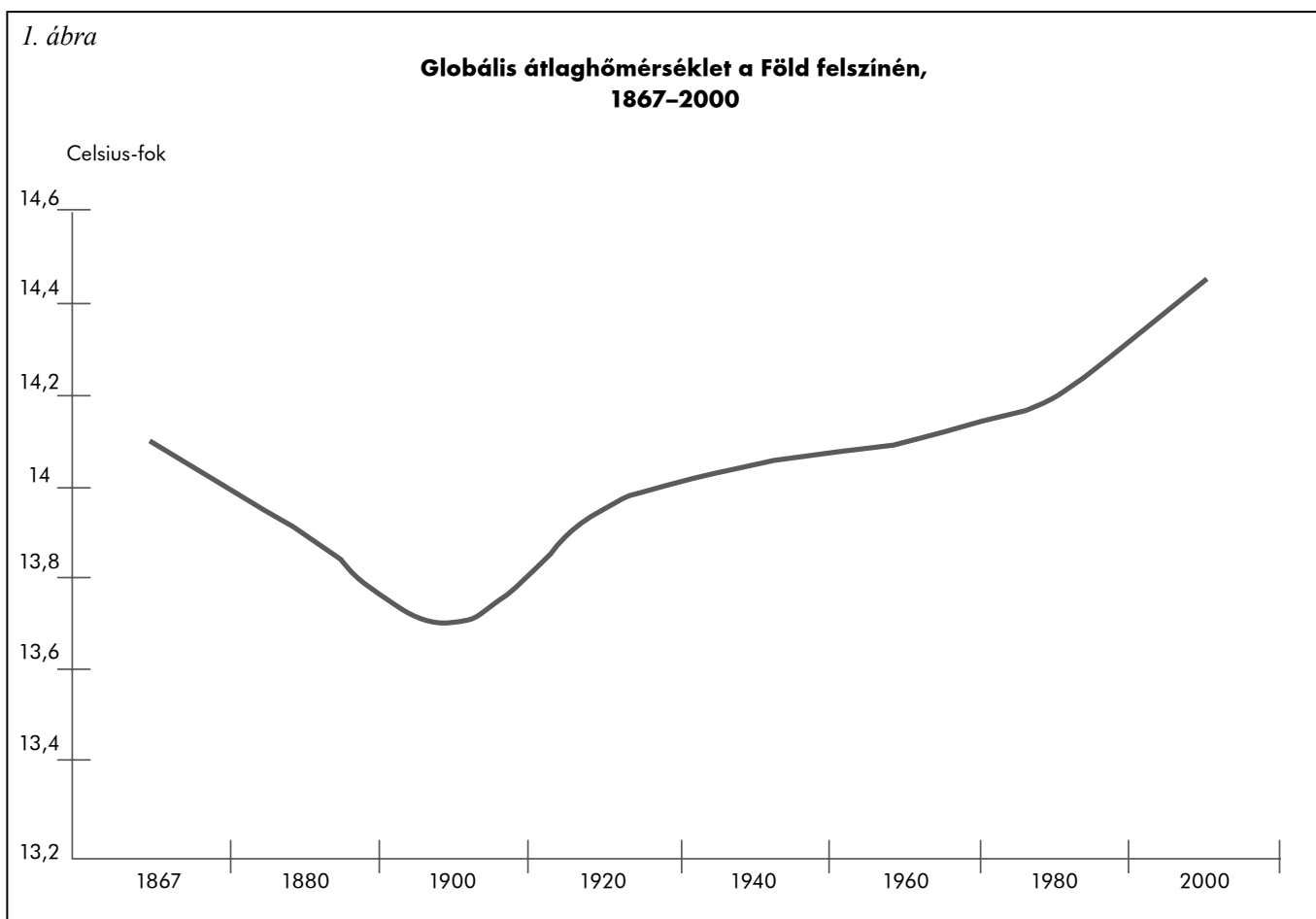
Közvetett okként nem elhanyagolható az ózonréteg csökkenése, az esőerdők irtása – míg a káros hatásokat ellensúlyozó széndioxid mennyisége csökken.

### Eltűnő jéghegyek, áradó tengerek: Földünkre gyakorolt hatások

Az éghajlatváltozás szerteágazó hatásairól számos nemzetközi és hazai tanulmány készült. Átfogó elemzést nyújt a *Stern-jelentés*, amelyet Sir Nicolas Stern brit közgazdász állított össze 2006-ban. Az IPCC (*Intergovernmental Panel on Climate Change*), amely egy nemzetközi kormányközi szervezet, szintén részletes tanulmányt készített a témával kapcsolatban.

### A kutatók megállapításai a Föld egészét érintő hatásokról:

- Az Északi-sarkvidéken növekedni fog a téli átlaghőmérséklet, emelkednek a tengerszintek, a jégtakaró oladásának következtében gyakorivá válnak az áradások.
- A gleccserek oladása szintén elsősorban az áradások kockázatát fogja növelni, majd erőteljesen csökkenti a vízkészleteket, a világ lakosságának mintegy egyhatodát veszélyeztetve, főként az indiai szubkontinensen, Kína bizonyos részein és a dél-amerikai Andokban.
- Az óceánokba kerülő hatalmas tömegű édesvíz következtében irányt változtathat, vagy akár meg is szűnhet a Golf-áramlat. Így az áramlat eddigi éghajlat-befolyásoló hatása megszűnik. Az észak-európai telek így jóval hidegebbek lehetnek.
- A rendellenes tengeráramlások, amelyeket együttesen El Nino-jelenségnek neveznek, egyes területeken viharokat és áradást, másutt aszályokat okoznak. A klímaváltozás következtében a három-hét évenként ismétlődő periódusok jóval gyakrabban térnek majd vissza.
- Az északi-sarkvidéki tavak eltűnése: a tavak alatt a fagyott talaj felenged, ennek következtében a tó vize elszivárog.
- Az életközösségek különösen sebezhetőek lesznek az éghajlatváltozás miatt, 2°C-os felmelegedés esetén a fajok mintegy 15–40%-a halhat ki. Az óceán elsavasodása – ami egyenes következménye a széndioxid-szint emelkedésének – hatással lesz a tengeri életközösségekre, így a halállomány is károsodni fog.
- Az átlaghőmérséklet emelkedésével párhuzamosan az állatfajok 20–30%-át érinti a kihalás veszélye. A növényvi-



lág élettere megváltozik, egyes fajtáknál már most megfigyelhető, hogy északabbra húzódtak.

### Életterünk, egészségünk – hogyan érint a változás?

A globális felmelegedés, a természeti tényezők, időjárási jelenségek nagymértékű változása egyértelműen hatást gyakorol a Föld lakosságának egészségére.

Az élelemhez való hozzájutás, a lakóhelyek biztonsága, a betegcsoportok gyakorisága – életünk számtalan területét befolyásolja a klímaváltozás. Melyek a legfőbb tények, amelyekkel számolnunk kell?

- A terméshozamok csökkenése, különösen Afrikában, emberek millióit foszthatja meg az elegendő élelem megtermelésének vagy megvásárlásának lehetőségétől. A közepes és magas szélességi fokon fekvő termőhelyeken, a mérsékelt hőmérséklet-növekedésnek köszönhetően (2–3°C), a terméshozamok emelkedhetnek, de nagyobb felmelegedés esetén ismét csökkennek. 4°C vagy afölötti emelkedés esetén valószínűleg komoly veszélybe kerül a globális élelemtermelés.

- Az éghajlatváltozás következményeként az alultápláltság és a hőség okozta halálesetek száma világszerte emelkedni fog. Példaként a 2003-as hőhullámok szokatlanul magas halálzási mutatói említhetőek Nyugat-Európában,

Alaszkában, Kanadában és Ausztráliában. Franciaországban, Spanyolországban, Olaszországban és más nyugat-európai országokban – beleértve Angliát is – majdnem 35 000 ember esett a hőség áldozatául. Ilyen hőhullámok a történelem folyamán egy évszázadban 1–4 alkalommal fordulnak elő, a kutatások szerint 2050-ig négyévente számíthatunk rá.

- Az állatok terjesztette betegségek egyre inkább elterjedhetnek, ha nem tesznek hatékony óvintézkedéseket. A ragályos betegségek kedvelik a meleget, a magas páratartalmat, az esőzéseket, és ezek hatással vannak egyes moszkítófajtákra, amelyek a maláriát, a dengue-lázat és a sárgalázat terjeszthetik.

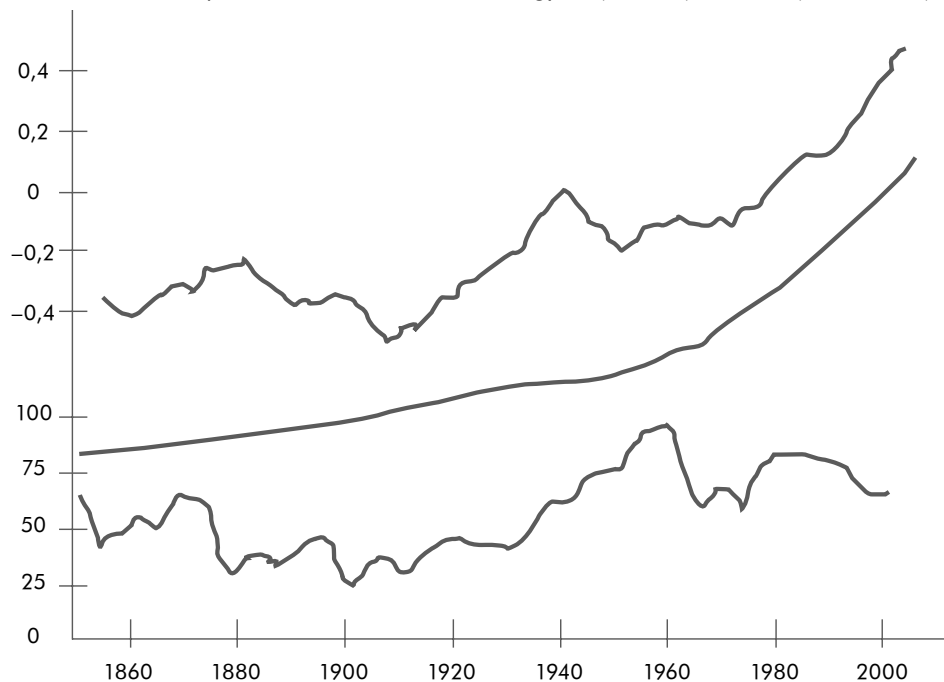
- 3 vagy 4°C-os felmelegedés esetén – a tengerek vízszintjének emelkedése miatt – évente emberek millióit árasztja el a víz. Komoly kockázatokat rejt a tengerpartok védelme Délkelet-Ázsiában (Banglades és Vietnam), a karib-tengeri és a csendes-óceáni kis szigeteken és a nagy tengerparti városokban (Tokió, New York, Kairó és London). Egy becslés szerint a század közepére 200 millió ember veszítheti el otthonát a tengerek vízszintjének emelkedése, a heves áradások és az egyre intenzívebb aszályok miatt.

- A napi maximumhőmérséklet növekedése a szív- és érrendszeri betegségek miatt bekövetkezett halálozást növeli, különösen az idősebb korcsoportokban. Nemcsak a hőmérséklet emelkedése, hanem az időjárás változékonysága, azaz a megszokotthoz képest történő hirtelen változás is kedvez

2. ábra

**A napfoltok száma, a földfelszín hőmérséklete és a légkör szén-dioxid koncentrációja**

A napfoltok száma, a földfelszín hőmérséklete és a légkör szén-dioxid-koncentrációja. A felső a hőmérséklet változása Celsius-fokban, az alsó a napfoltok száma, a középső pedig a légkör szén-dioxid koncentrációja ppmr-ben. Utóbbi a hatvanas évekig tengerszinten, majd később a Mauna Loa hegyen (Hawaii) mérték (IPCC adat).



zötlen hatású. Az Országos Környezetegészségügyi Intézet vizsgálata szerint amikor Magyarországon a napi középhőmérséklet elérte a 25°C-ot, 15%-kal nőtt a hirtelen megbetegedések aránya, s ugyanilyen mértékben emelkedett a halálozások száma is.

- Az ultraibolya sugárzás (UVB) növekedése összefügg a bőr rosszindulatú daganatainak kialakulásával, valamint elősegíti a szürkehályog kialakulását. Az országos rákregiszter adatai szerint hazánkban a 2001–2005 közötti időszakban a rosszindulatú festékes bőrdaganatok (melanóma) száma mintegy 40%-kal növekedett.

A megnövekedett UVB-sugárzás károsan hat az immunrendszerre is: fokozódik a fertőzésekre való fogékonyság, gyengül a sejtes immunválasz, csökken a megelőző célzatú immunizálás ereje és aktivizálódnak a szervezetben bujkáló vírusok (herpesz).

A fényérzékenyek száma is jelentősen nő, jelenleg a lakosság 9%-át érinti.

- Az allergiás megbetegedések számának növekedése:

A hőmérséklet változásával az allergén növények előbb kezdik szórni pollenjüket, tovább tart tehát az allergiaszezon. Hazánkban megfigyelhető, hogy a mediterrán vidékeken őshonos, erősen allergén növények nálunk is elterjednek, további panaszokat okozva. Ez a jelenség is hozzájárul ahhoz, hogy évente 7–10%-kal növekszik az allergiás megbetegedések száma.

**Működő megoldások – nemzetközi és hazai javaslatok**

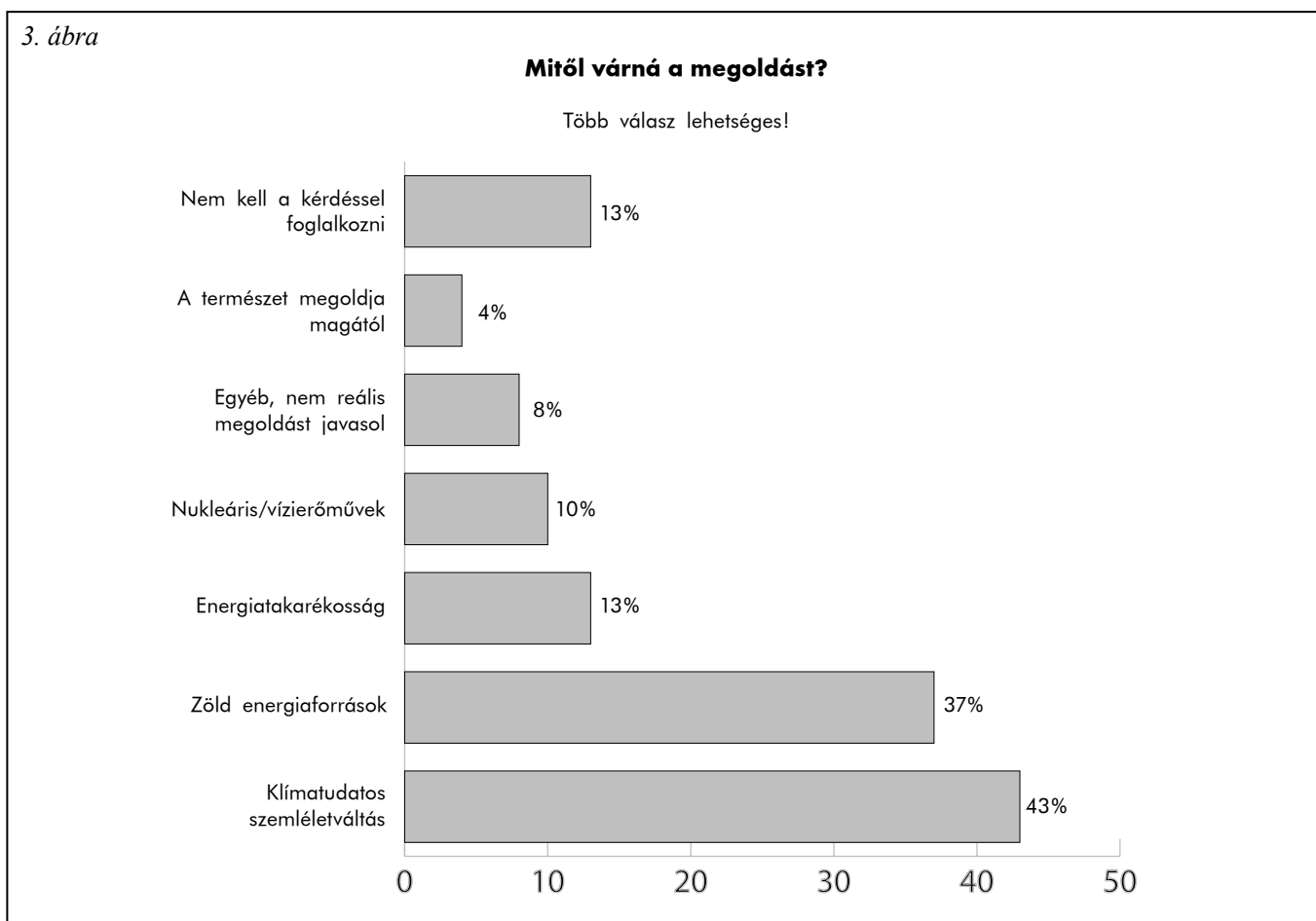
A klímaváltozás káros hatásainak mérséklésére, a folyamat lassításának befolyásolására hatékonyan csak nemzetközi együttműködéssel lehet fellépni.

Milyen javaslatok születtek az elmúlt években?

*1992, Klíma Egyezmény, Rio de Janeiro:* A Föld legtöbb országa aláírta az egyezményt, amely szerint minden országnak küzdenie kell a veszélyes klímaváltozás ellen. Főképp az iparosodott országok felelősek a klímaváltozásért, míg a fejletlenebb országok lakói inkább szenvednek tőle. Az iparosodott országok feladata, hogy a fejlődő országoknak technikai segítséget nyújtsanak, hogyan csökkentsék a káros gázkibocsátást, valamint átadják technológiai tudásukat. Minden ország felelőssége, hogy birtokában legyen az az óceánokat és erdőket fenyegető, széndioxid-kibocsátással kapcsolatos információknak. Együttműködve tervet dolgozzanak ki a klímaváltozás hatásainak kezelésére. Megvédjék az árvíz és aszály által veszélyeztetett területeket, különösen Afrikában. Átadják a lakosságnak a szükséges információkat az éghajlatváltozás hatásairól. Az aláírók minden évben találkoznak, hogy megvitassák a további lépéseket.

*1997, Kiotói Egyezmény:* 160 ország képviselői fektették le azokat a célokat, amelyek hozzájárulnak a klímaváltozás folyamatának mérsékléséhez. Céljuk, hogy 2008 és 2012

3. ábra



között a káros gázkibocsátás – az 1990-es adatokhoz képest – 5%-kal csökkenjen, s ezzel párhuzamosan növekedjen az környezetbarát szolgáltatások és termékek száma.

*IPCC (Intergovernmental Panel on Climate Change):* a kormányközi panel célja, hogy tudományos, szakmai és társadalmi-gazdasági információk biztosításával segítsen egy átfogó, objektív és átlátható képet alkotni az emberi faj okozta klímaváltozás kockázatairól, annak lehetséges hatásairól, illetve az alkalmazkodás és megfékezés lehetőségeiről. Tanulmányuk szerint a leghatékonyabb változást az épületek energiahatékonysága terén lehet elérni. Az ipar és a közlekedés területén a megújuló energiaforrások növelését kell szorgalmazni. Az erdőirtás csökkentése, valamint erdőtelepítés révén a széndioxid káros hatásainak mérséklése várható. Végül megállapítják, hogy társadalmi szemléletváltásra, a fogyasztói szokások megváltoztatására is szükség lenne.

*VaHaVa projekt, Magyarország:* A „Változás – Haladás – Válaszadás” projekt 2003-ban indult több száz tudós, kutató részvételével. A program adatgyűjtéssel, tanulmányokkal, elemzésekkel, javaslatokkal járul hozzá az éghajlatváltozás hatásainak feltárásához, a lehetséges megoldásokhoz. Átfogóan kezeli a témával összefüggő feladatokat: meteorológiai, vízgazdálkodási, természetvédelmi, mezőgazdasági összefüggésekben vizsgálja a területet és a kapcsolódó javaslatokat.

*Nemzeti Éghajlatváltozási Stratégia (N.É.S.):* A stratégia három fő elemre alapoz: az uniós egyezményeknek megfelelő intézkedések, az éghajlatváltozás kedvezőtlen hatásai elleni védekezés, valamint a tudatosság erősítése a társadalomban. Célkitűzése – összhangban a nemzetközi törekvésekkel – a káros gázkibocsátás mérséklése, a lakosság felkészítése a megváltozott éghajlathoz való alkalmazkodásra, valamint fokozott védekezés kialakítása a szélsőséges időjárási jelenségekkel szemben.

*Klíma-Egészségügyi Prevenációs Stratégia:* Az Országos Környezetegészségügyi Intézet (OKI) Klímaváltozás egészséghatás előrejelzése csoportja dolgozta ki a stratégiát. Célja a hőmérséklet-emelkedés okozta egészségkárosodások megelőzése, az ÁNTSZ-szel együttműködve klímaegészségügyi prevenciók hálózat kiépítése.

A feladatcsoportok megoszlása azoknak a területeknek tükrében alakul, amelyeket a klímaváltozás közvetlenül vagy indirekt módon érint. A tevékenységek közé a hőségriadóval összefüggő feladatok, a fokozottan veszélyeztetettek védelmére kidolgozott javaslatok, további kutatások összeállítása és tájékoztató anyagok készítése is tartozik.

## Rajtunk is múlik! Mit tehet a lakosság?

Az Európai Bizottság kampányt indított „Az éghajlatváltozás rajtunk múlik!” jelmonddal. Arra ösztönzi az embe-

reket, hogy mindennapi szokásaik megváltoztatásával mérsékeljék az üvegházhatású gázok kibocsátását. Példák a megvalósításra:

- Ahol lehetőség van az egyéni fűtésszabályozásra, meg kell akadályozni a lakásokban a felesleges túlfűtést.
- Energiatakarékos izzók használata.
- Az elektromos háztartási gépek ésszerű vásárlása. Sokszor felesleges beruházásnak bizonyulnak, a család nem használja ki előnyeiket.
- Családi házak esetén öntözzünk esővízzel.
- Vásárláskor válasszuk a kevesebb csomagolóanyagba burkolt terméket. Lehetőleg helyi termesztésű gyümölcsöt-zöldséget vásároljunk a messziről szállított helyett.
- A veszélyes hulladékot szállítsuk a megfelelő gyűjtőhelyre, a háztartási hulladékot komposztáljuk.
- A mindennapos gépkocsi-használat helyett válasszuk a tömegközlekedést, a kerékpárt.

Mennyire érzi a felelősséget eziránt a magyar lakosság? A VaHaVa program kutatása szerint számíthatunk a társadalmi összefogásban rejlő megoldásokra, amelyre a 3. ábrát szemlélve következtethetünk.

### Együttműködve, egészségünkért

Annak érdekében, hogy a globális felmelegedés minél kevesebb kedvezőtlen hatást gyakoroljon életünkre, az egészségfejlesztésben és a kapcsolódó szakterületeken dolgozók következetes együttműködése szükséges.

Az egészségfejlesztő szakemberek tevékenységéhez tartozik a kutatások végzése, a klímaváltozás egészségre gyakorolt hatásainak elemzése, a lakosság számára tájékoztató anyagok készítése, az eredmények társszervezetekhez való eljuttatása. További kapcsolódó feladatok pl. hőségriadó elrendelése, pollenjelentés készítése, (a klímaváltozás miatt fokozott figyelmet érdemel), az OKK–OKI részéről – a Meteorológiai Szolgálattal együttműködve – hőmérséklet-hőérzet monitoring és elemzés.

A felmelegedés kapcsán kialakuló megbetegedések és halálozások csökkentésének érdekében lényeges feladat a fokozottan veszélyeztetettek számbavétele, intézkedések meghozatala a védelmük érdekében. Az Országos Munkabiztonsági és Munkaügyi Főfelügyelőség ellenőrzi a munkavédelmi szabályok betartását hőségriadó esetén (védőital, rendszeres pihenőidők).

A változásokhoz történő alkalmazkodást jelentősen megkönnyíti, ha a lakosság tudatában van a káros hatások megelőzésének módszereivel. Ezért elengedhetetlen a folyamatos, szervezett kommunikáció.

Az említett feladatokba civil szervezetek is bekapcsolódnak, tevékenységük az egészség és biztonság témájához kötődik. 2008 nyarán például az Egészségesebb Munkahelyekért Egyesület a Magyar Ergonómiai Társasággal együttműködve kampányt indított a folyadékfogyasztás fontosságának hangsúlyozásáért. Számtalan vállalathoz hírlevelet juttattak el, amelyben felhívják a figyelmet a kánikula idején fenyegető kiszáradásra, a hőség emberi szervezetre gyakorolt hatásaira. A rosszullétek, keringési panaszok megelőzésének

érdekében motivációs levelet és szakmai háttéranyagot kaptak a munkáltatók és munkavállalók. A program hatásait a vállalatok visszajelzései alapján követik nyomon.

A szakértők véleménye szerint a klímaváltozás folyamata ugyan nem fordítható meg, ám jelentősen lassítható, amelyben megvalósulnak az országos és nemzetközi programok.

A tapasztalatok arra utalnak, hogy számtalan terület összehangolt munkája vezet eredményre, így elkerülhetők az egészségünket komolyabban veszélyeztető következmények.

### Összefoglaló

Az éghajlatváltozással kapcsolatos kutatások egybehangzóan megállapítják, hogy Földünk folyamatos felmelegedése évtizedek óta tartó jelenség. A szélsőséges időjárás, az egyre gyakoribb természeti katasztrófák nem a véletlen műve.

Az éghajlatváltozás legfőbb okának az üvegházhatású gázok káros mértékű kibocsátását tartják. Ehhez hozzájárul a vulkáni tevékenység, az esőerdők irtása, az ózonréteg csökkenése.

A következmények szerteágazóak: szokatlan természeti jelenségek, hőmérsékleti változások, növény- és állatfajok kihalása már most megfigyelhető. A Föld lakosságának életére is jelentős hatást gyakorol a klímaváltozás. Lakóhelyek kerülnek veszélybe, egyes területeken élelmiszerhiány lép fel, és megnő számtalan betegség előfordulásának kockázata.

Megoldás csak átfogó cselekvési tervektől várható. Számos nemzetközi egyeztetés zajlott a folyamat ütemének lassítása érdekében. Emellett szükséges, hogy egyéni szinten is felelősséget vállaljunk a változásért.

### Summary

Research about climate change claim that rising temperatures all over the earth is a phenomenon that has been going on for decades already. Extreme weather conditions, increasing number of disasters cannot be considered as random happenings.

The so-called greenhouse-gases and their ever-increasing amount in the air is now declared to be the main cause of global warming. Intense volcanic activity, cutting down rain forests and thus damaging the ozone layer are additional hazards.

The effects are widespread: unusual and therefore highly unexpected natural phenomena, extreme changes of climate, extinction of some kinds of plants and animals have all become part of everyday life by now.

Climate change also influences people's lives. Densely populated areas are in great danger as well, starvation and a wave of epidemics can be expected in more and more countries all over the world. Only comprehensive feasibility plans can be an effective remedy. There have been many international reconciliations to reduce the effects. Nevertheless, it is crucially important to also take individual responsibility to stop the disaster.

## Irodalom

1. *Stern Jelentés Összefoglaló.* Nicolas Stern, közgazdász, U.K., p. 1–6.
2. *Éghajlatváltozás 2007.* IPCC (Intergovernmental Panel on Climate Change) I. Munkacsoport Beszámoló, p. 8–16., 37–43.
3. *Statement on World Health Day.* WONCA World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, 2008.
4. *A globális klímaváltozás: hazai hatások és válaszok.* Környezetvédelmi és Vízügyi Minisztérium, Budapest, 2005.
5. *Páldy Anna és munkatársai jelentése az elmúlt 30 év megbetegedéseiről és halálzásáról az időjárással összefüggésben.* Fodor József Országos Közegészségügyi Központ, Országos Környezet-Egészségügyi Intézet, p. 24–28.
6. *A fenntartható energiagazdálkodás lehetőségei a 21. században.* Greenpeace Magyarországi Egyesület, 2007.
7. *Meeting the climate challenge – Internationale Climate Challenge Taskforce, recommendations*
8. [www.scientica.hu](http://www.scientica.hu) honlap: *Klímaváltozás.*

## Tisztelt Szerzőink!

Kérjük, hogy az *Egészségfejlesztés* beszánt írásait, az ábrákkal és a képekkel együtt, e-mailben (csatolt file-ként) vagy lemezen/ CD-n – ez esetben a nyomtatott változatot és az eredeti képe(ke)t mellékelve –, levélben küldjék el a szerkesztőség címére.

*A szerkesztőség címe és telefonszáma megváltozott:* 1096 Budapest, Nagyvárad tér 2.

*Levelezési cím:* 1395 Budapest, Pf. 839/3.

*Telefon:* (1) 428-8272. *Fax:* (1) 428-8273.

*E-mail:* [haromszeki.zsuzsanna@t-online.hu](mailto:haromszeki.zsuzsanna@t-online.hu). *Honlap:* [www.oefi.hu](http://www.oefi.hu).

### *A kézirat formája*

A cím alatt szerepel a szerző(k) neve, munkahelye, telefonszáma és e-mail címe. Egy lapoldalt meghaladó terjedelmű (ötezer karakternél hosszabb) cikk, tanulmány, elemzés esetén célszerű alcímekkel tagolni az anyagot. Az írást kérjük rövid magyar és angol nyelvű összefoglalóval (az angolra lefordított címmel együtt), valamint irodalomjegyzékkel zárni. Ötezer karakternél rövidebb írás, könyvismertetés és lapszemle esetén nem alkalmazunk alcímeket és összefoglaló sem szükséges. Az ábrák elkészítésénél vegyék figyelembe, hogy azok fekete-fehérben fognak megjelenni.

Fáradozásukat köszöni és eredményes munkát kíván

a Szerkesztőbizottság

## Előzetes tájékoztató ez évi hazai és nemzetközi konferenciákról

1. A Férfiak Egészsége Nemzetközi Hete alkalmából a tavalyi évhez hasonlóan a Pápai Páriz Egészségnevelési Országos Egyesület Férfiak Egészsége Szakcsoportja az Országos Egészségfejlesztési Intézettel, valamint a Főváros XVII. Kerületi Önkormányzata Egészségnevelési Osztályával közösen szakmai konferenciát rendez

### Veszélyeztetett Férfiak

címmel.

A konferencián vezető szakmai személyek tartanak előadást a téma munkahellyel, közlekedéssel, sportolással való összefüggéseiről, valamint az alkohol, a kábítószer, az öngyilkosság, a családon belüli erőszak veszélyeiről, az elhízás, a mozgáshiány, az osteoporózis, a prosztata témakörében. A konferencia akkreditációja folyamatban van.

*A konferencia helye: ÁNTSZ Nagyterem (1096 Budapest, Nagyvárad tér 2.)*

*Időpontja: 2009. június 16.*

*Tájékozódás, előzetes jelentkezés és meghívó igénylése:*

Országos Egészségfejlesztési Intézet: Csizmadia Péter (csizmadia.peter@oefi.antsz.hu).

2. Ez évben Bécsben tartják a két évente megrendezésre kerülő

### 6. Világkongresszust a Férfi Egészségről és Nemről (6<sup>th</sup> Biennial World Congress On Men's Health & Gender)

szóló konferenciát

### Miért halnak meg a férfiak korábban és miért szenvednek többet?

címmel.

*A konferencia fő témái: urológia, onkológia, kardiológia, endokrinológia, foglalkozás-egészségügy, pszichiátria.*

*A konferencia helye: Bécs*

*Időpontja: 2009. október 09–11.*

*Részletesebb tájékozódás: [www.wcmh.info](http://www.wcmh.info)*



## III. „Közösen-könnyebben” Életmódváltó Munkahelyi Csapatverseny

Kerek Judit<sup>1</sup>, Monspart Sarolta<sup>2</sup>

1 Egészségesebb Munkahelyekért Egyesület, programvezető

2 Országos Egészségfejlesztési Intézet, szakmai vezető

Az elmúlt évek két nagysikerű programja után az *Egészségesebb Munkahelyekért Egyesület* (EMEGY) az *Országos Egészségfejlesztési Intézettel* (OEFI) és a *Magyar Szabadidősport Szövetséggel* (MSzSz) együttműködve, valamint az *Önkormányzati Minisztérium Sport-szakállamtitkárságának* támogatásával ismét

### Munkahelyi Életmódváltó Csapatversenyt

hirdet. Hasonló programjaink több ezer résztvevőjének kérésére, valamint a nagy érdeklődés kapcsán indítjuk újra a versenyt. Célunk, hogy a munkahelyi csapatok a féléves verseny alatt tapasztalják: rendszeres testedzéssel, okosan választott kalóriákkal jobb közérzetet nyerhetnek. A személyes előnyök mellett a munkahelyek számára is nyereséget jelent a jobban teljesítő csapat, a kevesebb hiányzás, a kedvezőbb légkör, a tökéletesebb belső kommunikáció és az erősödő munkatársi kapcsolatok.

### Fontos tudnivalók a nevezéshez:

– a munkahelyek minimum 5 és maximum 10 fős – mindkét nem képviselőiből álló – egy vagy több csapattal nevezhetnek, minden csapat kijelöl egy csapatkapitányt.

– a munkaadók biztosítják versenyzőiknek a kezdő és a végső mérlegelésen való részvételt munkaidőben és a mérlegelésekhez szükséges esetleges utazási költséget.

*Nevezés:* a csapatverseny@oefi.antsz.hu e-mail címen. (A nevezési lap ezen az e-mail-címen kérhető és ugyanide kérjük visszaküldeni legkésőbb 2009. március 16-ig.)

A legeredményesebb csapatok tagjaikkal együtt díjazásban részesülnek a záróünnepség eredményhirdetésén.

A győztes csapat tagjai egy hétvégét tölthetnek a főtámogató Kék Duna Wellness Hotel vendégeként Ráckeven.

A mérlegelés fittségi indexének számítása – a nyitó és végső mérlegelés alkalmával is – a 2 kilométeres finn gyaloglótesztrel, valamint a testtömegindex mérésével történik.

Az EMEGY és az OEFI szakemberei, valamint a verseny támogatói segítik az eredményes versenyzés érdekében a munkahelyek munkavállalóit és munkaadó döntéshozóit módszertani ajánlásokkal, különösen az energiaegyensúly

két alkotójának – a táplálkozásnak és a testedzésnek – témáiban, amely rendszeresen 2–3 hetente hírlevél formájában jut el a csapatkapitányoknak.

A fogadalmak sorsa gyakran kudarc, ha magára marad az elszánt próbálkozó. Az elmúlt évek versenyei bizonyították, hogy csapatban KÖZÖSEN-KÖNNYEBB az életmódváltás. Csapat, ahol közös a cél, ahol fiatalok és idősebbek, vékonyak és teltek, hat hónap alatt megváltoznak. Fürgébbek, edzettebbek, vidámabbak lesznek, valódi közösségé alakulnak. Az értékes díjak mellett ez a valódi nyereség! Aki egyszer megtapasztalja, többé nem kételkedik benne.

Kérdések esetén forduljon az Országos Egészségfejlesztési Intézet munkatársaihoz:

*Rab Éva* vagy *Monspart Sarolta*, telefon.: 428-8226;

*Galgóczi Dóra* és *Kerek Judit* telefon: 428-8249,

vagy a csapatverseny@oefi.antsz.hu e-mailcímen  
(www.emegy.hu vagy www.oefi.hu)

### Az életmódváltó verseny időrendje:

*A verseny meghirdetése:* 2009. március 4. sajtótájékoztató, „Sajtó-nyilvános kampánynyitó mérlegelés”, országos média kampány

*A jelentkezések fogadása:* 2009. március 16.

*A verseny időtartama:* 2009. április 6–október 15.

*Kezdő mérlegelés, kérdőívek kitöltése:* 2009. április 6–17.

*Végső mérlegelés, értékelő kérdőívek kitöltése:* 2009. október 5–15.

*Eredményhirdetés, országos sajtótájékoztató, záróünnepség:* 2009. október 29.

Egészségbarát szemléletet közvetíteni nem is lehetne hitelesebben, mint életmódváltó versenyünk felhívásának továbbításával. Kérjük, amennyiben módjában áll, szíveskedjen elküldeni ezt a levelet e-mailben vagy postai úton minden, Önnel kapcsolatban álló vállalat képviselőjének.

### GYIK

Mi a verseny célja, az hogy mennyit fogy a csapat, vagy hogy mennyivel lesz fittebb?

A verseny célja a csapattagok, ezáltal a csapat fittségi indexének növelése a verseny végére, amely részben az

edzetségi állapot növeléséből, illetve a testsúlycsökkentésből áll. A kettő – valamint az életkor és a nem – együtt adja, egy matematikai képlet alapján a fittségi indexet.

### Milyen segítséget kapnak a csapat tagjai a féléves verseny során a rendezőktől?

a) Két-háromhetente e-mailben hírlevelet kap a csapatkapitány, amelyet továbbít a csapat tagjainak: aktuális tudnivalókról, az életmódváltással kapcsolatos szakanyagokról, a támogatók üzeneteiből, egyes sportrendezvényekről részvételi lehetőséggel, stb.

b) A versenyzőknek a félév folyamán a rendezőség az ÖM Sport Szakállamtitkárság segítségével heti egy alkalommal, ingyenes, közös sportolási lehetőséget biztosít a fővárosban a Margitszigeten és a – később megadott – megyeszékhelyeken, elsődlegesen gyaloglás, futás és Nordic Walking sportágakban szakember vezetésével.

### Hol történik a mérlegelés?

*A mérlegelés helyszíne:* budapesti munkahelyeknek a Margitszigeti Atlétikai Centrum (régii Úttörő Stadion, Margitsziget), nem fővárosiakat pedig az adott megyeszékhelyen, illetve nagyobb városokban (a jelentkezők számának függvényében) a Magyar Szabadidősport Szövetség helyi munkatársai fogják mérlegelni. Kapcsolat a csapatvezetőn keresztül még az áprilisi mérlegelés előtt telefonon és e-mailen lesz lehetséges. Valószínűleg a húsvét utáni héten lesz mérlegelés, a fővárosban 4., 15–16–17. napok közül lehet majd választani.

### Miből áll a mérlegelés?

A mérlegelés a testsúly, a testmagasság, a derék és a csípő körfogatának méréséből, testtömeg-index számításból, a testzsírszázalék meghatározásából, egy finn, 2 kilométeres gyaloglótesztből, illetve egy kérdőív kitöltéséből áll.

Beteg, hőemelkedéssel vagy lázzal nincs mérlegelés! Az egészség a legfontosabb!

### Mi az a finn gyaloglóteszt?

Sportpályán 2 kilométeres (atlétika pályán 5 kör) gyaloglásról van szó, melynek végén pulzuszámot mérünk, illetve a gyaloglási időt regisztráljuk. A teszt elsősorban a keringési-légzési fittséget méri. Több éve, rendszeresen állóképességi sportot űző csapatok Cooper-tesztet futhatnak.

### Mi az a Cooper-teszt?

A Cooper-teszt kiváló lehet fittségi állapotunk ellenőrzésére. Fontos, hogy előképzettség szükséges hozzá (rendszeres állóképességi sport űzése). A Cooper-teszt lényege, hogy 12 perc alatt a – pillanatnyi állapotnak megfelelő – lehető leghosszabb távot kell teljesíteni – jelen esetben futással.

### Milyen ruházat szükséges a mérlegeléshez?

A mérlegelés gyaloglás részéhez sportcipő, valamint a sportos, kényelmes ruházat (nadrág), sportcipő használata ajánlott.

### Milyen adatokat kell a jelentkezőknek megadniuk?

A mérési lap kitöltésekor az alábbi adatokat kell megadni: név, csapatnév, nem, életkor, illetve hogy szed-e vérnyomáscsökkentőt a résztvevő.

### Mennyi a nevezési díj?

Nevezési díj nincs, illetve annyi, hogy a résztvevő csapatokat a munkáltató elengedi munkaidőben a kezdő és záró mérlegelésre, ha szükséges, a közlekedési költséget is biztosítja. Ez általában fél napnál nem több.

## Hírek

### Dohányfüstmentes élet

Az Európai Unió „HELP” – *A dohányfüstmentes életért*” kampánya Európa-szerte arra buzdítja a fiatalokat, győzzék meg kortársaikat arról, hogy a dohányzás mennyire káros az egészségre, és egyáltalán nem menő dolog. Ennek érdekében a HELP csapata tréninget szervezett Prágában, ahol az Európa minden tájáról érkező fiatal résztvevőket szakemberek tanították meg egyebek között a kilélegzett szénmonoxid mérésnek fortélyaira. Ezeknek a méréseknek az eredménye ugyanis általában sokolja a fiatalokat, és hozzájárulhat ahhoz, hogy leszokjanak a dohányzásról.

### Mozgás! Mozgás!

Magyarország a lusták országa – legalábbis ez derült egy közelmúltban végzett felmérésből. Hazánkban ugyanis öt ember közül csak egy végez olyan rendszeres testmozgást, amely a közérzethez, a fittséghez szükséges lenne. Pedig ma már köztudott, hogy a mozgásszegény életmód mennyi veszéllyel jár. Az Európai Unió javaslata alapján egy felnőttnek minimum 30 perc mérsékelt intenzitású testedzésre lenne szüksége a hét 5 napján, vagy legalább 2 perc élénk intenzitású testedzésre a hét 3 napján. Megdöbbentő, hogy a 14–19 éves fiatalok 42 százaléka soha, míg 14 százaléka csupán havi néhány alkalommal szán időt némi testmozgásra.

### Jogbiztonság

A Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány januárban indította el az Európai Unió által is támogatott programját, amelynek alapvető célja, hogy szervezetfejlesztéssel hatékonyabbá tegye a képzést, valamint önkéntes jogvédők és segítők alkalmazásával a hátrányos helyzetű kistérségek lakosságának jobb elérését. Hatékonyabb tájékoztatással a lakosság jogtudatosságának növekedését is el kívánják érni.

A regionális csoportok elsőként Győrben, majd folyamatosan Veszprémben, Miskolcon, Egerben, Békéscsabán, Kaposváron, Nyíregyházán és Budapestben kezdik meg tevékenységüket. A csoportok működése lehetővé teszi lakossági fórumok szervezését, valamint közvetlen ügyfélszolgálat működtetését az intézményi fogadóórákon kívül.

# Contents

## SURVEYS

- The Status of Screening – Prevention – Patient Information between Village and Urban Population 2  
*Dr. Ágnes Simek*
- Health Development and Health Promotion Strategy in X<sup>th</sup> és XVII<sup>th</sup> District of Budapest 15  
*Dr. Andrea Haintz, Dr. Arnoldné Gritz, Attila Juhász, Csilla Nagy, Dr. Erzsébet Szűcs*
- Value System, Health Status and Behaviour of Health Visitor Students 27  
*Mónika Balogh*

## CONFERENCES

- Possibilities of Cooperation between Public Education and Mass Caterers – 20<sup>th</sup> May 2009 35

## INVITATIONS

- Mentalhygienic Thesis on Smoking 36  
*Dr. Sándor Funk, György Fekete*

## SURVEYS

- The Importance of Sex & Gender in Colon Cancer  
*Prof. Dr. János Métneki*
- In Focus: Metabolism 40  
*Dr. Gyula Pados*
- The Roots of Life: Metabolism 41  
*Emese Antal*
- The Climate Change 42  
*Dóra Galgóczi*

## CONFERENCES

- Men in Danger – 16<sup>th</sup> Juny 2009 48
- 6<sup>th</sup> Biennal World Congress on Men's Health & Gender – 9–11<sup>th</sup> October 2009

## INVITATIONS

- Change Your Living! On-the-job Competition of Teams 49  
*Judit Kerek, Sarolta Monspart*

## NEWS, INFORMATION

51

### Megrendelőlap

Előfizetésben megrendelem az Egészségfejlesztés című lapot ..... példányban.

Előfizetési díj:  1 évre 12 000 Ft  1/2 évre 6000 Ft

Megrendelő (fizető):

Cím: .....

Kézbesítési cím: .....  
(csak akkor töltse ki, ha a fizető cím nem azonos a kézbesítési címmel)

.....  
aláírás

A megrendelőlapot a következő címre borítékban szíveskedjen feladni: Magyar Posta Rt. Telefonos értékesítési csoport  
1900 Budapest