

## Tartalom

### TOVÁBBKÉPZÉS

- Milyen szerepre vállalkozhat az egészségnevelés a második évezredben? 2  
*Prof. Dr. Simon Tamás, Prof. Dr. Székely Lajos*

- Munkahelyi egészségfejlesztés – a minőség jegyében III. 11  
*Gábor Edina, Kiss Judit*

- A munkahelyi alkoholkérdés nemzetközi jogi szabályozása 19  
*Dr. Szabó Gyula*

### FELMÉRÉSEK

- A Kaposi Mór Oktató Kórház komplex szűrési programja 25  
*Szörényiné Ványi Gabriella, Dr. Moizs Mariann*

- Az étlettel való elégedettség (SWLS), az általános és szubjektív jóllét vizsgálata védőnő hallgatók körében 29  
*Balogh Mónika, Dr. habil. Barabás Katalin*

- Kortárs segítesen alapuló egészségfejlesztési projekt a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán 37  
*Sárközy Virág, Dr. habil. Barabás Katalin*

- A fizikai aktivitás és egészség fiatal korban 43  
*Csányi Tamás*

### KONFERENCIA

- Előzetes tájékoztatás a Férfiak Egészsége 7. Nemzetközi Kongresszusáról „Férfiak Egészsége – hogyan tudunk megbirkózni a kihívásokkal?” 50  
2010. október 28–30., Nizza

- Előzetes tájékoztatás az idei Nemzetközi Férfiak Egészsége Hete alkalmából rendezendő hazai tudományos konferenciáról 50  
2010. június 16., Budapest

### HÍREK, INFORMÁCIÓK

- A férfiak egészségéért 2009 51  
*Prof. Dr. Métényi János*

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, prof. dr. Molnár Péter,  
prof. dr. Simon Tamás

Főszerkesztő: Gábor Edina

Felelős szerkesztő:  
prof. dr. Simon Tamás

Vezető szerkesztő:  
Balogh-Háromszéki Zsuzsanna

Szerkesztőség: OEFI,  
1096 Budapest, Nagyvárad tér 2.  
Levelezési cím: 1437 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 kézbesítőknel,  
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

# Milyen szerepre vállalkozhat az egészségnevelés a második évezredben?

Prof. Dr. Simon Tamás<sup>1</sup>,  
Prof. Dr. Székely Lajos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Közegészségtani Intézet, Társadalomorvosi Csoport,

a Pápai Páriz Egészségnevelési Országos Egyesület elnöke, a Magyar Rákellenes Liga elnöke

<sup>2</sup>a Pápai Páriz Egészségnevelési Országos Egyesület elnökségi tagja

## Változó világunk

A körülöttünk zajló gazdasági-társadalmi, informatikai-globalizációs átalakulásnak valamennyien szemtanúi vagyunk. Ez a világméretű átalakulás nem megy egyik napról a másikra, főként a kultúrában nem „fájdalmas” beavatkozások nélkül. Az átalakulás érinti az egészségügyet, az egészségvédelmet és az egészségnevelést is. Egy kis túlzással azt mondhatjuk, hogy *korunkban semmi sem állandó, csupán a változás*. Az állandó változás (fejlődés vagy leépülés) a gazdasági szférát éppen úgy érinti, mint a civilizációt, a kultúrát, a társadalmi életet, a népesség reprodukcióját, a „civilizációs” betegségek terjedését, az egészség értéként való elfogadását, stb.

Ebben a „változó világban” az *egészségnevelés* filozófiája (elmélete és gyakorlata) is változik: alkalmazkodik az új életfeltételekhez, megváltoztatja módszereit, segíti a népesség válságos egészségi állapotából való kilábalását, a reprodukciós folyamat súlyosan fenyegető veszélyének elkerülését, az életminőség javítását.

## Változik az „élet” értelmezése

Napjaink közfelfogásában nincs egyezés arról, hogy *mi számít egészségesnek, ki és mi mértékben „illetékes”* az egészséggel kapcsolatos döntésekben, meddig terjed az egyén és meddig a közösség (a társadalom, az állam) felelőssége. Vannak, akik az egészség megőrzését és fejlesztését teljes egészében a társadalom (a politika) illetékességi körébe sorolják, de sokan vallják, hogy egészségéért „egyedül” az egyén felelős. Az első csoportba tartozók azzal érvelnek, hogy az egészség a nemzetgazdaság fejlődésének szükséges feltétele, ezért az egyének egészsége nemzeti erőforrás, így az egészség védelme és fejlesztése a *társadalom* kötelessége. Ugyanakkor mások az egészséget az *egyének tulajdonának* tekintik, annak megszerzését, fenntartását az egyéni döntés körébe utalják.

A két szélsőség között az egészségnevelés *az egészséget támogató környezet megteremtését, az egyén és közösség egészségükért vállalt felelősségének fejlesztését, az egészségük érdekében végzett közösségi tevékenységek támogatását* sorolja feladatkörébe.

Az egészségfejlesztési stratégiában az „*emberi élet*” fogalma nem csupán a biológiai létezésre szűkülő tartalmat takar, hanem felöleli a *mindennapi élet* egészét, az „emberi” létezését: így a pszichikus, spirituális és szociális létezés feltételrendszerét is. Az egészségnevelés szempontjából az „*élet*” az *egészséghez kapcsolódó, egymást feltételező fogalom*. Az egészség védelme így egyben az élet védelmét is jelenti, valamint az élet védelme elképzelhetetlen az egészség védelme nélkül.

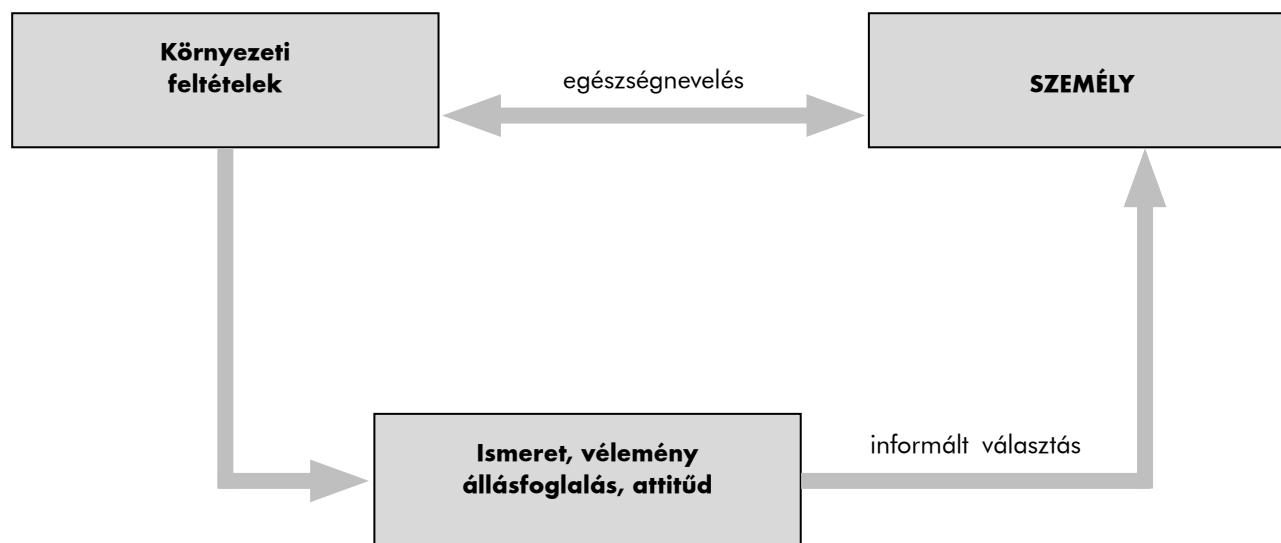
## Változik az „egészség” fogalma

Ha végigtekintjük az *Egészségügyi Világszervezetben* és azon kívül folyó kutatásokat, világossá válik, hogy az „*egészség*” fogalmának meghatározása nagy viták tárgya volt. A szakmai rivalizálás hol az egyik, hol a másik fogalmi összetevőt hangsúlyozta, míg végül az ismert (bio-pszichoszociális) egészség-meghatározáshoz eljutottak. Az 1970-es években az egészségi „állapotot” („*state*”) az élet céljaként értelmezték, benne azzal a változatlansággal, amit az „*állapot*” (másként: helyzet, fennállás, mozdulatlanság, változatlanság) fogalom kifejez. Csak az 1980-as évek közepén javasolta az *Egészségügyi Világszervezet*, hogy ezt a koncepciót a *dinamikus* egészségfogalom váltsa fel: „*az egészség az élet forrása*”. Napjainkra ennél is tovább jutottunk. A közismert „*pozitív egészség*” fogalma szinte kiemelte az „egészséget” az egészségügy egyedüli kompetenciaköréből. A „*pozitív egészség*” ugyanis a medicina fogalomrendszerével aligha értelmezhető, mert a „*pozitív egészség*” az egészségnek inkább pszichikus, spirituális és szociális vonatkozásait, mint biológiai oldalát emeli ki. Eme egészségfogalom tartalmában olyan jegyek dominálnak, mint a jó közérzet, az életöröm, a megelégedettség, a kiegyensúlyozottság, a munkakedv, a kreativitás, a fittség, az alkalmazkodóképesség, a személyes hatékonyság, az önrendelkezés, az önfejlesztés, a szociális érzékenység, a kommunikációs kapcsolat, a problémák elviselésére való képesség, az egészséget érintő kérdések döntésében való részvétel joga, stb.

Alaptételünk az, hogy *az ember egészségét sok tényező befolyásolja*, így az *egyén* egészségvédő képessége, maga-

1. ábra

## Az informált választást előkészítő egészségnevelés



biztossága, életmódjának önálló irányítási joga, törekvése az egészséget érintő döntésekben való részvételre; továbbá a társadalmi, gazdasági, politikai, szociális körülmények, a természeti és az épített környezet, a kultúra szintje, az egészségügyi és a szociális ellátás. Az egészség *funkcionális* fogalom, megvalósulása személyenként, életszakaszonként, életkörülményenként más és más.

Az egészség fogalmának folyamatos újraértelmezése az egészségnevelés számára azt jelzi, hogy az egészséget *dinamikus* változó életmódi elemként kezeljük, amely – bár az emberi élet minőségének elválaszthatatlan eleme – az emberi élet forrása, de *nem az emberi élet célja*. Az egészség – egészségnevelési megközelítésben – az egyén és a közösség számára *lehetőséget és képességet* takar az élet „erőforrásainak” kihasználására, az élet-teljesítményekre való alkalmasságra, és a *modus vivendi* (a boldogulás útja-módja) megválasztására. Ezért az egészség megtartása és fejlesztése érdekében az egyénnek felelősen, helyesen kell tudni *választania* a környezet számtalan tényezője közül, azaz képesnek kell lennie az egészség érdekében végzendő tevékenységre.

Mindebből adódik az *egészségnevelés új stratégiája*, amely pl. ilyen követelményeket takar: az egészségnevelő támogatja, segíti az egyéneket és a közösségeket egészségük érdekében vállalt tevékenységük sikeres végrehajtásában, megerősíti döntési felelősségérzetüket és az önálló irányításra való képességüket, felkészíti (serkenti, buzdítja, mozgósítja) az egyéneket és a közösségeket arra, hogy az egészségüket érintő ügyekben hallassák szavukat.

## Változik az egészségnevelés filozófiája

Napjainkra megváltozott az élet és az egészség feltételrendszere, társadalmi, gazdasági, információs környezete, az egészség védelmének és fejlesztésének állami támogatottsága, és ezzel párhuzamosan megváltozott az emberek általános műveltségi színvonala, átalakult a civilizációs–kulturális kínálat, berobbant a tájékoztatásba a világ információs hálózatába való bekapcsolódás lehetősége. Mindennek közvetlen következménye az *egészségnevelés filozófiájának*: céljának, feltételeinek, elveinek és gyakorlatának *változása* is.

Az egészségnevelés filozófiai megközelítésének főbb irányai az alábbiak lehetnek:

### 1) Kognitív (ismeretközlésen alapuló) egészségnevelés („health information”)

Az ismeretközlő, „felvilágosító”, informáló jellegű egészségnevelés történetileg a legrégebbi olyan módszer, amely – célja szerint – az egyéneket és közösségeket az egészség kérdéseiről *informálja*; *rávezeti*, *aktivizálja*, *neveli-oktatja* az embereket az egészség megvédésére, ok-okozati összefüggésekkel érvel az egészség megőrzése, fejlesztése mellett; nevel továbbá a betegségek, balesetek, sérülések elkerülésére, az egészséges állapot örömteli megélésére; a beteg, sérült és fogyatékos embertársak iránti elfogadó és segítőkész magatartásra; a szexuális kultúra és magatartás elemeire. Megismerteti a személyi és tárgyi környezet védelmével,

a társadalom egészségi állapotának helyzetével, a társadalom reprodukciós gondjaival, a családi élet szociális-kulturális kérdéseivel.

Az egészségnevelésnek ez az „információs” formája azt kívánja elérni, hogy az egyes emberek, illetve a közösségek az egészség megtartása, illetve fejlesztése érdekében helyesen válasszanak, az egészségükkel kapcsolatos döntéseikhez kellő informáltsággal rendelkezzenek, azaz választásuk informált választás legyen. (1. ábra)

Ez az informált választást elősegítő „felvilágosítás” két-ségkívül más, mint az ötvenes évek „egészségügyi felvilágosítása”: más a személyek kulturáltsága (iskolázottsága), amelyre az információ meggyőző ereje épül, más az „információáradat”, amely az embereket körülveszi, mások az önellenőrzési, önvizsgálati (öntesztelési) lehetőségek, amelyek az információ kontrollját képezik. A legtöbb kritika azért érte az egészségnevelést, mert tevékenységének alapját biomedicinális alapelv képezte, amely a rizikótényezők kivédésére irányult és szabályozási, követelményi kényszer alkalmazott, hiányzott belőle a társadalmi, szociális kapcsolatok rendszere. *Mindezek ellenére hiba lenne ezt az egészségnevelési módszert elvetni, azzal az indoklással, hogy az ismereteket közlő stratégiák ma már korszerűtlenek, eredménytelenek.* Az egészségfejlesztésen belül szükség van az informatív egészségnevelésre az egészség és a betegség környezeti, gazdasági, szociális ok-okozati összefüggéseinek tudatosítása érdekében.

## 2) Magatartást alakító egészségnevelés („health education”)

Az egészségpedagógiai irányzatú egészségnevelés a viselkedés változtatására épül, az egészségvédő képességek kialakítását célozza, az egészségmagatartás követelményeit gyakoroltatja. Fő tevékenységi területe – az egészségi tanácsadás mellett – a problémahelyzetek elemzése, meghatározott helyzetekben követendő viselkedés gyakorlása, kommunikációs és együttműködési kezdeményezés, magabiztossági tréning; a káros függőséghez vezető szokások kialakulásának megelőzése; krízishelyzetbe jutottaknak nyújtandó segítség. (2. ábra)

Az egészségnevelésnek ezt az irányzatát elsősorban az oktatási-nevelési intézményekben és a művelődésügyben találjuk meg. Mai formáját a viselkedélmélet alakította ki, azt tételezve, hogy ha a viselkedést megváltoztatjuk, megváltozik vele együtt a „mögöttes” vélekedés, nézet, meggyőződés és állásfoglalás (attitűd) is.

A magatartásalakítás a megelőzést szolgálja, célul tűzi ki az egészségre káros szokások elkerülését, a veszélyhelyzetben való viselkedés elsajátítását (krízisintervenciót). Módszerűen az egészségnevelés e preventív szemléletű formája a problémamegbeszélést, a viselkedésgyakorlást, a feladatteljesítést, az érdekérvényesítő tréninget, valamint a szociális érzékenységi tréninget választja. *Ezt az egészségnevelő modellt azzal vetik el, hogy „a rábeszélő stratégiák dominanciájának kora lejárt, hatásszerűségük önmagukban egyre jelentéktelenebb”.*

Nem valószínű, hogy az egészségnevelés viselkedést be-

folyásoló módszere kiiktatható a neveléstudomány módszertárából, az egészséges életmódra nevelés kompetenciájából. Minden bizonnyal a „rábeszélés” alatt a stratégia „üres” szövegek hangoztatását érti, és nem vonatkoztatja a korszerű ismereteken alapuló „meggyőzésre”. *Más szóval: a magatartás változtatását célzó filozófia továbbra is az egészségpedagógia gerincét alkotja, amely generációk hosszú sorát vezet el az egészség melletti döntéshez és az egészségmagatartáshoz.*

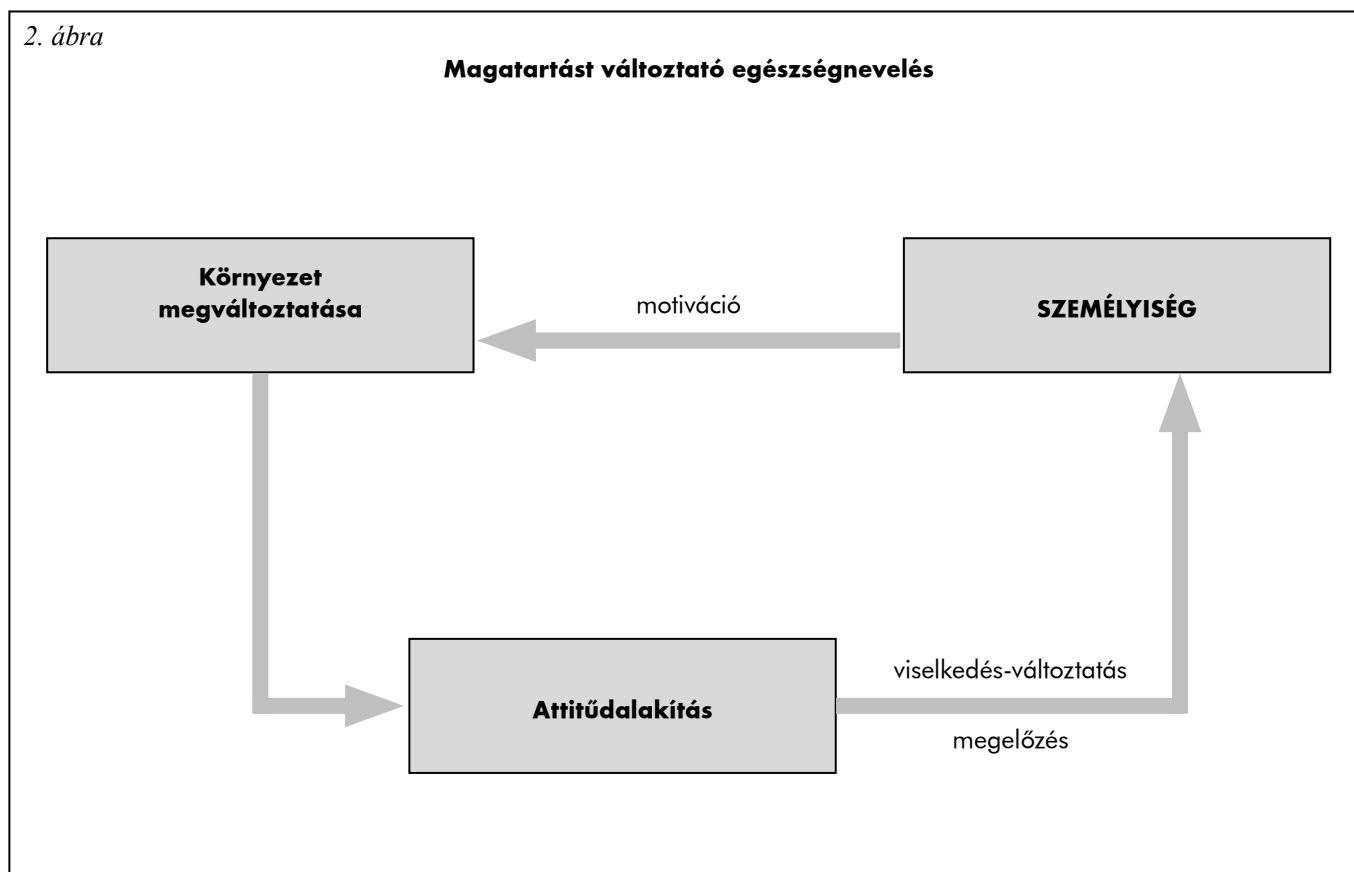
2.1. Személyre szóló (személyes) egészségnevelés, azaz egyéni tanácsadást tartalmazó tevékenység, amelyben az egészségnevelő a személyt arra *facilitálja* (ösztönzi, serkenti, biztatja, segíti), hogy előző élettörténetét tekintse át, vizsgálja meg az életmód változtatásának lehetőségeit, és közösen tervezzék meg a döntést, valamint a végrehajtás lépéseit (*önismereti, önfejlesztő „self-help”, önsegítés*).

2.2. Közösségben végzett („közösségre orientált”) egészségnevelő tevékenység, amelynek során azonos érdekeltsgű, hasonló körülmények között élő emberek közösen lépnek fel (kölsönös segítés keretében) egészségi helyzetük jobbítása, egészségi hátrányuk megszüntetése érdekében. Az ilyen közösségi egészségvédő tevékenység tárgya lehet: a környezet védelme, az egészségfejlesztő mozgáslehetőség fejlesztése, gyermekjátékter kialakítása, fásítás, virágosítás, az egészségügyi szolgáltatás átszervezése, egészségügyi beruházásokra tett javaslat, stb. („mutual help”, *kölsönös segítségnyújtás*).

A közösségben végzett egészségnevelés tartalmi megfogalmazására az Európai Unió az „empowerment” (*empower* = felhatalmaz, feljogosít, felruház, képessé tesz) fogalmat ajánlotta, amelyre találó magyar kifejezés még nem született. A fogalom ugyanis azt takarja, hogy *az egészségnevelés célja életre kelteni (facilitálni) olyan önként alakuló közösségeket, amelyekben*

- a közösségnek önrendelkezési joga van,
- amely politikai, egészségi tájékozottságra törekszik,
- részt kíván venni az egészséget érintő döntésekben,
- hallatni kívánja hangját a környezetet érintő egészségügyi, egészségügyi ellátási, szociális, sportolási és minden más olyan kérdésben, amely az egyes emberek, illetve közösségük egészségét érintik,
- amely kezdeményezőleg lép fel az egészséggel kapcsolatos feladatok megoldásával, a helyi környezet változtatásával kapcsolatban,
- az illetékes szervekkel (a hatalom birtokosaival) nyílt vitát kezdeményez az egészségvédő feladatok megoldására, saját szükségleteit kifejezésre juttatja, érdekképviseleti funkciót vállal fel,
- öntevékenysége során szakértők közreműködésére támaszkodik,
- tevékenységéért vállalja a felelősséget.

Az így megalkotott fogalom („empowerment”) több olyan elemet takar, amely a hagyományos egészségnevelésben már polgárjogot nyert, pl. felelősi a pozitív egészség megvalósítását, a személyes hatékonyságot (*asszertivitást*), az önsegítő és kölsönös segítő funkciókat (a „self-help” és a „mutual help” fogalmát), a közösségekben való kijárást, a tanácsadást, stb.



Az egészségnevelés a közösségfejlesztés területén az empowerment módszerével megújítja tartalmi és módszertani eszköztárát, így pl. az eddig is működő lakótelepi, lakókörnyezeti, környezetvédő, szociális segítő közösségek (egyesületek, bizottságok, társadalmi szerveződések) munkáját megerősíti, s az egészség prioritásának védelmére, az öntevékeny közösségi együttműködésre (akciókra, ellenőrzésre, korrekcióra, alkotásra) facilitálja. Figyelembe kell venni azonban, hogy az egészségre orientált közösségeknek csak kis része válik tartóssá, legnagyobb részük a „szükséglet kielégítése” után, a jogosultság elismerésével, az egészségfejlesztési cél elérése után „kialszik”, tagjai változnak. (Még az óvodai és iskolai szülői közösségek is váltják tagjaikat.)

### 3) Szervezett (kiscsoportos) egészségnevelés, egészségtan- oktatás

Az óvodai és iskolai nevelés-oktatás keretében szervezeten folyik, ellenőrzött formában ismereteket és viselkedési előírásokat közöl, minimális egészségkultúrális viselkedési szabályokat ír elő (egészségre való oktatás). Az iskolai egészségnevelés „eredménye” ellenőrizhető; a tanulók egészségvédő tudása és magatartása minősíthető (osztályozható) és a személyiségfejlesztés keretében megalapozó jelentőségű. Az egészségtan-oktatás revíziója és az egészségtan-tanárok képzésének korszerűsítése napirenden álló társadalmi feladat.

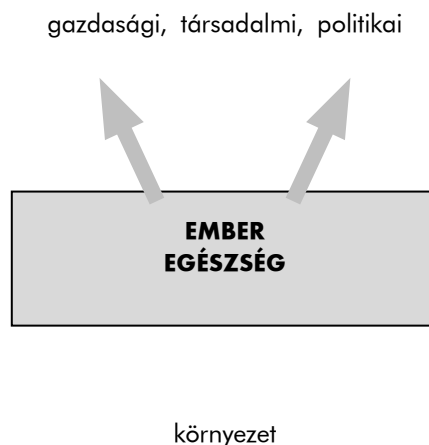
### 4) Humánökológiai irányultságú egészségnevelés

Az egészségnevelés humánökológiai megközelítése az embernek az élettelen és élő környezettel való kölcsönhatására épül. A humánökológiai irányzat *holisztikus szemléletű*, azaz az embert a maga teljességében: testi, lelki, szellemi, szociális egységében, a természetes és mesterséges környezettel, valamint a társas-társadalmi környezettel kölcsönhatásban vizsgálja.

A humánökológiai orientációjú egészségnevelés az egészségvédelem, az egészségfejlesztés bázisát a társadalmi, gazdasági, politikai tényezőkben látja. Kiindulópontja az, hogy az életfeltételek döntően kihatnak az egészségre. Utal arra, hogy az egyes társadalmi csoportok között jelentős egészségbeli különbségek mutathatóak ki, és az egészségben mutatkozó egyenlőtlenségek gazdasági-társadalmi okokra (szegénység, munkanélküliség, kisebbségi lét) vezethetőek vissza. Ebből adódóan az egészségnevelés újabb feladata az, hogy *fokozza az egészséghez, mint erőforráshoz való hozzájutás esélyét*. Abból az alaphelyzetből indul ki, hogy *az egyéneknek az adott élethelyzetben kell élniük*, és hatalmas erőfeszítéssel kell szembenézniük a változó környezet kedvezőtlen hatásaival. A globalizációval együtt járó problémahelyzeteket el kell viselniük (tolerancia), a megváltoztatásra fel kell készülniük, emberi jogukat meg kell védeniük. Az egyéni életkörülmények megváltoztatásához, az egészségi feltételek javításához az egészségnevelőnek az egyéneket és közösségeket egészségpolitikai tájékoztatással kell segítenie,

3. ábra

## Ökológiai orientáltaságú egészségnevelés



hiszen az életminőséget és az egészségüket érintő döntésekben támogatást várnak. Az egészségnevelés újszerű feladata a jogosultság felismertetése, az egészségre való esély biztosítása (főleg azoknál a csoportoknál, amelyek eddig beleszó-lással nem rendelkeztek vagy visszahúzódtak). (3. ábra)

Ez az irányzat figyelembe veszi, hogy a gazdasági (választási) lehetőségek eléggé beszűkültek, így a tanácsadás is behatárolt. Módszerként az *öntevékenységre, a jogi tájékoztatásra* (a jogok ismertetésére) és az egészségi állapot önellenőrzésére, öntevékeny tréningezésére való mozgósítást választja.

### 5) Kooperációs irányultságú egészségnevelés

Az egészségnevelés sajátos megközelítése az *együttműködésre alapuló egészségfejlesztés*. A szemlélet abból indul ki, hogy az egyének és közösségek egészségéért vállalt felelősség az államon (kormányon) és az egyes embereken együttesen múlik. Kiemeli, hogy a kormánynak és az egészségügyben dolgozó szakembereknek jelentős a felelőssége az egészségi állapot javításában, a betegségek megelőzésében, illetve a betegellátásban. Az egészségnevelésnek ezért szoros kapcsolatot kell fenntartania a változó szervezetű egészségügyi szolgálattal, valamint azokkal a művelődési, közoktatási és sportintézményekkel, amelyek az egészségvédelmet szolgálják.

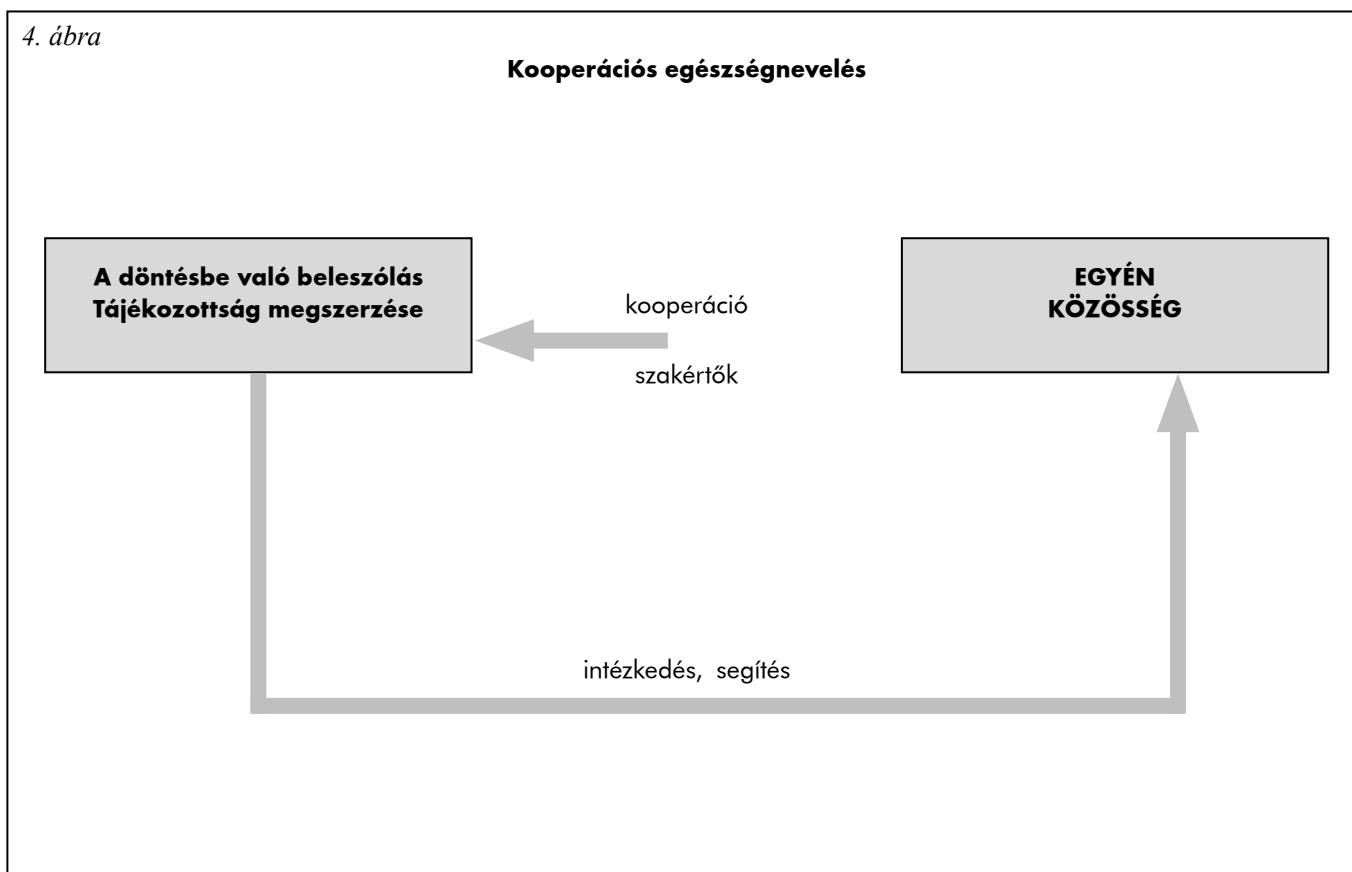
Mindez nem jelenti azt, hogy az egészségnevelés „medikalizálódik”, azaz orvosi akcióvá minősül, csupán arra utal,

hogy az egészségnevelés az egészségügyi, kulturális és sportszakemberek „kötelessége”.

E kooperációs megközelítés szerint az egészségnevelés kiemelt feladata a laikus személyek, közösségek segítése abban, hogy képesek legyenek egészségügyi szakemberekkel, mentálhigiénés trénerekkel, nevelési tanácsadókkal *együttműködni* („need to be empowered”), *szükségleteiket felismerve azokat kifejezésre juttatni*. Az együttműködés „értéke” az, hogy a szakemberek tanácsadása, segítő közbenjárása „erősebb” bázist jelenthet az egészséggel kapcsolatos ügyek (jogok, döntések) intézéséhez, mint a laikusok egyedüli „harca”. A kooperáció sikerét az egyik oldalon a laikusok együttműködési képessége, a másik oldalon a szakértők fogadóképessége jelenti.

A kooperációs egészségnevelés nagymértékben számít a szakembereken kívül a *civil szerveződésekre, az önkormányzatokra, a művelődési és sportintézményekre, szórakoztató rendezvényekre és más partnerekre* (pl. a drogmegelőző programban a rendőrségre, a családvédő programban a szociális munkásokra, a tömegtájékoztatásban az információs-kommunikációs szakemberekre).

A kooperációs irányultságú egészségnevelés alapelve: az önálló irányítás jogának meghagyása, a lehetőség biztosítása arra, hogy az egyének és a közösségek beleszóllhassanak saját és csoportjuk egészségét érintő kérdésekbe, valamint az, hogy kísérje kezdeményezésüket meghallgatás (intézkedés). Az egészségnevelés egyetlen akciója se tartalmazzon „utasító”, félelmet keltő, rábeszélő, alternatív választási lehetőség nélküli követelményeket.



## 6) Integrált szemléletű (egészségfejlesztő) egészségnevelés

A különböző megközelítésű egészségnevelési irányzatok az élet és egészség különböző tartalmait, hatótényezőit és tennivalóit foglalják csokorba. Amint az egészségfejlesztés egységes fogalomként integrálja az egészségi felvilágosítás, valamint az egészségnevelés, az egészségi oktatás, továbbá az *empowerment* (önsegítés, önrendelkezés, öntevékenység), és a prevenció rész-stratégiáit, az *integrált egészségnevelés is átlépi a diszciplínák és szektorok közötti határokat*. Napjainkban az egészségnevelés sikerességével kapcsolatos elvárások a következőkben fogalmazhatóak meg:

- épüljön az emberek közvetlen környezetére, sajátos helyi igényeire, biztosítsa a megoldáshoz a közösségi részvételt, erősítse a közösség kohézióját, tanácsaival segítse a közösségi szintű egészségfejlesztési tevékenységet;
- tegye az egyéneket/közösségeket tájékozottá az egészségük védelmével kapcsolatos kérdésekben, fejlessze az egészséggel kapcsolatos ismereteket, készségeket, alakítsa ki az egészségvédő képességet;
- ismertesse meg a rábízottakat jogaikkal és kötelességeikkel, segítse, hogy kezdeményezésük pozitív eredménnyel záruljon;
- tegye képessé az egyéneket/közösségeket arra, hogy az életet és az egészséget érintő kérdésekben hallassák hangjukat;
- vegye figyelembe a különböző környezetű, korú, iskolázottságú, kulturáltságú, érdeklődésű, foglalkozású szemé-

lyek speciális igényeit, ne csupán a veszélyeztetetteket vegye célba;

- az ismeretközlő stratégiát egészítse ki a magatartásalakítás különböző módszereivel;
- tűzze ki célul azt, hogy az egyének/közösségek tekintsék az egészséget *értéknek* és azt véleményalkotásukban, állásfoglalásukban, mindennapi magatartásukban tartsák is be;
- növelje az egészségnevelés az emberek biztonságérzetét és elégedettségét, továbbá az önmagunk és embertársaink egészségéért vállalt felelősségérzést.

### Az egészségnevelő személye eddig és ezután

Az egészségnevelés filozófiai vonulatait áttekintve kíséreljük meg a hazai történelem során előforduló elnevezéseket áttekinteni. Az első hazai egészségnevelési intézményt a m. kir. népjóléti és munkaügyi miniszter 1926. évi 50 000. sz. rendeletével állította fel *Egészségügyi Propaganda-Központ* néven. Az egészségneveléssel megbízott személyek elnevezései azóta: egészségtan-tanár, egészségügyi propagandista, egészségügyi nevelő, közegészségi felvilágosító, egészségőr (kis egészségőr), egészségügyi szakoktató, egészségnevelő. Ha e felsorolt elnevezések alatt megbúvó elméleteket felszínre hozzuk, úgy legtöbbjükben *a rizikófaktor-elmélet és a hagyományos prevenció célkitűzését* (betegségmegelőzést) ismerhetjük fel. Ezekből a funkciókból *hiányzik a szociális és társadalmi kapcsolat*: az egészséget támogató

környezet megteremtése, a mindenki számára nyújtott esélyegyenlőség, az egészség megőrzésében és fejlesztésében vállalt közösségi részvétel és kezdeményezés, az egészségi szükségletek kifejezésre juttatása, az egészséget érintő döntésekben való részvétel. De hiányzik belőlük az *önkéntesség is*, hiszen utasító, ellenőrző (sőt: osztályozó) funkciókat is tartalmaznak

Az egészségnevelés háromnegyed évszázados szakirodalmára visszatekintve megállapítható, hogy annak lényegét a *viselkedésmélet* (behaviorizmus) gyakorlata, az *oktatásközpontúság* alkotta. Ez a nézet mind felfogásában, mind gyakorlatában az egészségre való nevelés feladatait tulajdonképpen az oktatásra (ismeretközlésre) redukálta, és a nevelés feladatait az oktatás határain belül kívánta megoldani. (Benkő Zs., 1997) Fölfedezhető az elnevezésekben olyan irányzat is, amely a *rábeszélés*, az agitáció, az emberek tömeges meggyőzésére irányuló szóbeli vagy írásbeli tevékenység dominanciáján alapult. Meggyőződésünk, hogy korunkban, a tömegkommunikáció, az internet-információ korában a *tömeges figyelemfelkeltés, informálás módszere nem nélkülözhető* pl. egy-egy egészségfejlesztő akció bevezetések, eredményének értékelésénél, az aktuális döntések befolyásolásánál, vagy azért, hogy az egyének vagy csoportok beleszólhassanak saját vagy közösségük egészségét érintő kérdésekbe. Ugyanakkor az sem állítható, hogy ezzel a módszerrel az egészségvédelem, az egészségfejlesztés sok összetevőjű feladatai megoldhatóak lennének.

*A modern egészségnevelő főbb jellemzői az alábbiakban körvonalazhatóak:*

#### a) Filozófiai elkötelezettségű szakértő

A modern egészségnevelő világos *filozófiai tudattal és állásfoglalással* rendelkezik, látja, milyen célok megvalósítására törekszik. Az egészséget értéknek kezeli és annak védelmét minden társára kiterjeszti. Állásfoglalásának alapja az egészségvédő érzékenység (problémaérzékenység), az empátia, a törődő gondoskodás, az érdek nélküli tájékoztatás, a segítség szándéka. Az egészségnevelő – filozófiánk szerint – nem függőségi viszonyban, hanem *parbeszédben* áll az egyénnel vagy közösségekkel, segíti felismertetni emberi (egészségpolitikai) jogaikat, a beleszólással nem rendelkező csoportoknak pedig segít az egészségi esélyegyenlőség megvalósításában.

#### b) Specializálódott, gyakorlati szakember

Az egészségfejlesztési stratégia megvalósítása feltételezi, hogy az egészségnevelő az alkalmazás szintjén ismeri az egészségpedagógia tartalmi és módszertani kérdéseit, a megvalósítás technikáját, a konfliktusoldó tréningeket. Az eredeti orvos-biológiai felfogást pszichés, spirituális és szociális összetevőkkel egészíti ki, úgy, hogy a betegség-megelőzés helyébe az egészségfejlesztést állítja. Ez a para-

digmaváltás azt követeli, hogy az egészségpedagógia vegye figyelembe az életfeltételek egészségre való kihatását, továbbá a személyiségfejlődéssel, az élettörténettel és életmóddal való összefonódását.

#### c) Humánus, segítő beállítottságú pártfogó

Az egészségnevelő legfőbb karakterisztikuma a rábízottakhoz való pozitív odafordulás, a feltétel nélküli segítő szándék, az őszinte kommunikáció, az asszertivitás (szociális és érzelmi nyitottság, magabiztosság), aki segíti a rábízottakat véleményük kifejtésében, az egészségüket érintő döntésekbe való beleszólásban. Igyekszik képessé tenni („empower”) az embereket arra, hogy javítsanak környezetükön, hogy saját egészségük védelmében döntéseket hozzanak. „*Miután ezek a lehetőségek más szakemberek számára nem könnyen hozzáférhetőek*”, (Heathcote, G., 2000, 12.), ezért az egészségnevelő kitüntetett helyzetben van. Az egészségnevelő azonban nem „pótanya”, nem „pártfogó”, nem „jogi képviselő”, nem „szolgáltató”, hanem *elkötelezett, kapcsolattartásra kész partner*, aki önként vállal felelősséget a közösség egészségéért és az önfejlesztéshez nyújt segítséget.

#### d) Kezdeményező készségű szervező

Ahhoz, hogy az egyének és közösségek megszervezzék, megvalósítsák az egészségük javításával kapcsolatos tevékenységüket, az egészségnevelő *bátor, önszorgatást kezdeményező közreműködésére (facilitációra)* van szükség. Az egészségnevelő az egészségfejlesztési stratégiában *nem menedzser, nem irányító szerepet betöltő vezetőként* kap feladatokat! Tudása és készségbeli felkészültsége alapján arra kell alkalmassá válnia, hogy aktivizálja a rábízottakban a „*self-empowerment*” (önszorgatás, önfejlesztés) képességét.

A jövő egészségnevelője kezdeményezi a hasonló érdekeltségű, hasonló életkörülmények között élő emberek fellépését egészségük jobbítása érdekében. (A lakóhelyi, ifjúsági, női, etnikai, vallási, stb. csoportokat arra indítja, hogy merjék hallatni szavukat, biztosítja számukra a nyílt vitát, a döntéshozzájárulást és a szakemberekkel való együttműködést.)

#### e) Paradigmaváltás az egészségnevelő munkában

A globalizációban az egészségnevelés az *egyén* helyett mindinkább a *közösségre* (csoportra) összpontosít. Az összpontosítás a társadalmi-szociális körülmények megváltoztatására – az egyes személyek mellett kiemelten a társadalmi folyamatok (helyzetek, intézkedések) hatásrendszerére – is kiterjed, s az interakció lehetőségét szorgalmazza. Kritikus megközelítéssel a *betegség elkerüléséről az egészség értékére teszi át a hangsúlyt*, a megelőzésben a korai (primér) prevenciót részesíti előnyben, és szakít a biológiai-medicinális jellegű „*betegségmegelőzés*” elvével.



## f) Az egészségnevelő kompetenciája

Az egészség értéként történő elfogadtatása szakít a mérlegelés nélküli engedelmességgel, az autokratikus rábeszélés módszerével. Ez felveti az *egészségnevelő személy intézkedési jogkörének kérdését*: meddig mehet el az egészségnevelő a rábízottak facilitálásában? Meddig juthat el a közösségfejlesztésben, az önszervezés vagy a kölcsönös segítség szervezésében? Felvállalhat-e az egészségnevelő az egészségfejlesztési stratégiában érdekképviselői funkciót, egy-egy egészségvédő döntéshez kapcsolódó lobbizást? A kompetencia gyakorlatilag a szakértelem tekintélyén nyugszik. Az egészségvédelem kérdésében az orvosi, gazdasági, szociális, pedagógiai, pszichológiai szakértelem hordozhatja ugyan a szakmai tudás tekintélyét, *de etikai értelemben nem*, ugyanis *erkölcsi szakértelem* nem létezik, azaz a medicina szakemberei vagy a menedzserek nem irányíthatják az egészségnevelést pusztán azon a jogcímenen, hogy ők orvosok, közigazdászok vagy szociális szakemberek. Már ez a felvetés is igazolja, hogy az új egészségnevelői státuszról eredő kompetencia határai kidolgozásra várnak.

## g) Egészségnevelő a közoktatásban

A *Nemzeti Alaptanterv* és a kerettantervek körülhatárolják az egyes évfolyamokban kitűzendő és elérendő egészségnevelési célokat és feladatokat. A műveltségi területek közös követelményei között megjelennek a „*testi és lelki egészség*” megvalósításának pedagógiai feladatai. (*NAT, 13. old.*) E feladatok a rizikófaktor-elmélet nyomán sorolják fel a prevenció követelményeit, amelyekkel egyes betegségek specifikus kockázati tényezőit csökkenteni lehet. A pozitívista tudományosság befolyását a *NAT* azzal kísérli meg kivédeni, hogy a biológiai-orvosi felfogást lelki és szociális összetevőkkel egészíti ki. Az iskolai egészségnevelés két lehetőséget aknázhat ki: az egyik a mindennapos oktató munkához illeszkedő egészségre *nevelő* tevékenység (mintaadás, ismeretközlés, beszámoltatás, viselkedési minta-állítást), a másik az egészségtan *tantárgy* keretében az egészséges életmódra való oktatás. Anélkül, hogy bármelyik egészségnevelési irányt elemeznénk vagy bírálnánk, jegyezzük meg, hogy mindkettő *egyetemi szintű egészségpedagógiai felkészültséget (képzettséget) igényel*. A jövő egészségnevelő tanárának a viselkedéseméleti modellről (a tanári közlést türelmesen elfogadó, memorizáló, ismétlő jellegű tanításról) át kell térnie az ún. *tranzakciós* modellre. A tranzakciós modell a tanuló és a tanár közötti *partneri kapcsolatot* feltételez, amelyben a tanuló is részt vesz a döntéshozatalban, osztozik a felelősségben és a megvalósítás elkötelezettségében is. Ilyen tanári kompetenciaváltáshoz didaktikailag is jól felkészült diplomás egészségnevelőkre (egészségtan-tanárokra) van társadalmi igény.

## h) Közösségi egészségnevelő

Más az egészségnevelés feladatköre és módszere az iskolákban, amelynek kiscsoportos keretei között szervezett és ellenőrzött tanulás folyik, és ismét más az egyéb célcsoportokban,

a különböző szintű *ön-szerveződő* (önkéntes, önkézzemé-nyező) *közösségeiben*. Míg a közoktatásban az egészségtan tantárgy témaköre meghatározott, addig az utóbbiban egyes egészségfejlesztési kulcsterületek szükségleteire, feladataira fókuszálnak (pl.: a család- és gyermekvédelemre, a lelki egészségre, a szexuális magatartásra, a szív- és érrendszeri betegségekre, a daganatos megbetegedésekre, a balesetekre). A közösségre orientáló egészségfejlesztés–egészségnevelés *önirányítás* alatt áll, működése során véleményt nyilvánít, kritikát mond, részt vesz az egészséget érintő döntésekben, befolyásolja az egészségpolitikát. Mindebből következően *más az egészségnevelés módszere a közösségben, mint a nevelési-oktatási intézményekben*. A „szabad” közösségekben az egészségvédelem tárgya az ügyes-bajos kérdések megbeszélése, előterjesztés, vita kezdeményezése, tanácsadás, érdekérvényesítés, vagy valamely – egészséggel összefüggő – akció, rendezvény, munka, eljárás, segélyezés, mozgásprogram, sportolási lehetőség biztosítása, szépítés, környezetvédelmi tevékenység, stb. Ebben az egészségnevelőnek elsősorban facilitáló szerepe van, bár nem egy esetben menedzser szerepre, akciók szervezésére, tömeges rendezvények lebonyolítására is vállalkoznia kell.

Az egészségnevelő személyéről bemutatott metszetkép jelzi, hogy a globalizáció és a széleskörű információ világában az egészség fejlesztését és védelmét szolgáló sikeres egészségnevelés *speciális felkészültségű szakembert igényel. Ennek megvalósítása közös feladatunk!*

## Összefoglalás

Az egészségfejlesztés aktuális kérdése napjainkban: *milyen szerepet kap az egészségnevelés a változó világban?* A szerzők bemutatják, hogyan változik az *élet* és az *egészség* fogalmának értelmezése, milyen változáson megy keresztül az egészségnevelés filozófiája. A filozófiai megközelítés irányai közül elemzik a kognitív (*health information*), a magatartást alakító (*health education*), a személyre szóló (*self-help*), a közösségben végzett (*közösségre orientált*), a szervezett (*kiscsoportos*), a humánökológiai irányultságú, a kooperációs irányultságú és az integrált szemléletű (*egészségfejlesztő*) irányzatokat. Ezekből válogat a jövő egészségnevelése. A szerzők sorra veszik azokat az elnevezéseket (és tartalmakat), amelyekkel a magyar egészségnevelőket elnevezték. Mindezek alapján felteszik a kérdést: van-e a jövőben az egészségnevelésnek funkcionális és szervezeti létjogosultsága? Végül összegyűjtik a modern egészségnevelő karakterisztikumait és kitekintenek a második évezredre, igazolva, hogy a népesség egészségének válságos helyzetéből való kilábaláshoz diplomás egészségnevelőkre van szükség.

## IRODALOM

- Aszmann, A.: *Tájékoztató az oktatási intézmények vezetői és pedagógusai számára*. Anonymus, Budapest, 1999.
- Bang, R.: *A segítő kapcsolat*. Tankönyvkiadó, Budapest, 1981.
- Befektetés az egészségért Magyarországon*. WHO Európai Területi Iroda, Budapest, 1997.

- Benkő, Zs.: „Az egészségfelfogás változása. Kísérlet az egészség és az egészségfejlesztés értelmezésére.” In: Benkő, Zs. (szerk.): *Mert életem millió gyökerű.* Juhász Gyula Tanárképző Főiskola, Szeged, 1997.
- Bronfenbrenner, U.: *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung.* Klett-Cott, Stuttgart, 1997.
- Buda, B.: *Fejezetek az orvosi szociológia és társasléktan tárgyköréből.* Budapest, 1994.
- Döbrössy, B.: *Az egészségmegőrzés etikája.* NEVI, Budapest, 1999.
- Forgács, I.: *Egészségügy.* Kossuth, Budapest, 1985.
- Gerevich, J.: *Közösségi mentálhigiéne.* Budapest, 1989.
- Heathcote, G.: „Integráció a Projekt2000-ben.” In: Slevin, O.–Buckenham, M.: *Ápolóképzés a jövőnek.* Semmelweis, Budapest, 1994.
- Heathcote, G.: „Közösségi ápolás és egészségvédelem: egy erős és felvételző kapcsolat.” In: *Védőnő*, 2000/3. 11–13. old.
- Hoffmann, E. (1981): „Sozialpsychologische Methoden. Neure Sammlung.” In: Bang, R.: *i.m.*
- James, J.–Jones, D.: „Képzés a jövőnek: megfelelés a változó igényeknek.” In: Slevin, O.–Buckenham, M.: *i.m.*
- Karsdorf, G.–Renker, K.: *Prophylaxe.* Berlin, 1987.
- Kézdy, B.: *Közművelődés és mentálhigiéne.* Budapest, 1980.
- Kickbusch, I.: „Gesundheits-förderung: ein soziales Projekt.” *Eur. Monogr.* No. 6., Wien, 1984.
- Ludwig, W. (szerk.): *Grundriss der Gesundheitserziehung.* Berlin, 1988.
- Mc Alister, A.–Puska, P.–Salonen, J. (1981): „Theory and Action for Health Promotion.” *Amer. Journ. Publ. Health*, 43–50.
- Nádori, L.: „Ajánlások a szomatikus nevelés műveltségtartalmára.” In: Rét, R. (szerk.): *Műveltségkép az ezredfordulón.* Kossuth, Budapest, 1980.
- Nemzeti Alaptanterv.* MKM, Budapest, 1995.
- „Nemzeti Egészségfejlesztési Stratégia.” In: *Népegészségügy*, 1999/4. sz.
- Springlet, J.: *Gyakorlati kézikönyv az egészségmegőrzés értékeléséhez.* WHO Euro, Budapest, 1999.
- Székely, L.: *Egészségfejlesztés – Egészségpedagógia.* EON, Budapest, 1999.
- Waller, H.: *Sozial-medizin.* Kohlhammer, Köln, 1985.
- Wenzel, E.: *Die Ökologie des Körpers.* Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1986.
- Zsékány, Zs.–Belicza, É.: *Egészségügyi minőségbiztosítási alapfogalmak.* Soros Alapítvány, Budapest, 1999.

# Munkahelyi egészségfejlesztés – a minőség jegyében III.

Gábor Edina főigazgató, Kiss Judit osztályvezető

Országos Egészségfejlesztési Intézet

Cikksorozatunk célja a munkahelyi egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szakirodalma főbb vonatkozó eredményeinek összefoglalása, továbbá a legjobb gyakorlatok tapasztalatainak áttekintése a munkahelyi egészségfejlesztési programok területén. A cikksorozat első része a munkahelyi egészségfejlesztés és határterületeinek (munkavédelem, foglalkozás-egészségügy) nemzetközi és hazai szabályozását, illetve szakmapolitikai háttérét mutatta be, míg második részének célja a munkahelyi egészségfejlesztés különböző megközelítéseinek, valamint a munkahelyi egészségfejlesztési programok sikerességét mérő módszereknek a bemutatása volt. Cikksorozatunk záró darabja a *Move Europe* európai munkahelyi egészségfejlesztési program háttéréről, hazai vonatkozásairól ad áttekintést.

## A program céljáról és háttéréről

A *Move Europe* nemzetközi munkahelyi egészségfejlesztési program a *Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózatának (ENWHP)* 2006. évi kezdeményezése, amely többek között elnyerte az *Európai Unió Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőségének* támogatását is. A hároméves projektben 26 európai ország vett részt (a projektet 22 ország fejezte be), hazai koordináló szervezete az *Országos Egészségfejlesztési Intézet* volt. A program átfogó munkahelyi egészségfejlesztési kampány megvalósítását tűzte ki célul, hazai megvalósítását az *Egészségügyi Minisztérium* szakmai és anyagi forrásokkal egyaránt támogatta. Az európai és országos kampány vállalatokat mozgósított annak érdekében, hogy az „*Egészséges munkavállaló az egészséges munkahelyeken*” átfogó célkitűzés megvalósuljon. Mindemellett a program:

- Hozzájárult a munkahelyi egészségfejlesztés kedvező hatásainak felismeréséhez.
- Gyakorlati példákkal igazolta a munkahelyi vezetés számára, hogy a munkavállalók egészségének szem előtt tartása hasznos befektetés.
- Az életmóddal összefüggő munkahelyi programok tapasztalatait megosztotta a résztvevő európai országok közötti együttműködés során.
- Díjazta a legjobb munkahelyi egészségfejlesztési gyakorlatokat, támogatta elterjesztésüket.

*A tanulmány egy három részből álló cikksorozat befejező darabja.*

*Az első részt folyóiratunk 2009/4. számában, a második részt 2009/5–6. lapszámunkban olvashatták.*

A program célcsoportjai a kis- és nagyvállalatok, állami szervezetek, a for-profit és non-profit szektor munkaadói és munkavállalói voltak.

A program négy témakörre alapozva ösztönözte a vállalatok egészségfejlesztési tevékenységét, továbbá azt, hogy vezetéspolitikájukban kiemelt helyen szerepeljen a munkahelyi egészség kérdése.

## 1. Egészséges táplálkozás

Étkezési szokásaink nagymértékben befolyásolják közérzetünket. A túlzott táplálékbevitel elhízáshoz vezethet, amely jelentősen megnöveli a szív- és érrendszeri, emésztőszervrendszeri és mozgásszervi betegségek, valamint a cukorbetegség és egyes rákfajták kockázatát. Személyes szinten egyértelműek az egyéni és családi hatások, következmények. Kevésbé hatékonyan teljesítő munkavállalókkal a munkahely sem nyújthat igazán jó teljesítményt.

## 2. Fizikai aktivitásra való motiválás

A munkavégzés napjainkban egyre inkább számítógéphez kötött, így sokan reggeltől estig íróasztalnál ülve, monitor előtt töltik munkaidejüket. A munkaidő után végzett rendszeres testmozgás hosszú távon megnöveli a teljesítményt. A közös testmozgás csapatösszetartó hatása javítja a munkatársi kapcsolatokat, növeli az önbecsülést, a vállalat motiváltabb dolgozókat nyer, ezáltal csökken a betegségekből fakadó hiányzás, a táppénzes napok száma. A fizikailag is aktív, jó közérzetű dolgozók jobban azonosulnak a vállalati célokkal, a rendszeres testmozgás hatására problémamegoldó képességük is számottevően javul.

## 3. A mentális egészség fejlesztése

Minden munkavállaló találkozhat időről-időre olyan helyzetekkel, amelyek megoldása problémákba ütközik. A feladatokkal kapcsolatos stressz, a munkakörülmények szintén jelenthetnek stresszforrást, legyen szó a nem megfelelő feltételek-

ről, veszélyes körülményekről vagy a váltott műszak egészségre kedvezőtlen hatásairól. Ezenkívül a határidők, a túlórák, az esetleges kedvezőtlen légkör szintén hátráltatja a nyugodt munkavégzést. A felmérések adatai szerint az *Európai Unió* tizenöt tagállamában a munkahelyi stressz közel 40 millió munkavállaló egészségét veszélyezteti, így – a hátfájás után – a munkával összefüggő második leggyakoribb egészségügyi problémát jelenti. A munkahelyi stressz a munkával összefüggő egészségi problémák miatt bekövetkező kéthetes vagy annál hosszabb távollétek több, mint egynegyedének az oka.

A megoldást csak részben jelenti a stresszfaktorok csökkentése, hiszen ez teljes mértékben nem lehetséges. Azonban ha a dolgozók megtanulják hatékonyan kezelni ezeket a helyzeteket, a káros hatások kiküszöbölhetőek, vagy legalábbis csökkenthetőek. Ezért minden munkaadónak érdeke, hogy a kollégák megismerjék és alkalmazzák a hatékony problémamegoldást, konfliktuskezelési technikákat ismertető módszereket. Így csökken a tartós feszültségből fakadó megbetegedések kockázata, az elégedettség, a munkakedv és a szorongásmentesség hatására növekszik a munkateljesítmény.

#### 4. Dohányzásmegelőzés és a leszokás támogatása

A dohányzás egészségügyi kockázatai a legtöbb ember által ismertek. A leggyakrabban előforduló, dohányzással összefüggő betegségek a tüdőrák, a keringési betegségek, a szájüregi, a hasnyálmirigy- és a hólyagrák. A dohányzás nemcsak súlyos daganatos betegségek révén fenyegeti a szervezetet, enyhébb kórképekre is kedvezőtlenül hat. A dohányosoknál a fertőzések előfordulása is nagyobb.

A dohányzástól való leszokást támogató munkahelyi programok a tapasztalatok szerint megtérülő beruházást jelentenek.

Nemdohányzó munkavállalókkal a munkahely kevesebb munkaidőkieséssel számolhat, megszűnik a dohányzás okozta, csoporton belüli szegmentálódás, mivel nem ez lesz a fő összetartó erő a munkatársak között.

#### A program módszeréről

A program iránt érdeklődő vállalatok egy internetalapú önkitöltős kérdőív segítségével – amelyet az *ENWHP* szakértői csapata dolgozott ki – tesztelheték munkahelyük egészségfejlesztési törekvéseit. A munkahelyek így saját maguk is felmérhetik, mely területeket kell fejleszteniük a kedvezőbb munkahelyi egészség elérése érdekében, valamint visszajelzést kaphattak vállalatuk egészségfejlesztéssel kapcsolatos politikájáról, cselekvési készségeiről, illetve a kérdőív kitöltésével automatikusan jelentkeztek a programra.

Az *Országos Egészségfejlesztési Intézet* több száz munkahelyet – kis-, közép- és nagyvállalatot – keresett meg az állami, a for-profit és non-profit szféra területéről, tájékoztatva őket a csatlakozás lehetőségeiről, és az ebből származó előnyökről. A résztvevő munkahelyek, amelyek társadalmi szinten is támogatták a kampánycélokat, elnyerhették

a *Legjobb Munkahelyi Egészségfejlesztési Program* címet mind hazai, mind európai szinten.

A programra jelentkező munkahelyek egészségfejlesztési programjait, törekvéseit az ún. *Legjobb Gyakorlat Kérdőív* segítségével szakmai bíráló bizottság értékelte, az egyes munkahelyi egészségfejlesztési modelleket, valamint a szervezetek egészségpolitikáját vizsgálva. Az értékelést követően kiválasztották a célokban említett négy kategória legjobbjait. A program értékelési fázisához kapcsolódóan az *ENWHP* 2008-ban kidolgozott egy kritériumrendszert, amelyben két-fajta – minőségi és adaptálhatósági – kritérium alapján minősíthetőek az összegyűjtött munkahelyi egészségfejlesztési tevékenységek. Mindezek részletes bemutatása cikksorozatunk előző részében megtörtént, így most csak felsorolásszerűen említjük meg ezeket a kritériumokat. A minőségi kritériumok alapján a jó munkahelyi egészségfejlesztési gyakorlat (*best practice*):

- A komplex munkahelyi egészségfejlesztés elvén alapul.
- A vállalati politika által támogatott.
- A vállalati stratégiába, rendszerekbe és folyamatokba integrált.
- A vezetés aktív részvétele által támogatott.
- A munkatársak aktív részvétele által támogatott.
- Folyamatos kommunikációt teremt minden érintett fél között.
- Strukturált szemléletmódon alapul.
- Igényfelmérésen és/vagy kockázatelemzésen alapul.
- Megvalósításához a szükséges (anyagi, pénzügyi, emberi) erőforrások biztosítottak.
- A munkahelyi egészségfejlesztésről információt és képzést biztosít.
- Hatékony intézkedéseken és tudományos ismereteken alapul.
- Rendszeresen értékelt és monitorozott.
- Folyamatos fejlesztés jellemzi.

A minőségi kritériumok az egészségfejlesztési célok és tevékenységek minőségi jellemzőinek meghatározását szolgálják, míg az adaptálhatósági kritériumok (a program más helyzetekben és feltételek közötti alkalmazhatósága, hozzáférhetősége és hatékonysága) a jó gyakorlatok kiválasztását teszik lehetővé.

A két legjobb modell kiválasztására 2008-ban került sor, gyakorlataikat nyomon követtük, értékeltük és meghívtuk őket a 2009-es hazai záró rendezvényre, ahol megoszthatták tapasztalataikat hazai, majd nemzetközi szakmai körökben egyaránt. Ezek a munkahelyi példák bekerültek az *ENWHP* adatbázisába, gazdagítva ezzel az európai és országos gyakorlati tapasztalatokat.

#### A program tevékenységeleimeiről

##### Weblap és önkitöltős kérdőív

A program során a rendezvényeken kívül hírlevelek segítségével tartottuk a kapcsolatot a résztvevő munkahelyekkel, valamint a program weblapjának ([www.oefi.hu/move-europe](http://www.oefi.hu/move-europe)) folyamatos frissítésével is hozzájárultunk a hatékony információáramláshoz.

Az online kérdőívet kitöltő munkahelyeket beküldött pályázati anyaguk alapján szakértői bizottság értékelt, kiválasztva a – magyar nyelvre adaptált, legjobb gyakorlatok kiválasztására készített – minőségi kritériumrendszer szerint megfelelőnek ítélt munkahelyi egészségfejlesztési gyakorlatokat, az ún. *best practice*-okat.

A programhoz kapcsolódó rendezvények minden esetben jelentős sajtónyilvánosság mellett zajlottak, a kapcsolódó sajtóközlemények többsége elérhető az alábbi webhelyen: <http://www.oefi.hu/move-europe/sajto.htm>

## Rendezvények és konferenciák

2007 júniusában egy sajtótájékoztatóval egybekötött nyitókonferencia keretében indult el a program, amelyen 120 fő részvételével sor került a program céljainak bemutatására és a munkahelyek mozgósítására. 2007 decemberében 110 meghívott munkahely képviselőjével szakmai konferenciát szerveztünk „*Megtérülő szívesség: a munkahelyi egészség*” címmel a munkahelyi egészségfejlesztés gazdasági hatásainak és költséghatékonyságának bemutatását célzó előadásokkal. 2008 áprilisában a program és a csatlakozási lehetőségek bemutatására újabb konferenciát szerveztünk az észak-magyarországi régió vállalatai számára, a program további népszerűsítése érdekében. Konferenciánkon a régió érdeklődő vállalatai áttekintést kaptak a kampány céljairól, a csatlakozás lehetőségeiről, a program eddigi nemzetközi és hazai eredményeiről. A konferencia szervezése az *Egészségesebb Munkahelyekért Egyesülettel* közösen történt.

2008–2009 során a beküldött legjobb gyakorlatokból angol nyelvű értékelő elemzéseket állítottunk össze, bírálóbizottság kialakításával és a legjobb gyakorlatok kiválasztásával. „*A legjobb gyakorlat*” címet elnyerő munkahelyek elismerő díjazásban részesültek, amelyet a 2009-es zárókonferencia keretében adtunk át. A konferencia célja a *Move Europe* európai munkahelyi egészségfejlesztési program eredményeinek bemutatása, a legjobb gyakorlatokat megvalósított munkahelyek tevékenységének az összes résztvevő partnerrel és a médiával való megismertetése volt. A sajtótájékoztatóval egybekötött díjátadó rendezvényen a két hazai legjobb gyakorlatot megvalósító munkahely képviselője mutatta be tevékenységét, s részesült elismerő díjazásban. A sajtótájékoztatón a média a program folyamatáról és a kimagasló eredményt elért vállalatok egészségfejlesztés terén megvalósított gyakorlatáról is tájékozódhatott.

A program eredményeképpen a kiválasztott legjobb munkahelyi egészségfejlesztési modelleket megvalósító szervezetek és cégek elnyerték az *Egészségbarát Európai Vállalat* címet. Ezen túlmenően további 10 hazai munkahelyet oklevéllel díjaztunk. A legjobb programokat megvalósító hazai munkahelyek: a *MOL Nyrt.* és az *Unilever Kft.* 2009 februárjában a programot lezáró hazai konferencián vehették át díjjaikat, illetve 2009 áprilisában egy Perugiában megrendezett európai konferencián is elismerő díjazásban részesültek. Az európai programzáró konferencián a szakmai munkatársak és a két hazai nyertes vállalat képviselői vettek részt, átadva tapasztalataikat a partnereknek. A legsikere-

sebb hazai és nemzetközi pályázók megvalósult programjainak részletes beszámolója honlapunkon is elérhető az alábbi webhelyen: <http://www.oefi.hu/move-europe/uc.htm>

## Modelltréningjeink

A programban résztvevő munkahelyeknek módszertani segítséget nyújtottunk munkahelyi egészségtervük elkészítésében, továbbá szakmai konzultációt biztosítottunk az egyes fázisokhoz (egészségkép-állapotleírás készítése, stratégia kialakítása, kommunikációs terv létrehozása). A programhoz kapcsolódóan több szakmai modelltréninget is kidolgoztunk 2007–2009 között a résztvevő munkahelyek számára:

### Munkahelyi energia-egyensúly/életmódváltó modelltréning

*A tréning célja:* megismertetni és a gyakorlatban elsajátíttatni a résztvevőkkel az életmódváltás két fontos elemét, a kalóriabevitel (táplálkozás) és a kalóriafelhasználás (testedzés) egyensúlyát, valamint az egyén táplálkozásával és a testedzésben gazdagabb mindennapokkal kapcsolatos attitűd- és magatartásváltozást. További cél a munkahelyi közösségfejlesztés, a munkavállalók csapattá alakítása a problémák, a stressz közös megoldására és kezelésére, valamint optimális közérzet kialakítása mind egyéni, mind közösségi szinten.

A modelltréningkipróbálása az *Országos Egészségfejlesztési Intézet*, a 2. „*Közösen-könnyebben*” életmódváltó program három, önként jelentkező csapata, valamint egy külső szakértő bevonásával valósult meg. A tréningen résztvevő három munkahelyi csapat munkavállalóinak részvételével minden második héten, összesen 8 alkalommal másfél órás foglalkozásra került sor, ahol az elméleti tudásszint növelésén túl a mindennapokban alkalmazható gyakorlati elemekkel is kiegészült a tréning, mint például táplálkozási naplóvezetés, légzés- és relaxációs technikák elsajátítása.

### Stresszkezelő tréning

Az *Országos Egészségfejlesztési Intézet* és az *Egészségesebb Munkahelyekért Egyesület* közösen dolgozott ki stresszkezelő tréninget a munkahelyi közösségek számára. A tréning céljai között szerepelt a problémamegoldó képességek javítása, a hatékonyabb munkahelyi kommunikáció és a munkatársi kapcsolatok fejlesztése, a kedvezőbb légkör és a munkahelyi célokkal való erősebb azonosulás fokozása. A kétszer kétnapos tréning során a résztvevők megtanulják felismerni a stresszfaktorokat és összefoglalják a negatív hatásokat. Kérdéssorok és kérdőívek segítségével azonosítják személyiségtypusukat, továbbá gyakorlatok, közös feladatok során erősítik saját maguk és társaik pozitív értékeit, csoportmunka keretében pedig olyan konfliktuskezelő technikákat tanulnak, amellyel a napi munka során felmerülő stresszkeltő eseményeket, szituációkat negatív következmények nélkül tudják kezelni.

A munkahelyi vezetés szempontjából számos előny szár-

mazik a tréning kapcsán:

- a munkavállalók elégedettsége növekszik,
- a kommunikáció zavartalanabbá válik,
- a munkateljesítmény mennyiségileg és minőségileg is javul,
- a betegállományok száma és az elégedetlenségből adódó fluktuáció csökken.

A vezetők hatékonyabban tudják érvényesíteni döntéseiket, a munkatársak a nézeteltéréseket kompromisszum útján, az egyéni érdekek figyelembevételével képesek megoldani. A munkahelyen elkerülhetetlen stressztényezőkkel való megküzdés és a hatékony problémamegoldás eredményeképpen a stressz okozta megbetegedések kockázata lényegesen csökkenhet, a munkatársak önérvényesítő képessége pedig fokozódik, és a csapaton belüli együttműködés is eredményesebbé válhat.

## Dohányzásról való leszokást segítő tréning

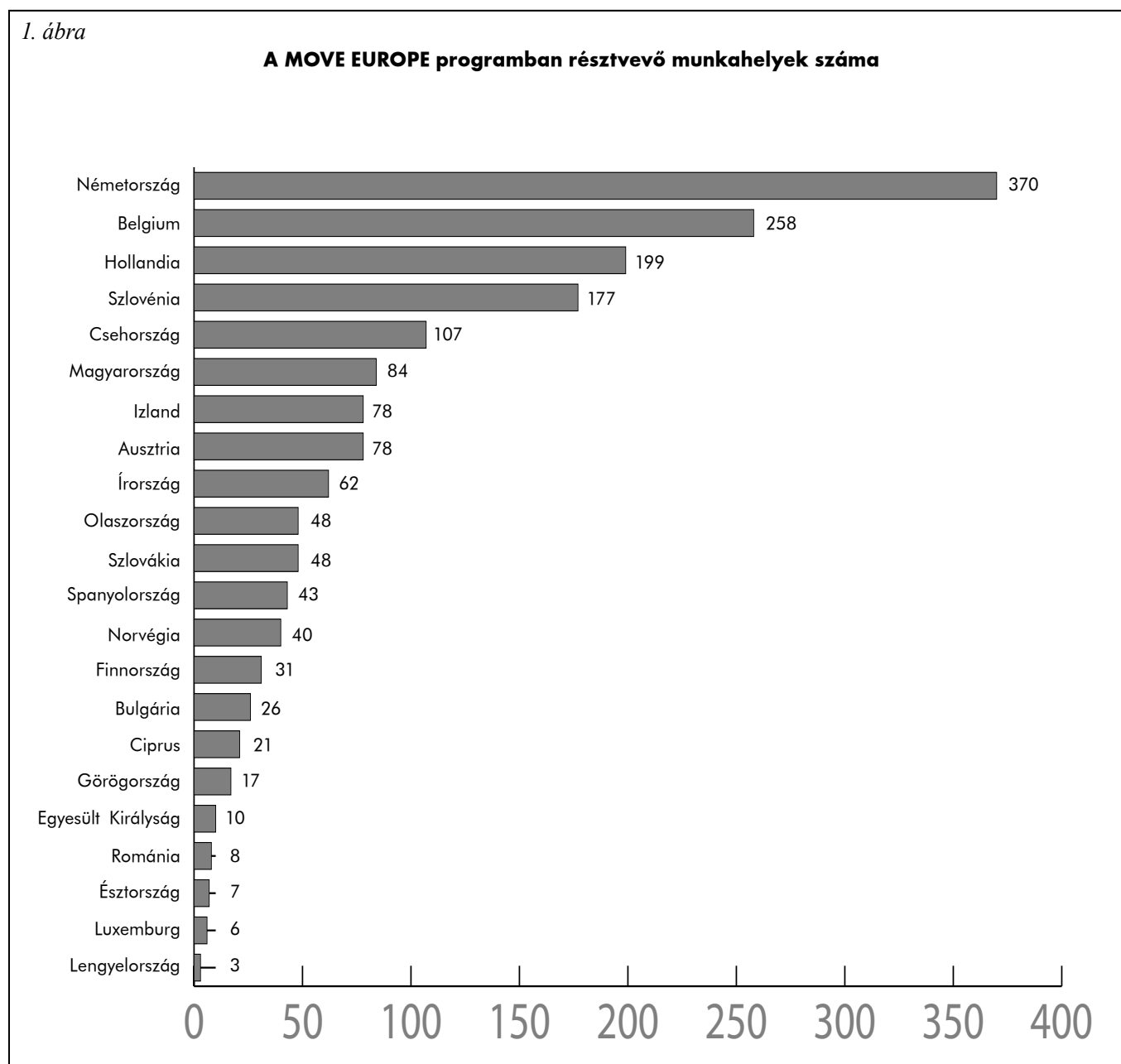
Az Országos Egészségfejlesztési Intézet 8 hetes programján a tréning a résztvevők motivációját erősíti a leszokáshoz és a tartós füstmentesség eléréséhez.

A leszokás olyan folyamat, amit tanulni kell, ugyanúgy, ahogyan korábban megtanulták a dohányzást is. Ez a program abban is segít, hogy megértsék, megfigyeljék saját dohányzási szokásaikat, növeljék és megerősítsék akaratukat a dohányzás leküzdéséhez. A program során egyénre szabott leszokási terveket, stratégiákat dolgoznak ki, megerősítik azokat a készségeket, amelyek segítenek távol maradni a cigarettától.

A csoporttagok fejlesztik problémamegoldó készségeiket és önkontroll-stratégiáikat a dohányzást kiváltó helyzetekkel, ingerekkel való megküzdés érdekében. A résztvevők megtanulják a stressz kezelésének egyszerű módszereit;

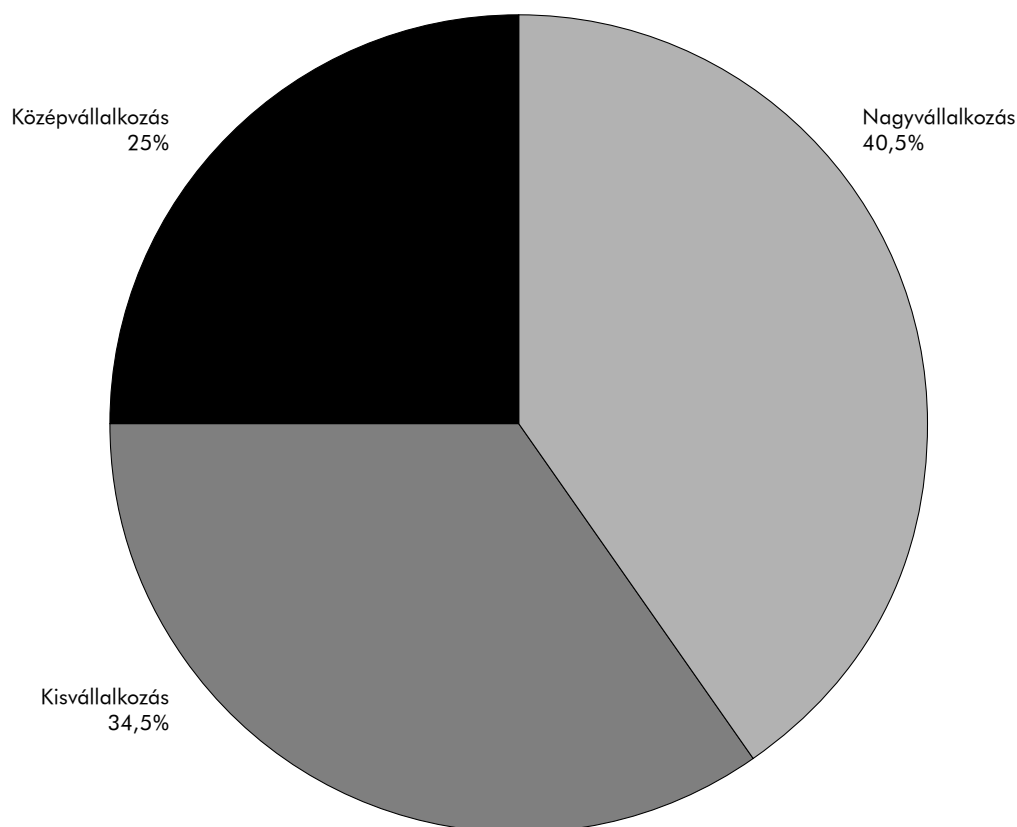
1. ábra

### A MOVE EUROPE programban résztvevő munkahelyek száma



2. ábra

**A programban résztvevő hazai munkahelyek megoszlása (%)  
munkavállalói létszám alapján**



a „társas támasz” és a trénerekkel való folyamatos kapcsolattartás segítséget nyújt a visszaesés megelőzéséhez.

A tréningen a dohányzás abbahagyása utáni általános életmódváltozás lehetőségeit is megbeszélik.

A résztvevők önbizalmuk és motivációjuk segítésére feliratozott hűtőmágneseket, stresszlabdákat, munkafüzetet, segédanyagokat kapnak, valamint egy dohányzási naplót, amelyet vezetve önmaguk ismerik fel azokat a helyzeteket, amikor a cigaretta utáni sóvárgás a legerősebb, és megtanulják, milyen módszerekkel lehet helyettesíteni a rágyújtást.

### A program eredményeiről

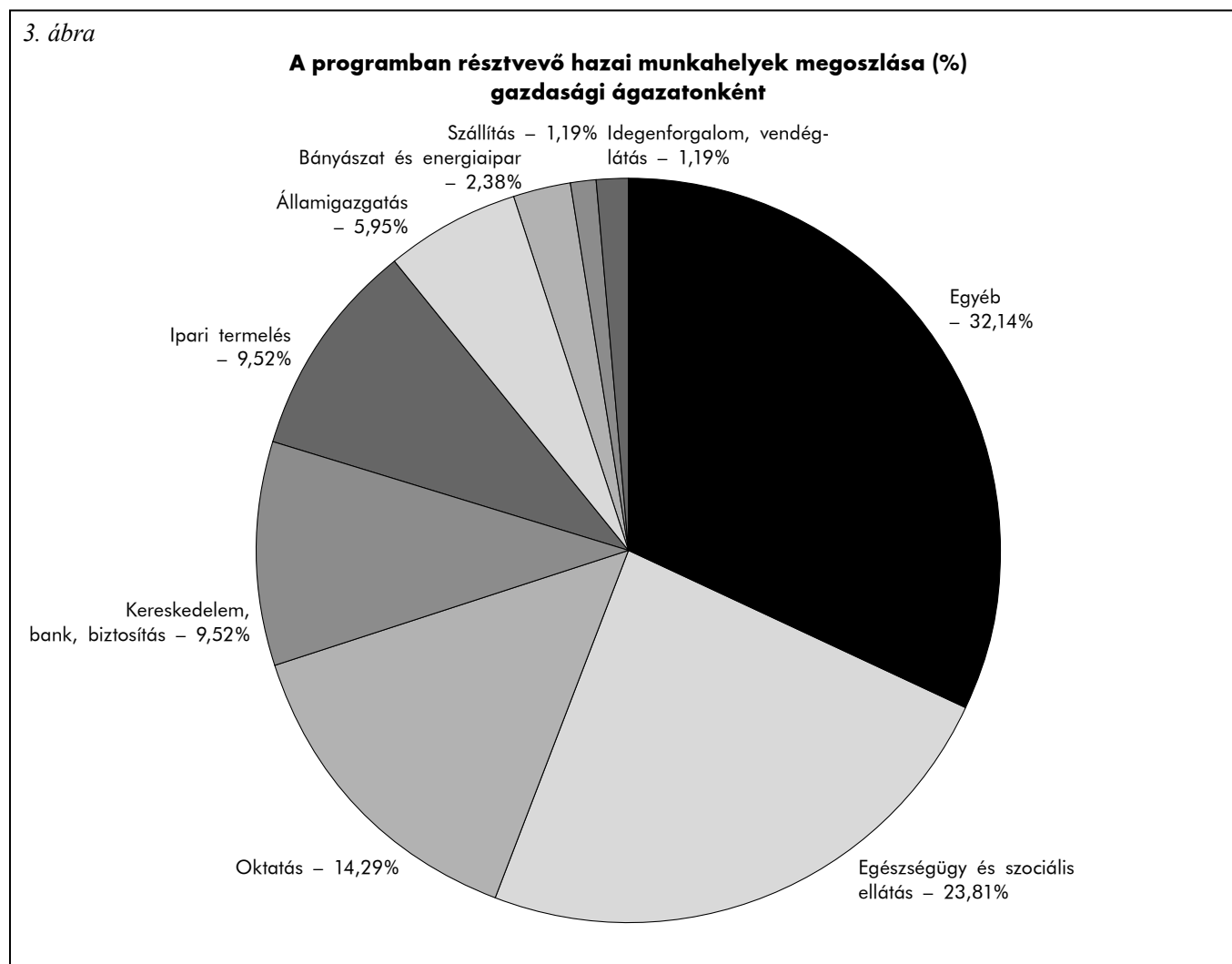
A hazai munkahelyek közül összesen 84 munkahely képviselői töltötték ki a kérdőívet, azaz több, mint 66 ezer munkavállalót értünk el a programban. Ez – ahogyan az 1. ábra is jelzi – jelentős arányú részvételt és érdeklődést tükröz. Magyarország a 6. helyen áll a kitöltő munkahelyek száma alapján, amely az országok területi és lakosság szám szerinti arányait is figyelembe véve előkelő eredmény. Európai szinten összesen 2 554 munkahely csatlakozott a programhoz, ebből 1 721 kérdőív volt használható az elemzések során (Move Europe Business Report, 2009).

A programban résztvevő hazai munkahelyek munkavállalói létszám alapján való megoszlását a 2. ábra mutatja. Ennek alapján jól látható, hogy közel egyenlő arányban csatlakoztak a programhoz a kis-, közép- és nagyvállalkozások, bár legjelentősebb arányban a nagyobb létszámú (250 munkavállaló feletti) cégek képviseltették magukat (40,5%). Ezek az arányok erősen közelítenek az európai átlaghoz, amelyben 42,6% volt a nagyvállalatok aránya, míg a kis- és középvállalkozásoké hozzávetőlegesen 28%.

Ami a programban résztvevő munkahelyek ágazatonként való megoszlását illeti, elmondható, hogy többségük (23,81%) az egészségügyi és szociális szférát, illetve az oktatást (14,29%) képviseli, míg legkisebb arányban (1,19%) a szállítási és az idegenforgalmi cégek képviseltették magukat. Ezek az arányok közelítenek a program európai szintű átlageredményeihez is, bár az összeurópai eredményeket tekintve az ipari termelői szféra munkahelyei állnak az első helyen.

A hazai munkahelyek által kitöltött kérdőívek alapján kialakult pontszámokból<sup>1</sup> jól kivehető (4. ábra), hogy a hazai munkahelyek képviselői átlagosan 48,4 pontra értékelték az egyes témakörökhöz kapcsolódó helyzetet. Ez az eredmény mindössze 4 ponttal alacsonyabb az európai átlagnál.

Ami az egyes témaköröket illeti, a legkedvezőbb meg-



ítélést az aktív testmozgásban gazdag életmód (54 pont) és az egészséges táplálkozás (52 pont) elősegítését célzó intézkedések kapták, akárcsak az ENWHP-s átlagot tekintve, amelytől mindössze 2–3 ponttal maradt el a hazai megítélés szerinti helyzet. A legalacsonyabb pontszámot hazai viszonylatban a stresszkezelés kapta (46,1 pont), míg az európai átlag alapján a dohányzás megelőzésére és visszaszorítására hozott munkahelyi intézkedések végeztek az utolsó helyen (50,4 ponttal).

### A jövő: „Munka: Lélekre Hangolva”

2009-ben vette kezdetét – a *Move Europe*-kampány folytatásaként – a „*Work. In tune with life*” munkacímű program (hazai elnevezése: *Munka: Lélekre Hangolva*). Középpontjában a munkahelyi lelki egészségfejlesztés áll, célja a legjobb munkahelyi lelki egészségfejlesztési programok begyűjtése, értékelése. A projekt hozzájárul a mentális egészség munkahelyi fejlesztése iránti érdeklődés és tudatosság felkeltéséhez, továbbá a modellértékű jó gyakorlatok azonosításához és elterjesztéséhez egyaránt.

A projekt megvalósítását ismét a *European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP)* koordinálja, hazai

megvalósító szervezete az *Országos Egészségfejlesztési Intézet*. A projekt gyakorlati megvalósulása 2009-ben kezdődött, miután a *Move Europe*-kampány lezárult, biztosítva a munkahelyi egészségfejlesztésre fektetett hangsúly folytonosságát. A program elemeit a résztvevő országok 2009 első felében dolgozták ki, hazai bevezetésük 2009 végén indul, míg a programra való jelentkezés – az online kérdőív kitöltésével – 2010 februárjától kezdődik.

*A 2011-ben záruló program megvalósításának fő szakaszai:*

- A programban résztvevő országok feladata a központilag kialakított eszközök (honlapterv, kérdőív, a legjobb gyakorlatok kiválasztását segítő kritériumok, logók, stb.) adaptálása, a kampány hazai népszerűsítése.

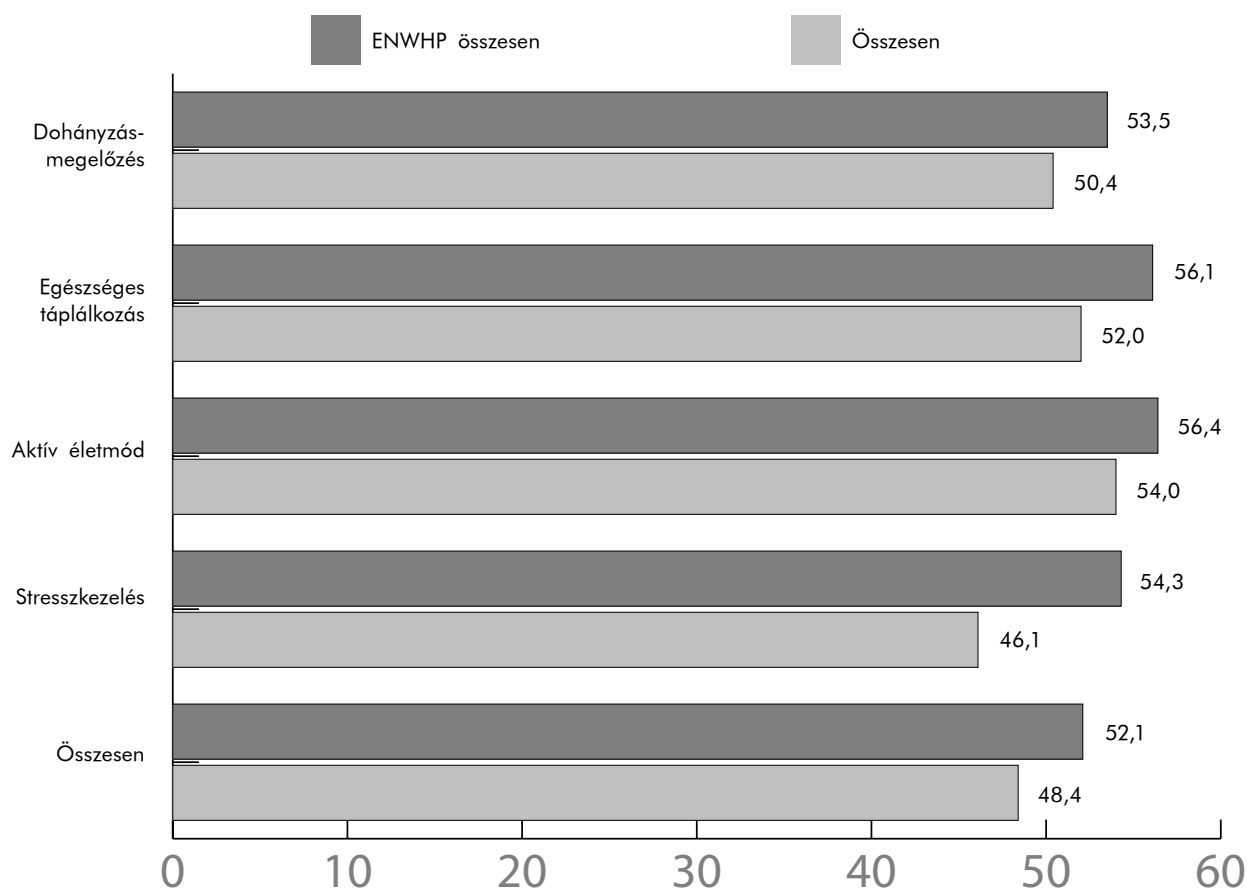
- A programhoz ismét egy online kérdőív kitöltésével csatlakozhatnak a munkahelyek, amelyet egy programindító konferencia és sajtótájékoztató keretében mutattunk be 2010 februárjában. A rendezvény fő célja a program és a hozzá kapcsolódó honlap bemutatása és népszerűsítése.

- A program következő lépéseként a kérdőívet kitöltő munkahelyek közül kiválasztjuk és díjazzuk a legjobb munkahelyi lelki egészségfejlesztési gyakorlatokat. A kérdőívet kitöltő munkahelyek programjait bemutató pályázatokból szakmai bíráló bizottság segítségével választjuk ki a legjobb hazai



4. ábra

**A kampány egyes témaköréhez kapcsolódó kérdések válaszai alapján kialakult pontszámátlagok Magyarországon és az ENWHP-tagországokban**



munkahelyet, amelyet a programzáró hazai rendezvényen és 2010 végén egy európai szintű konferencián is díjazunk.

## Összefoglaló

Cikksorozatunk célja a munkahelyi egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szakirodalmi főbb vonatkozó eredményeinek összefoglalása, továbbá a legjobb gyakorlatok tapasztalatainak áttekintése a munkahelyi egészségfejlesztési programok területén. A cikksorozat kapcsán áttekintettük a WHO, az ILO, a CDC, az NHS, az EU és az ENWHP szakmai programjait, összefoglalóit és ajánlásait, továbbá a szakirodalomban megjelent cikkeket, folyóirat-közleményeket, valamint a hazai programok tapasztalatait.

A cikksorozat harmadik része a *Move Europe* európai kampányának eredményeit mutatja be. A kampányt a *Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózata* fejlesztette ki – a *Perugiai Egyetem (ISPESL)* vezetésével – az európai munkahelyi egészségfejlesztés megerősítése érdekében. A hároméves kampányban résztvevő 26 ENWHP-tagország célja az életmódalapú munkahelyi egészségfejlesztés jó gyakorlatainak összegyűjtése volt. A kampány Magyarországon az *Országos Egészségfejlesztési Intézet* szervezésében valósult meg.

*Kulcsszavak: munkahelyi egészségfejlesztési programok minőségi kritériumrendszerei, Move Europe-kampány, legjobb gyakorlat*

## Summary

The aim of our article series is to summarize the main results of national and international literature on workplace health promotion and to review the best practices of workplace health promotion programmes. We reviewed the programmes, summaries and recommendations of the WHO, ILO, CDC, NHS, EU, ENWHP, articles, and the experiences of national programmes.

The third article of the series describes the results of the European campaign of *Move Europe*. Under the leadership of *ISPESL/University of Perugia, the European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP)* has developed this campaign for the improvement of life-style related workplace health promotion in Europe. A total of 26 member countries participated in the three-year campaign aimed at the dissemination of good practices in the field of lifestyle-oriented workplace health promotion. The *Move Europe* campaign in Hungary was coordinated by the *National Institute for Health Development*.

*Key words: quality criteria of workplace health promotion programmes, Move Europe campaign, best practice*

### IRODALOM

*Move Europe. A Campaign for the Improvement of Lifestyle-related Workplace Health Promotion in Europe. Business Report. Linz, 2009.*

*Move Europe. Egészséges munkavállaló az egészséges munkahelyeken. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 2007.*

### JEGYZETEK

1. Megjegyzés: a maximálisan elérhető pontszám 100 volt; európai viszonylatban a legmagasabb pontszámátlagot Ausztria (68,5), a legalacsonyabbat Olaszország (42,4) érte el.

# A munkahelyi alkoholkérdés nemzetközi jogi szabályozása

Dr. Szabó Gyula

Óbudai Egyetem, Bánki Donát Gépész- és Biztonságtechnikai Mérnöki Kar, Ergonómiai Laboratórium

## Bevezető

Mind az alkoholfogyasztás, mind az alkoholfogyasztás munkahelyi következményei, mind az alkohollal való visszaélés egészségi kockázata és az ehhez kapcsolódó szociális problémák olyan, társadalmakat érintő kérdések, amelyek káros következményei ellen számos tájékoztató programot dolgoztak ki, s ezen programok adatait több hazai<sup>1</sup> és nemzetközi<sup>2</sup> fórumon publikálták.

Az *Európai Unióban* – becslések szerint – 55 millió felnőtt súlyos alkoholfogyasztó. A káros és súlyos alkoholfogyasztás az *Európai Unió*n belüli összes betegség és idő előtti halálozás 7,5%-ának kiváltója. A súlyos alkoholfogyasztás miatt a munkahelyről való távolmaradás, a munkaidőben történő alkoholfogyasztás, vagy a „másnapos” munkavégzés mind kedvezőtlenül hatnak a munkateljesítményre, ebből adódóan pedig a versenyképességre és a termelékenységre. A 15–29 év közöttiek korcsoportjában a nők halálozásának több mint 10%-a, a férfiak halálozásának mintegy 25%-a a súlyos alkoholfogyasztással áll összefüggésben. A gyermekekkel szembeni visszaélések és hanyagság 16%-a szintén az alkoholfogyasztásra vezethető vissza. Az *Európai Unióban* évente mintegy tízezeren veszítik életüket alkoholfogyasztás okozta közúti balesetben – vagyis körülbelül minden negyedik balesetet az alkoholfogyasztás okoz.<sup>3</sup>

Közismert tény, hogy Magyarország – nemzetközi összehasonlításban – rendkívül rossz helyzetben van az alkoholfogyasztás terén.<sup>4</sup> A *Baleset-megelőzés népegészségügyi stratégiája*<sup>5</sup> és a készülő *Alkoholpolitika és -stratégia*<sup>6</sup> is jelzi, hogy a probléma felismerése hazánkban is megtörtént.

Az alkoholfogyasztás munkahelyi következményeiről kevésbé elérhetőek hazai adatok. Ha az alkoholfogyasztás és munkahelyi következményeinek összefüggéseiről szerzett nemzetközi ismereteinket összevetjük a hazai alkoholfogyasztási statisztikákkal,<sup>7</sup> joggal feltételezhetjük, hogy hazánkban rendkívül komoly negatív gazdasági hatásai vannak a munkahelyi alkoholfogyasztásnak.

Nehezen határozható meg az alkohol jogi szabályozásának kívánatos szintje. A nemzetközi szinten nem igazolódtak a regulációs intézkedések, és az alkoholfogyasztással szembeni teljes tiltás egyre inkább átadja helyét egy új szemléletnek. „Az alkoholfogyasztás ellen nem lehet a dohány-

zás mintájára formalizáció elve szerint küzdeni, vagyis nem lehet a mindennapi közéletből kiiktatni ezt a szokást”.<sup>8</sup>

Az áttekinthető, követhető szabályozás azért tűnik fontosnak, mert a magyarok – az *Eurobarométer* felmérése szerint, az olaszokhoz, a spanyolokhoz és az osztrákokhoz hasonlóan – elsősorban kívülről várják az alkoholkérdés megoldását, és az egyént nem érzik felelősnek ebben a kérdésben, mint például a szlovákok, a csehek vagy a horvátok.<sup>9</sup>

A nemzetközi szakmai szervezetek a helyi, nemzeti szabályozások kialakítása mellett törnek lándzsát, amelyek figyelembe veszik a kulturális sajátosságokat, szokásokat. Hazánkban a rendszerváltás nyomán, majd az uniós csatlakozás során jelentős jogalkotói munka folyt, s nem egységes alkoholszabályozás alakult ki, hanem számos részszabályozás jött létre, amelyből hiányoznak bizonyos elemek.

A munkahelyi alkoholkérdés szabályozása sokban megfelel a nemzetközi szervezetek, ezen belül elsősorban a *WHO*, az *Európai Unió* és az *ILO* alkoholra vonatkozó ajánlásainak<sup>10</sup> és előírásainak, ezért kezdetként tekintünk át a *WHO* vonatkozó jelentősebb dokumentumait.

## A *WHO* alkoholra és a kapcsolatos ártalmakra irányuló akciói és szakpolitikái

Az öreg kontinensen isznak a legtöbben, így az alkoholkérdés a *WHO Európai Régiójában* a legsúlyosabb. Ennek hatása a *WHO* és az *Európai Unió* szabályozásainak fejlődésén jól megfigyelhető.

### 1992–1999: *Európai Alkohol Akcióterv (EAAP)*

A *WHO Európai Alkohol Akcióterve (European Alcohol Action Plan)* – az *Egészséget Mindenkinnek* szakpolitika 17. célkitűzése alapján – összehangolt cselekvésre szólította fel a tagállamokat.<sup>11</sup> Az akcióterv két összetett célt határozott meg az alkohollal kapcsolatos ártalmak csökkentésére:

- az alkoholfogyasztás csökkentése,
- a nagy kockázatú viselkedések visszaszorítása.<sup>12</sup>

A terv a célkitűzések megvalósítását a *WHO Európai Iroda* és a tagállamok közös felelősségének tartja, és mindkét féltől elvárja a projekt megvalósításához szükséges erő-

források biztosítását. Az *Akcióterv* azt kérte a tagállamoktól, hogy kötelezzék el magukat a nemzeti alkoholfogyasztás 25%-os csökkentése mellett az 1980 és 2000 közötti időszakban, s hogy szenteljének különös figyelmet a káros alkoholfogyasztásnak. Ezzel együtt az akcióterv koordinálásáért, megvalósításáért és erőforrásainak biztosításáért a *WHO Európai Irodája* felel.

### 1992–1998: Az *Európai Alkohol Akcióterv* értékelése

1998 végén az *Európai Alkohol Akcióterv* értékeléséhez a *WHO* kérdőíveket küldött ki a *WHO* európai tagállamaiba, melyre 33 ország válaszolt. A felmérés alapján a legfontosabb megállapítások a következők voltak:

- A válaszadók több, mint fele kidolgozta nemzeti alkohol-akciótervét, s rendelkezik az irányításával és megvalósításával megbízott testülettel.

- A hatékonynak vélt jogszabályi intézkedések tartalmazták az alkoholpiac szigorúbb szabályozását, a megelőzés érdekében az adóemelést, és néhány országban az ittas vezetés szigorúbb elbírálását.

- Néhány országban – az *Európai Unió* adóharmonizációjának részeként – csökkentették az alkohol adóját, ez növelte az alkohollal kapcsolatos ártalmak kockázatát.

- Összességében az alkohol- és vendéglátóipar kevés szerepet játszott az alkohollal kapcsolatos ártalmak kockázatának csökkentésében. Az alkoholipar erősödő marketingtevékenysége megfigyelhető volt, ez az *Akcióterv* megvalósulásának legnagyobb akadályá.

- Ahol a felmérés idején már rendelkezésre álltak adatok, 11 országban tapasztalták az egy főre eső átlagos fogyasztás csökkenését, és három ország (Olaszország, Spanyolország és Lengyelország) érte el az *Egészséget Mindenkinek politika* 17. célkitűzésében meghatározott 25%-os csökkenést. 1992 után 11 országban az alkoholfogyasztás növekedését regisztrálták.<sup>13</sup>

Az értékelés nyomán világossá vált, hogy az *EAAP 1992–1999* kimenete az *Európai Régió* területén jelentősen eltér, leginkább a keleti és nyugati területek különböznek. Például az alkohollal kapcsolatos közúti balesetek esetében az északi államok 31%-os csökkenést, míg a közép- és kelet-európai államok 32%-os növekedést jelentettek. Hasonlóképpen, az alkohollal kapcsolatos ártalmak indikátorai (pl. öngyilkosság) az *Európai Unióban* és az északi államokban is jelentősen csökkentek, míg az ex-szovjet államokban 38%-os növekedést regisztráltak.<sup>14</sup>

### 1995: *WHO Európai Alkohol Charta*

Bár a *Charta* nem jár jogi kötelezettséggel, 1995 decemberében 49 ország fogadta el.

A *Charta* kérte a tagállamokat, hogy dolgozzák ki és valósítsák meg átfogó nemzeti alkoholszabályozásukat az alábbi öt kulcselem alapján:

- Minden embernek joga van családra, közösségre és munkás életre, valamint ezek védelmére az alkoholfogyasz-

tás okozta balesetekkel, erőszakkal és az alkohol egyéb negatív következményeivel szemben.

- Minden embernek joga van helytálló, pártatlan információra és korai életkortól fogva oktatásra az alkoholfogyasztásnak az egészségre, a családra és a társadalomra gyakorolt hatásairól, következményeiről.

- Minden gyermeknek és serdülőnek joga van arra, hogy olyan környezetben nőjön fel, amely védve van az alkoholfogyasztás negatív következményeitől és – a lehetséges határok között – a szeszes italok reklámozásától.

- Minden kockázatos és károsan alkoholt fogyasztó embernek és családtagjának joga van könnyen hozzáférhető kezelésre és gondozásra.

- Minden embernek, aki nem kíván alkoholt fogyasztani, vagy egészségi, esetleg egyéb okoknál fogva nem ihat, joga van ahhoz, hogy védelemben részesüljön az ivásra kényszerítéssel szemben, és őket nem-ivó magatartásukban támogatni kell.<sup>15</sup>

### 1998: *HEALTH 21, Target 12*

A *WHO HEALTH 21* dokumentumában meghatározott 21 célkitűzés célja, hogy a XXI. század Európájában „mindenkinek lehetőséget biztosítson a teljes egészségre”. A 12. célkitűzés foglalkozik az alkoholfogyasztással, előírva „az addiktív szerek – dohány, alkohol, pszichoaktív drogok – fogyasztásából származó egészségkárosító hatást 2015-ig lényegesen csökkenteni kell az összes tagállamban”.<sup>16</sup>

### 2000–2005: *Európai Alkohol Akcióterv (EAAP)*

A 2000–2005-ig terjedő időszakra az *EAAP* szakemberei azt a célt tűzték ki, hogy az *Európai Régió* országaiban megelőzzék és csökkentsék a túlzott alkoholfogyasztás okozta ártalmakat és károkat.

Az általános célkitűzések az alábbiak:

- fokozni kell a közegészségügyi szakembereknek az alkoholfogyasztás ártalmaira vonatkozó tudatosságát; állandó továbbképzéseket kell tartani ezen a területen, és támogatást kell biztosítani a prevenciók törekvések számára;

- csökkenteni kell az alkoholfogyasztáshoz (otthon, a munkahelyeken, a különféle közösségekben és a vendéglátóipari egységekben) kapcsolódó kockázatok számát;

- mind kiterjedésében, mind pedig mélységében csökkenteni kell a túlzott alkoholfogyasztásból származó ártalmakat, mint például a halálos vagy súlyos sérülésekkel járó baleseteket, az erőszakos cselekményeket, a gyermekek bántalmazását és elhanyagolását, valamint a családi krízishelyzeteket;

- könnyen elérhető és hatékony gyógykezelést kell biztosítani a kockázatos módon ivó és alkoholfüggő egyének számára;

- nagyobb védelmet kell biztosítani a gyermekek, a fiatalok és azok számára, akik nem kívánnak alkoholt fogyasztani.<sup>17</sup>

Elfogadva az *Európai Alkohol Chartával* való átfedéseket, az *EAAP 2000–2005* saját kimeneti célokat és akciójavaslatokat határozott meg. Ezek között szerepelt a 16. általános célkitűzés, amely szerint „[...] csökkenteni kell az alkoholfogyasztáshoz kapcsolódóan felmerülő problémák előfordulásának kockázatát otthon, a munkahelyen, a közösségi vagy a vendéglátóipari egységekben.”<sup>18</sup>

A közéleti tevékenységre, a magánszférára és a munkahelyi környezetre vonatkozó célként határozták meg, hogy 2005-re az *Európai Régió* összes országában meg kell valósítani az alábbi programokat:

- csökkenteni kell az alkoholfogyasztással kapcsolatos problémák előfordulását nyilvános helyeken, különösen a szabadidős tevékenységek és a sportesemények területén;
- csökkenteni kell az alkoholfogyasztáshoz kapcsolódó családi erőszak előfordulását, és meg kell teremteni a gyermekek számára a biztonságos családi környezetet;
- csökkenteni kell azoknak az ártalmaknak a számát, különösen a baleseteket és az erőszakos cselekményeket, amelyeket az alkoholfogyasztás a munkahelyeken okozhat.

A fenti eredmények elérése céljából javasolt teendők a következők:

- kontrollálni kell az alkohol elérhetőségét olyan jelentősebb nyilvános események során, ahol előfordulhatnak alkohol okozta sérülések és ártalmak;
- meg kell tiltani az alkoholfogyasztást a fiatalok szabadidős tevékenységei és sporteseményei során, ugyanakkor sokféle ételt és alkoholmentes üdítőt kell biztosítani számukra;
- biztosítani kell, hogy a családalapú prevenció és kezelési programok könnyen elérhetőek legyenek;
- mind a nyilvános, mind a magánszektorban támogatni kell a munkahelyi alkoholpolitikát, amely a munkahelyi egészségprogramokba integrált oktatásra, a prevencióra, a korai felismerésre és a kezelésre irányul.

### 2000–2005: Az Európai Alkohol Akcióterv előrehaladási jelentése

A jelentés megállapítja, hogy annak ellenére, hogy a tagállamok erőfeszítéseket tettek, az eredmény nem egyértelmű:

„Az elmúlt 10 év adatai azt mutatják, hogy az országok közel harmadában az alkoholfogyasztás csökkent, közel harmadában növekedett, fennmaradó harmadában a fogyasztás állandó. Bizonyíték van arra, hogy az alkohollal kapcsolatos közúti balesetek száma az európai tagállamok többségében csökkent. A további, alkohollal kapcsolatos ártalmakra vonatkozó adatok változatos képet festenek, némely országban növekedést, másokban csökkenést mutatva.”<sup>19</sup>

### 2004: WHO-állapotjelentés – az alkoholfogyasztás szabályozása

A WHO jelentésében azonosítja az alkoholfogyasztás szabályozásának eseteit a különböző jogrendszerekben, ezzel mintegy meghatározva a beavatkozás lehetséges célterületeit. Ezek a következők:<sup>20</sup>

- Az alkoholtartalmú italok forgalmának szabályozása.
- Az alkoholtartalmú italok hozzáféréseinek szabályozása.
- Állami monopóliumok és engedélyezési rendszerek.
- Az elvitelre történő értékesítésre vonatkozó szabályozás.
- Az alkoholvásárlás és -fogyasztás életkori korlátozása.
- Az ittas vezetésre vonatkozó jogszabályok.
- Árak és adózás.
- Az alkoholos italok árai.
- Adózás.
- A reklámozás és a szponzorálás.
- A szponzorálás korlátozása.
- A reklámozásra és szponzorálásra vonatkozó előírások betartatása.
- Egészségügyi figyelmeztetések.
- Alkoholmentes környezet.

A közterületi alkoholfogyasztás korlátozása csökkentheti néhány munkahelyi sérülés előfordulási gyakoriságát, de természetesen nem igazolt a munkahelyi alkoholfogyasztás teljes tilalmának hatásossága. A hivatalos területeken (pl. oktatási, egészségügyi, közigazgatási létesítmények) az alkoholfogyasztás szigorúan szabályozott, az országok közel felében teljes tilalom alatt áll; a szabadidős és a sporttevékenységekre vonatkozó szabályozás azonban jóval lazább.

A különböző területeken az alkoholfogyasztás korlátozásának/tiltásának elsődleges üzenete az, hogy az alkoholt olyan árucikknek tünteti fel, amely nem egyeztethető össze bizonyos környezettel, elfoglaltsággal vagy a munkahellyel. Az üzenet hitelességéhez elengedhetetlen, hogy a rendőrség vagy a biztonsági szolgálat érvényesítse a törvényt, és hogy az ilyen korlátozást a helyi közösség is támogassa.

A leghatásosabb szabályozás az egyes országokban más és más, de általában a következő intézkedésekből áll:

- Az alkoholos ital meghatározása (alkoholmennyiségben kifejezve) egy olyan alacsony alkoholszintben, hogy az országban fogyasztott alkoholos italok zömét felölelje.
- Az értékesítés állami szabályozása állami monopóliummal vagy engedélyezési eljárással (ideértve az engedély költségének, az ellenőrzésnek és a büntetésnek szabályozását). Az értékesítés időbeli és térbeli korlátozása különösen akkor szerencsés, ha egy meglévő problémára vagy magas kockázatú területre irányul (bizonyos napokon, napszakokban, vagy bizonyos területeken az alkoholárusítás tilalma).
- Kulturálisan adekvát életkori korlátozás, s annak érvényesítése.
- Az ittas vezetéstől visszatartó alkoholszint meghatározása és érvényesítése. Az ellenőrzés ideális esetben gyakori és látványos szondázással történhet, míg büntetésként a vezetői engedély bevonása bizonyult a leghatásosabbnak.
- A kisebb alkoholtartalmú vagy alkoholmentes italok fogyasztásának ösztönzése olyan ármeghatározással, hogy az üdítők a legolcsóbb alkoholos italoknál is olcsóbbak legyenek.
- Az adózás (következésképp az árszint) nagyon hatásos intézkedés. Az adó legyen elég magas ahhoz, hogy a károk a lehető legkisebbek legyenek, miközben nem buzdít otthoni előállításra vagy csempészésre. Az árak növekedjenek legalább az infláció értékével – azokban az országokban, ahol

az adóelkerülés és csempészés virágzik, az adózott címke (jövedéki zárjegy) hasznos lehet.

– A hirdetések tartalma mellett az átfogó megközelítés részét képezi a reklámozás és a szponzoráció idejének, helyének és médiumának szabályozása. Elsősorban a fiatalokra irányuló vagy számukra vonzó marketing- és eladásösztönző tevékenységet kell szabályozni. Bizonyos esetekben meg kell követelni figyelmeztetések feltüntetését a hirdetésen vagy a csomagoláson.

– A nyilvános helyeken az alkoholfogyasztás tilalma a közbiztonságot sugározza, és azt az üzenetet közvetíti, hogy az alkoholfogyasztás nem egyeztethető össze bizonyos környezettel és foglalkozással.

Minden országnak ki kell alakítania és meg kell valósítania saját alkoholpolitikáját. Az „*European Alcohol Action Plan (EAAP)*” példamutató kezdeményezés egy WHO régió-szintű alkoholpolitika létrehozására, amely szerint egy kiegyensúlyozott alkoholszabályozás érzékelhető pozitív hatással van a közösség egészségi állapotára.

## 2006: Az alkoholfogyasztás keretszabályozása

A régiószintű cselekvés igényét felismerve a WHO Európai Régiója 2006-ban keretszabályozást dolgozott ki.<sup>21</sup> Célja bátorítani és megkönnyíteni a nemzetközi, regionális, nemzeti és helyi közösségek szabályozásának kidolgozását és megvalósítását, illetve az alkohol fogyasztásából eredő ártalmak megelőzésére és csökkentésére irányuló erőfeszítéseket.

A munkahelyi alkoholkérdés egyrészt a nemzeti szabályozással, másrészt az alkoholmentes helyzeteket érintő cselekvési területekkel kapcsolatos.

Sok veszélyesen ivó vállal munkát, így a munkahelyi beavatkozásokkal elérhető, tehát e cél eléréséhez a munkahelyeken alkoholszabályozásokat kell bevezetni. Ezek a szabályozások a munkaidő előtti és alatti alkoholfogyasztást szabályozhatják, illetve a veszélyes ivásra és az alkoholprobléma kezelésére és tanácsadásra vonatkozó útmutatót tartalmazhatnak.

A társadalom bizonyos területeinek és bizonyos élethelyzeteknek alkoholmentesnek kellene maradniuk. Különösen gyermek- és ifjúkorban nem lenne szabad inni. További jelentős helyzet és környezet, amelynek alkoholmentesnek kell maradnia, a közúti közlekedés, a munkahely és a terhesség.

A legtöbb munkahely a dolgozók azon képességére épül, hogy meg tudják hozni a döntéseket és végre tudják hajtani szakmai feladataikat. Többen közszolgáltatást végeznek, esetükben az alkoholbeteg munkatárs veszélyforrás, a többiek számára ugyanúgy, mint magára nézve. A szállítási szektorra ez különösen igaz, de sok más területen is komoly követelmények vannak. Közegészségügyi szempontból az alkohol nem fér össze a munka világával.

A keretszabályozás hároméves ciklusokban gondolkodik, az előrehaladás jelentéssel való értékelése is háromévente zajlik.

## 2008–2009: A WHO stratégiája az alkohol káros használatának csökkentésére

A WHO 61. World Health Assembly döntött egy, az alkohol káros használatának csökkentésére irányuló stratégia kidolgozásáról.<sup>22</sup> Az előkészítő dokumentum (a munkahelyeket külön nem említve) a következő célterületeket tartalmazza:<sup>23</sup>

- Figyelemfelkeltés és politikai elköteleződés.
- Az egészségügyi szektor válasza.
- Közösségi cselekvés.
- Az ittas vezetés szabályozása.
- Az alkohol hozzáféréseinek kérdései.
- Az alkoholos italok marketingkérdései.
- Árpolitikák.
- Ártalomcsökkentés.
- Az illegális és hamisított alkohol társadalmi és egészségügyi hatásainak csökkentése.
- Nyomonkövetés és felügyelet.

## Az Európai Unió alkoholra és a kapcsolatos ártalmakra irányuló akciói és politikái

Az alkoholkérdés az Európai Unió keretein belül 1986-ban az Európa Tanács és a tagállamok kormányainak egy, az alkohollal való visszaélésről szóló állásfoglalásában jelent meg. Az állásfoglalás azt is kifejezte, hogy az Európai Unióban a jövőben az alkohollal való visszaéléssel kapcsolatban végrehajtandó intézkedéseket szorosan össze kell hangolni azokkal, amelyek a WHO oldaláról már megtörténtek.<sup>24</sup>

A televíziós műsorszórásról 1989-ben megszületett Tanács-irányelv többek között az alkoholtermékek reklámozását is korlátozta. Az irányelv a több tagállamban már korábban is létező, a fiatalkorúak védelmét szolgáló alkoholforgalmazási korlátozásokat erősítette meg.<sup>25</sup>

Az alkohollal kapcsolatos ártalmak csökkentésének közösségi stratégiájáról a Tanács 2001-ben határozott. Itt hangsúlyozza, hogy az alkohol jelentős tényező az európai utakon előforduló végzetes kimenetelű balesetekben, és hogy az alkohol sok háztartási és munkahelyi baleset közvetlen oka. A dokumentum kiemeli a szoros kapcsolatot az alkohollal való visszaélés és a csökkenő munkateljesítmény, a társadalmi elszigetelődés, az otthoni erőszak és a család felbomlása, a bűnözés, a hajléktalanság és a mentális betegségek között.<sup>26</sup>

## 2006: A tagállamokat az alkohollal kapcsolatos ártalom csökkentésében támogató uniós stratégia

A legtöbb tagállam intézkedéseket hozott az alkohollal kapcsolatos károk csökkentése érdekében, és közülük sokan kiterjedt szakpolitikával rendelkeznek e téren. Az egészségügyi szakpolitikák közösségi és nemzeti szintű végrehajtása ellenére a kár szint – különösen a fiatalok esetében, a közúti baleseteket és a munkahelyeket tekintve – valamennyi tagállamban még mindig elfogadhatatlanul magas.<sup>27</sup>

A Bizottság az alábbi öt kiemelt témakört jelölte ki, ame-

lyek valamennyi tagállamban előfordulnak és amelyek esetében – a nemzeti politikák és a nemzeti intézkedések koordinálásának kiegészítéseként – a közösségi fellépés hozzáadott értéket képvisel:

- A fiatalok, a gyermekek és a magzat védelme.
- Az alkohol okozta közúti balesetektől eredő károk és halálesetek számának csökkentése.
- Az alkohollal kapcsolatos károk megelőzése a felnőtt körében, és a munkahelyre gyakorolt kedvezőtlen hatás csökkentése.
- Tájékoztatás, oktatás és figyelemfelkeltés a káros és súlyos alkoholfogyasztás hatását, valamint a megfelelő alkoholfogyasztási szokásokat illetően.

– Uniós szinten a közös tudásalap fejlesztése és fenntartása.

Az alkohollal kapcsolatos károk megelőzésére, valamint a munkahelyre gyakorolt kedvezőtlen hatás csökkentésére szolgáló célok:

- Az alkohollal kapcsolatos krónikus fizikai és szellemi rendellenességek csökkentése.
- Az alkohollal kapcsolatos halálesetek számának csökkentése.
- A fogyasztók tájékoztatása annak érdekében, hogy megalapozottan választhassanak.
- Hozzájárulás az alkohollal kapcsolatos ártalmak munkahelyi csökkentéséhez, és a munkahelyi intézkedések ösztönzése.

Az intézkedést az indokolja, hogy annak ellenére, hogy a felnőttek 85%-a többnyire mértékletesen és felelős módon fogyaszt alkoholt, a káros és súlyos alkoholfogyasztás a korai halálozás és az elkerülhető betegségek egyik fő oka, ezenkívül a munkaképességre is kedvezőtlen hatással van. Az alkohol miatt a munkahelyről való távolmaradás és a munkaidőben történő alkoholfogyasztás kedvezőtlenül hat a munkateljesítményre, ebből adódóan pedig a versenyképességre és a termelékenységre.

## A közegészségügyre vonatkozó közösségi cselekvési program (2003–2008)

A tagállamokat az alkohollal kapcsolatos károk csökkentésében támogató uniós stratégiáról szóló bizottsági közlemény értelmében az alkohollal kapcsolatos tevékenységeknek kapcsolódniuk kell az alkoholfogyasztással kapcsolatos ártalmak csökkentésére irányuló átfogó stratégiai megközelítéshez.<sup>28</sup>

A projektjavaslatoknak az alábbi kérdésekkel kell kiemelten foglalkozniuk:

- az *Európai Unióban* hatályos alkoholpolitikák gazdasági hatásainak értékelése érdekében az alkohollal kapcsolatos szakpolitikák költség-haszon elemzéseinek alkalmazandó szabványosított módszertan kidolgozása,
- szabványosított komparatív felmérések kidolgozása a súlyos és mértéktelen alkoholfogyasztás (ismétlődő súlyos alkoholfogyasztás), az ittaság, az alkoholfogyasztás okai, az alkoholfüggőség és a statisztikailag nem kimutatható alkoholfogyasztás tekintetében,
- a munkahelyi stratégiák legjobb gyakorlatainak összegyűjtése a káros és veszélyes alkoholfogyasztás gazdasági

hatásának (pl. az alkoholfogyasztásból eredő munkahelyi távolmaradás, a munkahelyi alkoholfogyasztás, a „másnapos” munkavégzés, a munkanélküliség) csökkentése érdekében,

- a kevésbé kockázatos alkoholfogyasztás körülményeinek megteremtése érdekében hálózatépítés, a kellő forrásokkal rendelkező közösségi mobilizációs és intervenciók projektek legjobb gyakorlatainak értékelése és összegyűjtése, a különböző ágazatok és partnerek bevonásával.

## Összefoglalás

Az alkoholkérdés nemzetközi jogi szabályozását áttekintve megállapíthatjuk, hogy a különböző ajánlások széles körben foglalkoznak a kérdéssel. Teljesen egységes választ nem sikerült találni, de egyetértés alakult ki abban, hogy az alkoholfogyasztást, annak káros következményeit (balesetek, a családokra és a társadalomra gyakorolt negatív hatások) vissza kell szorítani. Egyetértés alakult ki abban is, hogy mely területeken lehet szabályozással befolyásolni ezt a kérdéskört: forgalmazás, adózás, reklámozás, ittas vezetés. Az alkoholos italok magas adója például igazoltan hatásos intézkedés. Azonban az elmúlt száz év próbálkozásait tekintve elmondható, hogy a teljes alkoholtilalom nem vezet eredményre.

Az alkoholfogyasztás káros hatásaival foglalkozók között egyetértés alakult ki abban is, hogy a munkahely olyan színtér, amely az alkoholfogyasztással nem egyeztethető össze. Ennek érdekében olyan nemzeti, helyi és vállalati szabályozásokat és folyamatokat kell létrehozni, amelyek csökkentik az alkoholfogyasztás káros munkahelyi hatásait.

## Absztrakt

Általánosan elfogadott a káros alkoholfogyasztás következményei elleni küzdelem szükségessége. A nemzeti alkohol-szakpolitikák, szabályozások és intézkedések a nemzetközi ismeretanyag és irányelvek alapján készülnek, majd különböző mértékben váltják be a várakozásokat.

A tanulmányban a *WHO*, a *WHO Európai Régiója* és az *Európai Unió* alkoholra vonatkozó dokumentumait tekintjük át, külön kiemelve a munkahelyekre vonatkozó javaslatokat.

*Kulcsszavak: alkoholfogyasztás, munkahely, jogi szabályozás, egészségfejlesztés*

## Abstract

It's widely accepted the necessity of the fight against the consequences of the harmful use of alcohol. The national policies, measures and regulation based on the international knowledge and guidelines fulfill differently the expected goal.

This paper overviews documents of *WHO*, *WHO European Region* and *EU* according to alcohol, giving emphasis to the recommendation on workplaces.

*Key words: Alcohol abuse, workplace, legislation, health promotion*

## JEGYZETEK

1. Ld. pl. Bényi M.–Németh R.–Kéki Zs.: *Balesetek, sérülések a magyar Országos Lakossági Egészségfelmérés adatai alapján*. 2003.
2. Ld. pl. *Alcohol-related harm in Europe – Key data Factsheet*. European Commission, Brüsszel, 2006. október
3. *Az Európai Bizottság közleménye az alkohollal kapcsolatos károk csökkentéséről*. IP/06/1455, Brüsszel, 2006. október 24.
4. Ld. pl. *WHO Global Status Report on Alcohol*. 2004.
5. *A balesetmegelőzés népegészségügyi stratégiája*. Fodor József Országos Közegészségügyi Központ, Budapest, 2006.
6. *Alkoholpolitika és -stratégia. Tervezet*. Országos Addiktológiai Centrum, Budapest, 2009.
7. Ld. pl. *Alcohol and the Workplace*. IAS Factsheet, Institute of Alcohol Studies
8. Buda B.: *Building capacity for action*. European Alcohol Policy Conference (60–65.)
9. *Attitudes towards Alcohol*. Fieldwork October–November 2006. Publication March 2007.
10. Kaucsek Gy.–Simon P. (szerk.): *„Maradj a Zöld Zónában” munkahe-lyi drog- és alkoholmegelőzési program*. Budapest, 2008.
11. *Counterbalancing the Drinks Industry – A summary of the Eurocare Report on Alcohol Policy in the EU*. Eurocare
12. *European Alcohol Action Plan*. WHO Regional Office for Europe, 1993.
13. *European Alcohol Action Plan 2000–2005*. World Health Organisation, 2000.
14. *European Alcohol Action Plan 2000–2005*. World Health Organisation, 2000.
15. *European Charter on Alcohol. European Conference on Health, Society and Alcohol*, Párizs, 1995. december 12–14. Magyarul ld. *Népegészségügyi alkoholpolitika*. (Szerk. Buda B.) OAI, Budapest, 2006. 93–100. old.
16. *Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region*. The WHO Regional Office for Europe. European Health for All Series, No. 5. Copenhagen, 1998.
17. *European Alcohol Action Plan 2000–2005*. World Health Organisation, 2000. Magyarul ld. *Addiktológia*, 2004., III. évf. 3. sz.
18. *European Alcohol Action Plan 2000–2005*. World Health Organisation, 2000.
19. *Progress report on the European Alcohol Action Plan, including follow-up to the WHO European Ministerial Conference on Young People and Alcohol*. WHO Regional Office for Europe
20. *World Health Organization: Global status report: alcohol policy*. World Health Organization, 2004.
21. *Framework for alcohol policy in the WHO European Region*. World Health Organization, 2006.
22. *WHO resolution on Strategies to reduce the harmful use of alcohol*. WHA61.4 Agenda item 11.10 24 May 2008.
23. *Towards A Global Strategy On Harmful Use Of Alcohol*. World Health Organization, 2009.
24. *Resolution of the Council and of the Representatives of the Governments of the Member States, meeting within the Council, of 29 May 1986, on alcohol abuse*.
25. *A Tanács irányelve (1989. október 3.) a tagállamok törvényi, rendeleti vagy közigazgatási intézkedésekben megállapított, televíziós műsor-szolgáltató tevékenységre vonatkozó egyes rendelkezéseinek összehangolásáról (89/552/EGK)*
26. *Council conclusions of 5 June 2001 on a Community strategy to reduce alcohol-related harm (2001/C 175/01)*
27. *A tagállamokat az alkohollal kapcsolatos károk csökkentésében támogató uniós Stratégia*. Brüsszel, 24.10.2006
28. *2007/102/EK: A Bizottság határozata (2007. február 12.) a közegészségügyre vonatkozó közösségi cselekvési program (2003–2008) végrehajtására irányuló 2007. évi munkaterv, valamint a támogatásokra vonatkozó éves munkaprogram elfogadásáról*.



# A Kaposi Mór Oktató Kórház komplex szűrési programja

Szörényiné Ványi Gabriella irodavezető<sup>1</sup>,  
Dr. Moizs Mariann stratégiai főigazgató-helyettes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kaposi Mór Oktató Kórház, Prevenció és Egészségfejlesztési Iroda

<sup>2</sup>Kaposi Mór Oktató Kórház

Magyarországon az elmúlt 28 évben mindkét nemből drámaian megnőtt a 40 év feletti halálozási gyakorisága. Különösen a 40–50 év közötti nők és az 50 év körüli férfiak esetében alakultak igen kedvezőtlenül a mutatók.

A 2008-as népegészségügyi adatok alapján a daganatos megbetegedések előfordulása, régiós összehasonlításban, minden korcsoportban a Dél-Dunántúlon a legmagasabb.<sup>1</sup>

Somogy megyében a születéskor várható átlagos élettartam mindkét nem tekintetében alacsonyabb, mint a Dél-dunántúli Régióban és az országos átlaghoz viszonyítva. Az ezer lakosra jutó élveszületés és halálozás aránya régiós és országos összehasonlításban is rosszabb eredményeket mutat. Halálozásban az élen járunk, az élveszületések számát tekintve pedig a megyei átlag elmarad az országos átlagtól.

A halálozás okai között – hasonlóan az országos adatokhoz – első helyen szerepelnek a keringési rendszer betegségei, második helyen a daganatos betegségek miatti halálozás.<sup>2</sup>

Sok esetben a daganatos betegek igen elhanyagolt állapotban és már túlságosan későn érkeznek a kórházba, amikor már igen csekély az esély a gyógyulásra.

*Valamit tennünk kellett.*

## Hol van a helye és mi lehet a szerepe egy súlyponti kórháznak a népegészségügyi feladatok megvalósításában?

Megvizsgáltuk, hogy a magyar egészségpolitikai programok milyen szerepet szánnak a kórházaknak a népegészségügyi programok megvalósításában. *Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Népegészségügyi programja* egyértelműen megfogalmazza elvárását a kórházakkal szemben: – „Az egészségügyi ellátórendszer gyógyító tevékenysége mellett megelőző és egészségfejlesztési munkát is végezzen. A kórház legyen egészséges munkahely.”<sup>3</sup> – de ennél bővebben nem fejt ki feladatainkat.

A fentiekben megfogalmazott elvárással ellentétben az „Ellátás fejlesztése” című fejezetben igen kedvezőtlenül ítéli meg a kórházak szerepét a népegészségügy területén, és gyakorlatilag a lehetőségét is megkérdőjelezi annak, hogy ez a rendszer képes megváltozni:

*„A halálozási adatokból és a kórházban megjelenő egészségügyi feladatokból ítélve az egészségügyi ellátás jelenle-*

*gi rendszere sajnálatosan kevésbé támogatja a betegségek minél korábban történő felismerését és gyógyítását. Ennek egyik összetevője, hogy a finanszírozási rendszer a megelőzés és a korai felismerés helyett a már kialakult és súlyosabb betegségek ellátását támogatja, ezért az ellátás egy jelentős része a szükségesnél „később és feljebb” történik. Másik nem elhanyagolható tényezője, hogy az egészségügyi személyzetből a szükségesnél kevesebben rendelkeznek a megfelelő ismeretekkel, illetve nem áll rendelkezésre térben és időben a szükséges műszer, tárgyi, technikai feltételrendszer. ... Az itt felsorolt tényezők közül mindegyik természeténél fogva nagy tehetetlenséggel rendelkezik, s ebből kifolyólag igen lassan változtatható rendszerként viselkedik: évtizedes távlatokban várhatóak valódi eredmények, még akkor is, ha a fenti tényezők mindegyikét érintő, jól összehangolt, konzisztens változtatásról van szó.”<sup>3</sup>*

Az intézmény vezetői ennek ellenére úgy gondolták, hogy egy kórháznak is van helye a népegészségügyi, nem egyértelműen definiált rendszerben, képes hatékonyan tevékenykedni az egészségfejlesztés – elsősorban a szekunder – prevenció területén. Egy súlyponti kórházban – bár a súlypontosság sem egyértelműen meghatározott – koncentráltan rendelkezésre áll a humán erőforrás, a tárgyi feltételrendszer, kiemelten a megbízható, magas színvonalú diagnosztikai háttér.

A Kaposi Mór Oktató Kórház a súlyos demográfiai, a szabályozatlan szakmai, finanszírozási és jogi helyzet ismeretében – annak nehézségei ellenére – felvállalta egy helyi szintű népegészségügyi mintaprogram kialakítását, koordinálását és megvalósítását. Célja volt, hogy – az alapfeladatát jelentő gyógyítás mellett – ezzel is hozzájáruljon a területén és környezetében élő lakosság egészségi állapotának javításához. A program pilot-jellege kihangsúlyozandó, mert Magyarországon hasonló kórházi egészségfejlesztési programra nem találunk példát.

## A megoldáshoz vezető út – Prevenció és Egészségfejlesztési Iroda kialakítása

A Kaposi Mór Oktató Kórházban a fenti problémákra reagálva 2008 decemberében kialakítottuk a *Prevenció és Egészségfejlesztési Irodát* (a továbbiakban: *Iroda*).

Az iroda jelenleg két munkatársat foglalkoztat, akik

kórházzinten koordinálják a prevenciós tevékenységeket. Feladatainkat négy nagy csoportra osztottuk fel:

1. Szűrő- és prevenciós feladatok koordinálása, a lakosság részvételi arányának növelése a szűrővizsgálatokon (e tevékenységet a későbbi fejezetek részletezik).
2. Egészségnevelő, egészségmegőrző feladatok ellátása, koordinálása.
3. Munkahelyi egészségfejlesztés.
4. Szakmai anyagok készítése.

Az *egészségnevelő-egészségmegőrző programok* keretein belül 2009 tavasza óta különféle városi, kistéleplési rendezvényeken összesen öt alkalommal állított fel a kórház „Egészségátrát”, ahol a lakosság a másodlagos prevenció körébe tartozó szűrővizsgálatokon és tanácsadáson vehetett részt.

Az *elvégzett vizsgálatok*: vércukor- és vérnyomásmérés, testtömegindex-számítás, testzsírszázalék-mérés, komplex tápláltsági állapotfelmérés, gyermek és felnőtt allergia-vizsgálat, hallásvizsgálat, szemészeti vizsgálat, csontsűrűség-mérés, bőrgyógyászati rákszűrés, prosztatatarák-szűrés. *Egészségnevelés – tanácsadásként*: a felsorolt vizsgálatokhoz való konzultációt és diétás tanácsadást biztosítottunk a programokon résztvevőknek, kiegészítve azokat az egészségmegőrzés érdekében végzett masszázssal. Egy-egy alkalommal 500 és 950 közötti vizsgálatot végeztünk el. A kiszűrt embereket családorvoshoz vagy szakrendelésre irányítottuk.

A *munkahelyi egészségfejlesztés* kapcsán az első olyan egészségügyi intézmény vagyunk, akik csatlakoztak az *Egészségesebb Munkahelyekért Egyesülethez*. Az egyesülettel nagyon jó munkakapcsolat alakult ki. Három csapattal is részt veszünk az *Országos Egészségfejlesztési Intézet* által szervezett *Munkahelyi Életmódváltó Csapatversenyen*.

Munkatársaink részére a hét öt napján biztosítunk sportolási lehetőséget a kórház területén, saját kollégáink szervezésében. Egyéni érdeklődésük szerint a mozgásra vágyók részt vehetnek aerobikfoglalkozáson, gerinctornán, jógán és hastáncon.

A *szakmai anyagok elkészítésében* kiemelendő az *Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ* megbízásából, az *Országos Egészségfejlesztési Intézettel*, az *Egészségesebb Munkahelyekért Egyesülettel* és az *Országos Addiktológiai Intézettel* együttműködve elkészített *Munkahelyi Alkohol- és Drogpolitika*.

2009. I. negyedévében *elkészítettük a kórház Egészségtervét*, amelynek fókuszában Somogy megye lakossága szűréseken való részvételi arányának növelése áll. A statisztikai adatok alapján a hangsúlyt a daganatos, valamint a szív- és érrendszeri betegségek másodlagos prevenciójára helyeztük.

A *kórház által elkészített Egészségterv megvalósítása és a korábbi népegészségügyi programok közötti jelentős különbségek*:

- A szűréseket nem különállóan, egyenként, hanem komplex formában kívánjuk megvalósítani.
- A szűréseken résztvevők szoros nyomonkövetése, a háziorvosokkal való együttműködés és a kórházi adatbázis alapján biztosított. „Nem vesz el a beteg.”

– A szűrésekkel – azok komplexitása miatt – nem csupán a panasz- és tünetmentes lakosságot célozzuk meg, hanem a már valamilyen betegséggel diagnosztizált és kezelt pácienseket is.

– Mivel a városi és kistéleplési lakók születéskor várható átlagos élettartama között jelentős különbség van, a kistéleplésen élők szempontjából hátrányosan, ezért a programokban nagy hangsúlyt fektetünk az ott élők elérésére.

– A programokat nem önállóan és egyedül kívánjuk megvalósítani, párhuzamosan az esetleg futó más programokkal, hanem az egészségügy, az egészségügyet szabályozó és irányító, illetve a helyi döntéshozók és civil szervezetek szoros összefogásával.

– Nem kampányjellegű programot kívántunk elindítani, hanem egy fenntartható, a gyakorlatban jól működő rendszert kívántunk kialakítani.

Az összefogás érdekében egyik legelső lépésünk volt a korábban már jól működő kapcsolatok megerősítése, a feladatok újragondolása a *Dél-dunántúli Regionális Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat*tal, a *Somogy Megyei Önkormányzattal* és *Kaposvár Megyei Jogú Város Önkormányzatával*.

Az *Egészségterv megvalósítását kis lépésenként, szakaszokra bontva* kezdtük meg 2009 áprilisában. *I. programként elindítottuk a komplex szűrési napokat kórházunkban.*

## Komplex szűréssel a Somogyban élő nők egészségéért

Az *I. programban* a komplex szűréseket a 45 és 65 év közötti, Somogy megyében élő nők számára szerveztük.

A szűrési napok alkalmával – a szakmai indokoltóság alapján – felajánlottuk és megszerveztük, hogy az asszonyok – mammográfiás szűrés mellett – részt vehessenek tüdőszűrésen és méhnyakrák-szűrésen is.

*A program menetrendje a következő volt:*

1. A program elindítása előtt egyeztetünk az érintett osztályokkal: *Központi Radiológia – Mammográfiás Központ; Tüdőgondozó; Szülészeti-Nőgyógyászati; Patológia; Ápolási Igazgatóság – Dietetikai Szolgálat; Központi Regisztráció; Gyógyszertár; Logisztikai Osztály; Keretgazdálkodás; Informatika; Kontrolling.*

2. Az érintett települések háziorvosait tájékoztattuk telefonon, levélben és e-mail-ben is a komplex szűrés lehetőségéről.

3. Az érintett településekről a mammográfiás vizsgálatra behívott nők részére szintén küldtünk tájékoztató jellegű meghívót.

4. Felkértük a háziorvosokat, hogy a mammográfiás vizsgálatra jelentkező nőket ők is tájékoztassák, továbbá írják össze, hogy ki milyen vizsgálatra szeretne jelentkezni. A listát a háziorvos (vagy asszisztensnő/védőnő) elküldte az Iroda számára.

5. Amennyiben a listát időben megkaptuk, akkor a nőket név szerint előjegyeztettük a nőgyógyászati szakrendelésre, amennyiben pedig nem kaptunk listát, akkor – az első időszak

tapasztalatai alapján – egy rendelési időre 15 nő részére foglaltunk időpontot (folyamatosan egyeztetve a nőgyógyászzal).

6. A kényszerű keretgazdálkodás miatt a szűrések szakmai anyagigényét külön keretből elkülönítve biztosítottuk, az nem az osztályokat terhelte.

7. A szűrés napján érkező csoportokat az *Iroda* és a *Dietetikai Szolgálat* munkatársai fogadták, és szóban is tájékoztatták a résztvevőket a szűrési nap lebonyolításáról.

8. A regisztrációt – a lista alapján – minden esetben mi intéztük a *Központi Regisztrációnál*; a nőknek nem kellett külön odafáradniuk és várakozniuk.

9. A segítők – a *Dietetikai Szolgálat* munkatársai – forgó rendszerben elkísérték a 10–15 fős csoportokat a szűrések helyszínére. Ilyen alkalmakkor folyamatosan lehetőséget tudunk biztosítani csoportos vagy egyéni diétás tanácsadásra is.

10. A szűréseket a továbbiakban a járóbeteg ellátás rendje szerint végezték el.

11. A *Nőgyógyászati Szakrendelésen* ambuláns lapot kaptak a nők, a méhnyakrák-szűrés eredményéről pedig a vizsgálatok kiértékelése után postai úton kaptak tájékoztatást (szükség esetén visszahívást). A tüdőszűrés eredményeit (lelet vagy kiskönyv) az *Iroda* postázta ki a háziorvosok részére, akiknél az eredményeket a szűrésen résztvevő nők átvehették.

12. A tüdőszűrés, a citológia és a mammográfiás vizsgálat eredményéről, a kiemelt esetekről folyamatosan kaptuk és gyűjtöttük az adatokat.

## A program eredményeiről

2009 áprilisától júniusig összesen 41 *Somogy megyei településről* érkeztek hozzánk a nők.

Összesen 1 544-en vettek részt a *mellrákszűrésen*, közülük 52 nőt hívtak vissza további vizsgálatokra.

Az 1 544 nő közül 755-en vettek részt *tüdőszűrésen*, akik közül 11 nőt visszarendeltek pulmonológiai szakrendelésre.

A nőgyógyászati vizsgálaton és méhnyakrák-szűrésen 533 nő vett részt, közülük 65 esetben csak vizsgálat történt (korábbi méheltávolítás miatt), 468 esetben pedig *méhnyakrákszűrés* is végeztek. A 468 esetből 47 nőt emeltek ki, akik között 19 esetben *pozitív citológiai elváltozást* találtak. A többi esetben kezelés után újra ismételni kell a citológiai vizsgálatot.

## A program költségeiről

Az osztályok igénye alapján az *Iroda* rendelte meg és vette fel a raktárból/gyógyszertárból a szakmai anyagokat, és adta tovább az osztályoknak.

A megnövekedett betegforgalom a *Szülészet-Nőgyógyászati osztályon* és a *Patológián* megnövelte a szakmai anyagigényeket, amelyet az osztályok saját keretükből nem tudtak biztosítani.

A nők részére külön névre szóló meghívót küldtünk, amely *nyomatási és fénymásolási költségekkel* járt. A leletek/el-számolások nyomtatása szintén pluszígényt jelentett.

*A költségvetés számításánál csak a plusz szakmai anyagköltséget vettük figyelembe, mert a megvalósítás nem igényelt plusz személyzetet vagy helyiséget. A jelentősen megnövekedett feladat ellátását a meglévő kapacitás nagyon gondos átszervezésével, folyamatos egyeztetéssel, szoros kontrollal tudtuk megvalósítani.*

*Természetesen, ha a program összes költségét beleszámítanánk, akkor a számított összegnél jóval magasabb értéket kapnánk. A kontrollalapú számításokat a közeljövőben kiemelten kezeljük.*

## A teljesített eredményekről

A jelenlegi finanszírozási rendszerben lehetetlen annak megtervezése, hogy a finanszírozó felé jelentett adatokból (az osztályok más teljesítményével együtt) az *Országos Egészségbiztosítási Pénztár* mennyit fog biztosan elszámolni, illetve milyen értékben és mennyit fog finanszírozni.

## A program II. szakasza

2009. augusztus 31-től a megkezdett szűréseket a fentiekben ismertetett módon kívánjuk folytatni.

A kórház lehetőségeihez mérten a komplex szűrési napokat további vizsgálatokkal kívánjuk kiegészíteni.

*2009. augusztus 31-től 2009. december 14-ig további 63 település 45–65 év közötti női lakossága vesz részt a programban.*

A települések nagy része a *leghátrányosabb helyzetű kistérségben* található. A program következő szakaszában a nagy számban *romák lakta területekről* is érkeznek hozzánk vizsgálatra asszonyok. Szeptember hónapban már több mint 200 plusz méhnyakrák-szűrést és 330 plusz tüdőszűrést végeztünk el.

*Óvatos számításaink szerint – a tapasztalok alapján –, ha csak a minimális megjelenést vesszük alapul, akkor a kétéves ciklus alatt (a mammográfiás szűréshez igazodva) 4 000 plusz méhnyakrák-szűrést és 6 000 plusz tüdőszűrést tudunk elvégezni azoknak a nőknek a körében, akik egyébként nem járnak rendszeresen szűrővizsgálatokra, nincs magán-nőgyógyász orvosuk.*

## Terveink – Komplex szűrési program férfiak számára

Köztudott, hogy a férfiak halálozási mutatói még rosszabbak, mint a nőké. Sajnos az is köztudomású, hogy nehezebb őket rábírní arra, hogy részt vegyenek különféle vizsgálatokon, különösen akkor, ha nincsen semmilyen panaszuk.

Számukra egy olyan *komplex szűrési program* megvalósítását céloztuk meg, amelynek során részt vehetnek *prosztatarák-szűrésen, fül-orr-gégészeti és szájüregi rákszűrésen, továbbá szív- és érrendszeri szűrővizsgálatokon.*

Fontosnak tartjuk és keressük a megvalósítási lehetőségeit annak, hogy a férfiak is nagyobb számban vegyenek részt tüdőszűrésen és keressük a megoldást a vastag- és végbélrák-szűrés bevezetésére.

## A „jó gyakorlat” gyümölcse

Örömmel és büszkén cáfoljuk azt a feltételezést, hogy a magyar kórházi ellátó rendszer tehetetlenségénél fogva nem hosszú évek alatt sem képes változni vagy eredményeket elérni.

*A tenni akarás, a szakmai és társadalmi összefogás bebizonyította, hogy pár hónap leforgása alatt egy olyan jól működő szűrési rendszer alakítható ki, amely nagyon népszerű a lakosság körében.*

A nők nagyon nagy lelkesedéssel fogadják a programot. Egyre többen vesznek részt a mammográfiás vizsgálaton is, mert ha még két másik vizsgálatra is elmehetnek, akkor szívesebben jönnek.

*„Ez a nap már rá lett szánva! Ha már itt vagyunk és van rá mód, akkor elmegyünk a többi vizsgálatra is, mert különben nem mennénk el.”*

A komplex szűrés híre a hivatalos tájékoztatáson és az eredmények megkezdett kommunikációján túl szájról-szájra is terjed a települések között. Soha nem látott lelkesedést, együttműködést tapasztalunk az alapellátás és az önkormányzatok részéről is. Úgy tűnik, valami hasonlóra vártak az elmúlt években.

Az összefogáson és a rengeteg szervezésen kívül mindehhez az is kellett, hogy ne adjuk fel annak reményét, hogy lehet jobban is csinálni, és ne veszítsük el a hitet, hogy képesek vagyunk változást elérni.

A kórház és a *Prevenziós és Egészségfejlesztési Iroda* vezetői, munkatársai maguk sem gondolták, hogy 10 hónap alatt idáig jutunk el. Az eddigi eredmények regisztrálásával, egységes adatbázis kialakításával, majd szakmai, gazdasági és egészség-hatástani elemzésével szeretnénk a jövőben a komplex szűrést alátámasztott hatékonysággal folytatni.

## Összefoglalás

Somogy megyében – a régióhoz és az országos átlaghoz képest is – elkeserítőek a megbetegedési és halálozási adatok. A szűréseken való részvételi arány messze elmarad az elvárttól. A daganatos megbetegedéseket sok esetben olyan későn fedezik fel, hogy már kevés az esély a gyógyulásra. Az elmúlt években nem láttunk semmilyen programot, jó gyakorlatot, szakmai konszenzust, amely előremozdította volna a lakosság részvételi arányának növelését a különböző szűrővizsgálatokon.

A népegészségügyi programokban a megvalósítás tekintetében eddig nem fektettek nagy hangsúlyt a kórházak szerepére, sőt szinte megkérdőjeleződik, hogy az egészségügyi ellátó rendszer képes-e egyáltalán változni, vagy bármilyen eredményt elérni.

A Kaposi Mór Oktató Kórház a súlyos demográfiai, a szabályozatlan szakmai, finanszírozási és jogi helyzet ismeretében – annak nehézségei ellenére – felvállalta egy helyi szintű népegészségügyi mintaprogram kialakítását, koordinálását és megvalósítását. Kialakítottuk a *Prevenziós és Egészségfejlesztési Irodát*, azzal a céllal, hogy a kórház az alapfeladatát jelentő gyógyítás mellett ezzel is hozzájáruljon a területén és környezetében élő lakosság egészségi állapotának javításához.

Olyan komplex, fenntartható, jó gyakorlaton alapuló szűrési programot indítottunk el, amelynek első szakaszában soha nem látott eredményeket értünk el. A lakosság igényeire hangolódva, a lehetőségeket megfelelően felhasználva, az összefogás és a tenni akarás bebizonyította, hogy igenis van megoldás.

## Summary

In Somogy County the morbidity and mortality rate is astonishingly high compared to the regional and national averages. The screening participation is far below the expected. In many cases cancer is discovered only in such an advanced stage that there is hardly any hope for recovery. In the past years we have not seen any guide lines, practice or professional consensus that would have provided advice on how to promote the population's participation in the different kinds of screenings.

In the population health programs the hospitals have not been played a significant role as an active participant, and it has been rather questionable if the healthcare providing system could be changed in order to achieve better results. The Kaposi Mór Teaching Hospital in spite of the extremely difficult demographic, unregulated professional, financial and legal situation initiated the development, coordination and execution of a local population health program. As an important part of this program the *Prevention and Health Development Office* was created with the purpose of advancing the hospital's role in local health promotion besides fulfilling its traditional role of healing. With this action we have started a comprehensive, maintainable and appropriate-practice-based program that in its first phase already has produced never-before-seen results. In tune with the needs of the population, utilizing all available resources our cooperation and intention of right action proved that it is indeed possible to improve the critical health situation that we are facing today.

## JEGYZETEK

1. *Népegészségügyi Jelentés*. 2008
2. *Somogy megyei statisztikai évkönyv*. KSH, 2007
3. *Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Népegészségügyi Programja*

# Az étellel való elégedettség (SWLS), az általános és szubjektív jóllét vizsgálata védőnő hallgatók körében

Balogh Mónika tanársegéd<sup>1</sup>,  
Dr. habil. Barabás Katalin egyetemi docens<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési kar, Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport

<sup>2</sup>Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet

## Bevezetés

Az utóbbi években a szakmai folyóiratok egyre több olyan felmérés eredményeiről számolnak be, amelyek hazai felsőoktatási intézmények hallgatói körében készültek. A serdülő korosztály és a magyar felnőtt lakosság egészségi állapotának és egészségmagatartásának kutatása mellett kiemelt szerepet kap a fiatal felnőtt korosztály (18–30 év) egészségmutatóinak vizsgálata, amely eredmények következtetnie engednek a majdani felnőtt korban várható egészségi állapotra, egészségmagatartásra is. Jelen tanulmány bevezetésében az utóbbi években végzett néhány olyan, hazai és nemzetközi vizsgálat eredményeit foglaljuk össze, amelyekben a fiatal felnőtt korosztály egészségi állapotát és egészségmagatartását vizsgálták.

Az *International Health and Behaviour Study* nemzetközi kutatás részeként hazai főiskolások és egyetemisták szívbetegséggel kapcsolatos egészségmagatartásáról és rizikófaktorokról, 590 főiskolás és egyetemista bevonásával végeztek felmérést (Baranyai, R.–Bakos, G.–Andrew, S.–Jane, W.–Kopp, M.; 2006). A kutatás során alkalmazott kérdőív szerkezeti egységei az alábbiak voltak: egészség- és kockázati magatartás (dohányzás és túlsúly, sportolás és egészséges étrend), az egészséges életmód fontossága, valamint a szívbetegséggel kapcsolatos kockázati tényezők ismerete. Az egyes mutatók között szignifikáns eredmény volt kimutatható a nemek tekintetében; a nőkre egészségesebb életmód volt jellemző, mint a férfiakra.

Korábbi kutatások eredményei kimutatták, hogy a felsőoktatásban tanuló hallgatók egészségmagatartása jobb, mint más társadalmi rétegeké (Patrick és mtsai; 1992). Fizikai aktivitás tekintetében a Martinez, Gonzalez és munkatársai (2001) által végzett kutatás eredményei azt mutatták, hogy a felsőfokú végzettséggel rendelkezők aktívabbak. A hazai fiatalok táplálkozási szokásait az európai átlaghoz viszonyítva nagyon kevés azon fiatal, aki mindennapjaiban egészségesen táplálkozik (Steptoe és mtsai; 2002).

A kutatás eredményeit figyelembe véve megállapítható, hogy nem elegendő az egyes rizikótényezőkről szóló ismeretek átadása, hanem arra is szükség van, hogy az átadott

ismeretek a hallgató meggyőződésévé váljanak. Ehhez elengedhetetlen a példamutatás, illetve azon lehetőségek megteremtése, ahol az egészséges életmód gyakorolható és meg is tartható. Kutatások bizonyítják, ha megteremtjük az egészséges életmódhoz szükséges lehetőségeket, az együtt jár magával az egészséges életmóddal (Reed és Philis; 2005).

Az *Egyetemisták Egészséges Táplálkozásáért (EGYET Program)* 2006-ban azzal a céllal indult el, hogy nappali tagozatos felsőoktatási hallgatók körében feltáró vizsgálatot készítsenek a hallgatók táplálkozási szokásairól és a szívbarát termékek ismeretéről. A felmérés a *Szívbarát-program* keretén belül valósult meg, 681 főiskolai hallgató bevonásával (átlagéletkor 22,0 év ± 2,8). A megkérdezettek 65%-a egy egytől ötig terjedő skálán közepesnek minősítette életmódját, bevallásuk szerint mindössze 24%-uk folytat teljes egészében egészséges életmódot (Kovács, I.–Lelovics, Zs.–Lenkovics, B., 2007).

Az *Ifjúsággutató* (Bauer, 2000, 2004, 2008) célja, hogy feltárja a magyarországi fiatalok anyagi és kulturális erőforrásait, életmódját és értékrendszerét mind vertikális, mind horizontális síkon. A kutatás, amely 8 000 fős reprezentatív vizsgálat volt, a lakosság 15–29 éves korcsoportjára terjedt ki. A 2008-as eredmények közül jelen kutatásunk szempontjából kiemelendő, hogy a szubjektív jóllét vonatkozásában a megkérdezettek 35%-a teljesen, 40%-a inkább elégedett egészségével, közérzetével.

A *HUNGAROSTUDY 2002* (Kopp, M.) országos reprezentatív egészségfelmérés a lakosság (12 630 fő részvételével) testi-lelki egészségi állapotát, az egészségüggyel kapcsolatos problémáit és igényeit, valamint a pszichoszociális rizikófaktorok átfogó vizsgálatát tűzte ki célul. A kapott eredmények közül az egészségi állapot minősítésére vonatkozóan a következő százalékos megoszlás mutatkozott: a megkérdezettek 16,5%-a válaszolta azt, hogy rossz vagy nagyon rossz, 39,2%-a azt, hogy közepes az egészségi állapota; és 43,8%-a jónak vagy kiválóan ítélte meg egészségi állapotát.

Az *Országos Egészségi Lakosság Felmérésre (OLEF)* 5 072, 18 évnél idősebb magyar állampolgár adott választ a 2003-as évi adatfelvétel során (kérdőív használatával). A legutóbbi felmérés eredményei azt mutatják, hogy

Magyarországon háromszor annyian vélik egészségüket rossznak vagy nagyon rossznak, mint az Európai Unióban.

*Feith, Kovácsné és Balázs (2008)* kutatásukban leendő diplomás ápolónők és orvostanhallgatók egészségét és egészségmagatartását vizsgálták (226 diplomás ápoló, 117 orvostanhallgató). A megkérdezettek 8,5%-a kiváló minősítéssel, 61,2%-a jó minősítéssel jellemezte saját egészségi állapotát. 28,6%-uk kielégítő, míg 1,7%-uk rossz minősítést adott. Felmérésükben külön foglalkoztak a pszichoszomatikus tünetek előfordulási gyakoriságával. A minta 2,7%-a jelölte azt, hogy nincs pszichoszomatikus tünete a mindennapjaiban.

A nemzetközi kutatások közül megemlíthető *Keller és munkatársai (2007)* német orvostanhallgatók körében végzett felmérése (252 fős mintán), amelyet azzal a céllal végeztek, hogy feltárják a hallgatók egészségmagatartási szokásait, kiemelten az alkoholfogyasztást. Írországból *Boland és Fitzpatrick (2006)* ugyancsak orvostanhallgatók körében végzett vizsgálatot, amely során a fiatalok egészségmagatartási mutatóinak változását követték 1973 és 2002 között. Az Egyesült Államokban *Zahrán, Zack és munkatársai (2007)* 18 és 34 év közötti fiatalok között végeztek kérdőíves felmérést, amelyben – az egészséggel összefüggésben – az élet-

minőséget és a rizikómagatartások előfordulását vizsgálták 2003 és 2005 között. A mentális és a testi tünetek előfordulási gyakoriságát összevetve azt az eredményt kapták, hogy a fiatalok hétköznapjaiban gyakrabban fordul elő stressz, depresszió vagy egyéb lelki probléma, mint fizikai értelemben vett betegség.

### Kutatási cél

A védőnő hallgatók körében végzett átfogó kutatás célja többértű volt. Az általános egészségmagatartási mutatók vizsgálatán túl fel kívántuk tárnai a hallgatók általános és szubjektív jóllétét, továbbá az életükkel való elégedettségüket, azt, hogy mennyire elégedettek életük eddigi történéseivel és mindennapjaikkal.

### Minta és módszer

Az *Egészségügyi gondozás és prevenció* alapszakos hallgatók (későbbiekben EGP) közül 185 fő, míg végzett védőnő hallgatók közül 227 fő vett részt a felmérésben, összesen 412 hallgató. A minta átlagéletkora 20,57 év (EGP: 19,26 év

1. táblázat

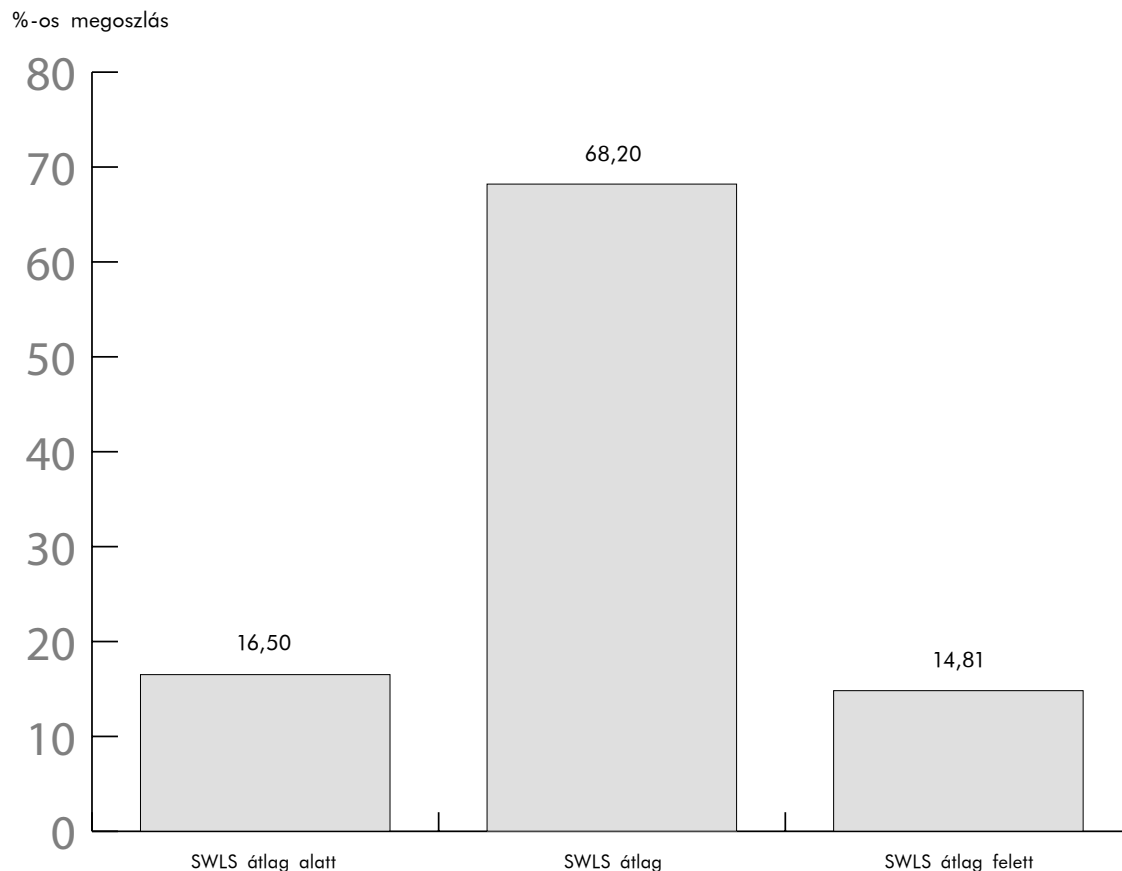
#### A pszichés és szomatikus tünetek előfordulásának gyakorisága évfolyam-megoszlásban

(N=405), (\*p<0,05; \*\* p<0,000)

Tünetek	Évfolyam	Mean	F-érték	t-érték	Sig.
Hasfájás	EGP hallgató	2,83	21,500	1,486	,138
	Végzős hallgató	2,66			
Hátfájás	EGP hallgató	2,94	0,624	1,576	,116
	Végzős hallgató	2,75			
Kedvtelenség	EGP hallgató	2,39	5,675	-,515	,607
	Végzős hallgató	2,44			
<b>Félelem</b>	EGP hallgató	3,05	<b>22,736</b>	<b>5,024</b>	<b>,000**</b>
	Végzős hallgató	2,50			
Idegesség	EGP hallgató	2,05	1,513	1,583	,114
	Végzős hallgató	1,91			
<b>Indulatosság</b>	EGP hallgató	2,62	<b>11,188</b>	<b>2,345</b>	<b>,019*</b>
	Végzős hallgató	2,37			
<b>Elalvási probléma</b>	EGP hallgató	3,19	<b>16,425</b>	<b>3,908</b>	<b>,000**</b>
	Végzős hallgató	2,77			
<b>Átalvási probléma</b>	EGP hallgató	3,02	<b>18,118</b>	<b>2,795</b>	<b>,005*</b>
	Végzős hallgató	2,70			
<b>Szédülés</b>	EGP hallgató	3,54	<b>12,471</b>	<b>2,209</b>	<b>,028*</b>
	Végzős hallgató	3,33			
Fáradtság	EGP hallgató	1,95	14,802	-,741	,459
	Végzős hallgató	2,02			
<b>Hányinger</b>	EGP hallgató	3,67	<b>39,125</b>	<b>3,441</b>	<b>,001*</b>
	Végzős hallgató	3,35			

1. ábra

**Az étellel való elégedettség (SWLS) százalékos megoszlása**  
(N=405)



( $\pm 1,71$ ); Végzett hallgatók: 23,88 év ( $\pm 2,79$ )). A hallgatók a 2007–2008-as, valamint a 2008–2009-es tanévben töltötték ki a kérdőíveket, amelyekre jellemző volt az anonimitás és az önkéntesség. A kérdőív – a kutatási céloknak megfelelően – az alábbi adaptált, valid kérdésblokkokat tartalmazta:

– *The Satisfaction with Life Scale (SWLS)* – az étellel való elégedettség mérése (5 kérdést tartalmaz, amelyekre 1-től 7-ig terjedő skálán vannak válaszlehetőségek (Pikó, 2002));

– *Szubjektív egészségi állapot mérése* – pszichés és szomatikus tünetek előfordulásának gyakoriságát méri 1-től 4-ig terjedő skálán, HBSC (Németh A., 2006);

– *WHO Általános Jólét Index* – 5 kérdést tartalmaz, amelyekre 0-tól 2-ig terjed a válaszadási lehetőség, (Kopp, M., 2002));

– *Egészség önértékelése* – 1-től 5-ig terjedő skálán kell a hallgatóknak saját egészségüket összességében, valamint korosztályukhoz viszonyítva minősíteniük (Kopp, M. és Pikó, B. 2002).

Az adatfelvétel az írásbeli kikérdezés módszerével, kérdőív eszközével történt. Az egyes kérdésblokkokra vonatkozó Cronbach–alfa érték valamennyi esetben a statisztikailag elvárt értékhatár felett volt.

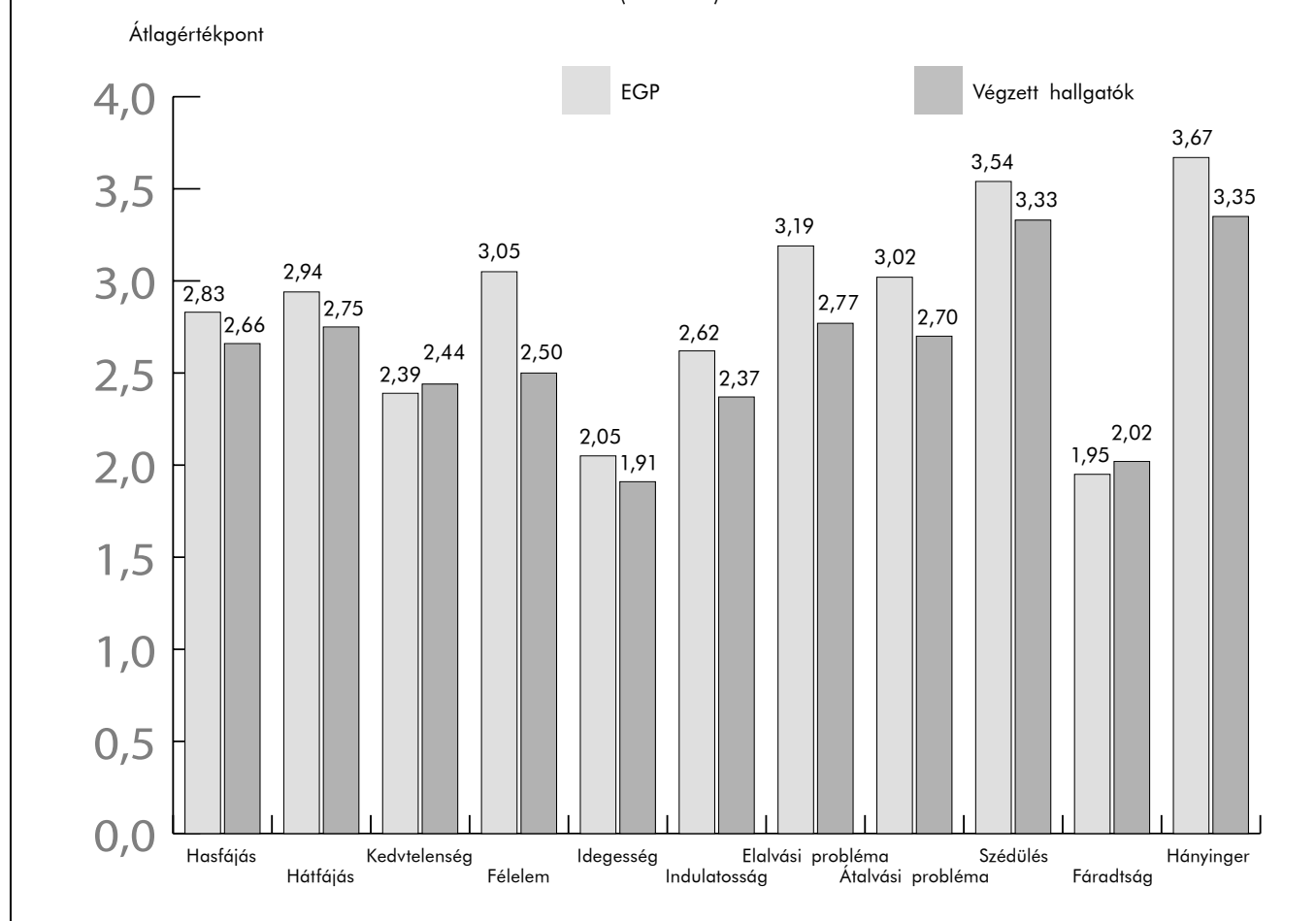
## Eredmények

Az étellel való elégedettség (*The Satisfaction with Life Scale* – *SWLS*) skála 5 olyan kérdést tartalmaz, amely az életkörülményekre, az eddigi életben kapott dolgokra, valamint az eddigi élet változtatási lehetőségére vonatkozik. A válaszokat hétfokozatú skálán jelölték be a hallgatók, ahol az 1-es érték az „*egyáltalán nem értek egyet*”, a 7-es érték a „*teljesen egyetértek*” választ jelentette. Az elérhető legkisebb pontszám 5 pont, míg a maximális pontszám 35 pont volt. (1. ábra)

A hallgatók válaszai (N=410) alapján az átlag-értékpont 23,50 ( $\pm 5,802$ ), amely arra enged következtetni, hogy a megkérdezettek közepes mértékben elégedettek eddigi életükkel. Az átlag-értékpont alapján három csoportot képeztünk, figyelembe véve a szórás mértékét. A minta 68,20%-a az átlag-csoportba tartozik (SWLS átlag-értékpont 17,69–29,30 között van), 14,81%-uk az átlag feletti csoportba tartozik (SWLS átlag-értékpont 29,31–35), míg 16,50%-uk a minta átlagértéke alatt adott választ (SWLS átlag-értékpont 17,68–5). Az elsős és végzős hallgatók válaszai között nem mutatható ki szignifikáns különbség, mindkét évfolyam közel azonos átlag-értékponttal értékelte jelenlegi élethelyzetét (az elsőéves hallgatók átlag-értékpontja 23,67, a végzős hallgatók

2. ábra

**A szubjektív jóllét átlagérték pontszámainak alakulása az EGP és végzett hallgatók válaszai alapján**  
(N=405)



tók átlag-értékpontja 23,35;  $F=0,015$ ,  $pc=0,903$ ,  $t=0,554$ ). Ugyancsak nincs különbség aszerint, hogy a hallgatók milyen településről érkeztek a felsőoktatási intézménybe. Jelenlegi vizsgálatunk eredménye alapján elmondható, hogy ugyanolyan elégedettséggel rendelkeznek azok a hallgatók, akik fővárosból, megyeszékhelyről, városból vagy községből, tanyáról érkeztek az általuk választott oktatási intézménybe ( $N=410$ , Chi-square=93,878,  $p=0,288$ ).

A szubjektív jóllét vizsgálatához a *Németh Ágnes* által vezetett HBSC-kutatás (2006) során alkalmazott 12 tétel kérdést alkalmaztuk, amelyben testi és pszichés tünetek előfordulási gyakoriságát kellett a hallgatóknak bejelölniük 1-től 4-ig terjedő skálán (1 = gyakran, naponta, hetente többször; 4 = ritkábban vagy soha jelentéssel bírt). (2. ábra)

Az egyes tünetek gyakoriságát tekintve megállapítható, hogy a hallgatók viszonylag gyakran észlelnek magukon egyes pszichés tüneteket, úgymint az idegességet és a kedvtelenséget. A válaszok alapján ritkábban fordulnak elő egyes testi tünetek, mint például a hányinger, a szédülés, a hátfájás és a hasfájás. A két évfolyam válaszait összehasonlítva, több tünet előfordulása esetén szignifikáns különbség mutatkozik. (1. táblázat)

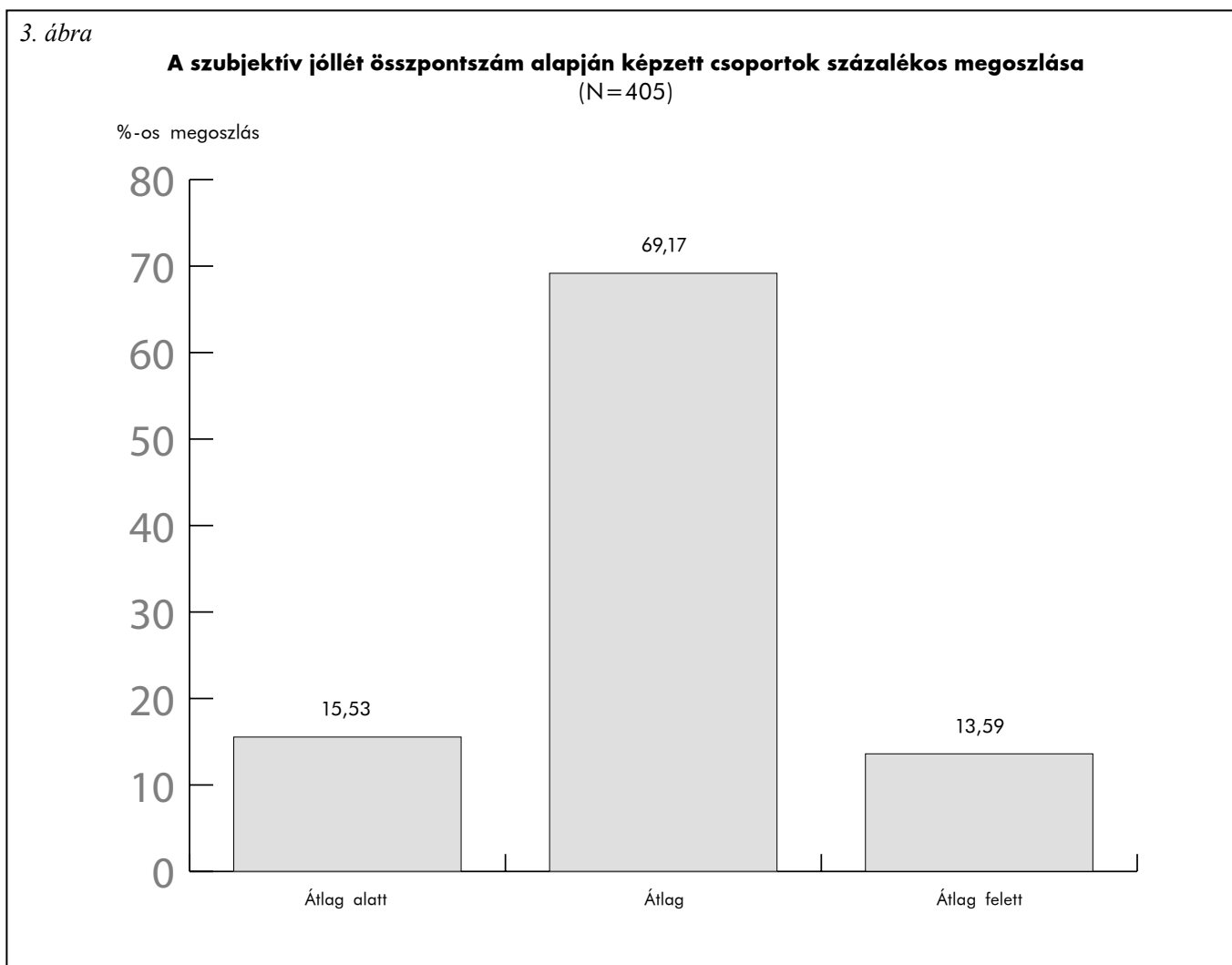
A tizenkét felsorolt pszichés és testi tünet előfordulási

gyakoriságát tekintve hat tünetnél mutatható ki szignifikáns különbség a két évfolyam között. Elsődlegesen a pszichés tünetekben tapasztaltunk eltérő gyakoriságot, a végzős hallgatók gyakrabban érezték félelmet az elmúlt 6 hónapban és gyakrabban voltak idegesebbek. Az elalvási és átálvási problémák, valamint a szédülés és a hányinger ugyancsak a tanulmányaikat befejező hallgatókra volt jellemzőbbek.

A szubjektív jóllét kérdésre adott válaszok alapján a legkevesebb összpontszám 12, míg a legmagasabb összpontszám 48 átlag-értékpont lehetett. A teljes minta válaszáinak értékelésekor kapott átlag-értékpont 32,45 ( $\pm 7,707$ ), amely érték alapján az SWLS eredményéhez hasonlóan három csoportot képeztünk: átlag csoport (a tartományba a 24,743–40,157 összpontszámú válaszadók kerültek), átlag feletti csoport (40,158 feletti összpontszámú válaszok) és átlag alatti csoport (24,742 összpontszám alatti eredmények). (3. ábra)

A minta döntő többsége, 69,17%-a válasza alapján az átlagos csoportba tartozik. Kevesebb azok száma, akik az átlaghoz viszonyítva magasabb pontszámot jelöltek meg, ami esetünkben azt jelenti, hogy mindennapjaikban ritkábban vannak jelen a felsorolt pszichés és szomatikus tünetek (a minta 13,59%-a). A megkérdezett fiatalok 15,53%-ánál viszonylag gyakoriak az egyes tünetek hetente többszöri,





heti rendszerességűek. A 2006-os HBSC-kutatás (Németh, 2007) eredményeihez hasonlóan a pszichés tünetek előfordulása gyakoribb a hallgatók körében, mint a szomatikus tünetek jelenléte.

Az SWLS-hez és a szubjektív jólléthez kapcsolódóan mintánk általános jóllétét – a WHO Általános Jóllét Index alkalmazásával – is fel kívántuk mérni (Kopp, 2002). A kérdésblokk 5 állítást tartalmaz, amelyek a hallgató általános jóllétére irányulnak. A válaszok az „egyáltalán nem jellemző” és „teljesen jellemző” tengely mentén, 4 válaszalternatívát kínáltak fel. Az adott válaszok alapján az összesített értékpont 0 és 15 közé eshetett. (2. táblázat)

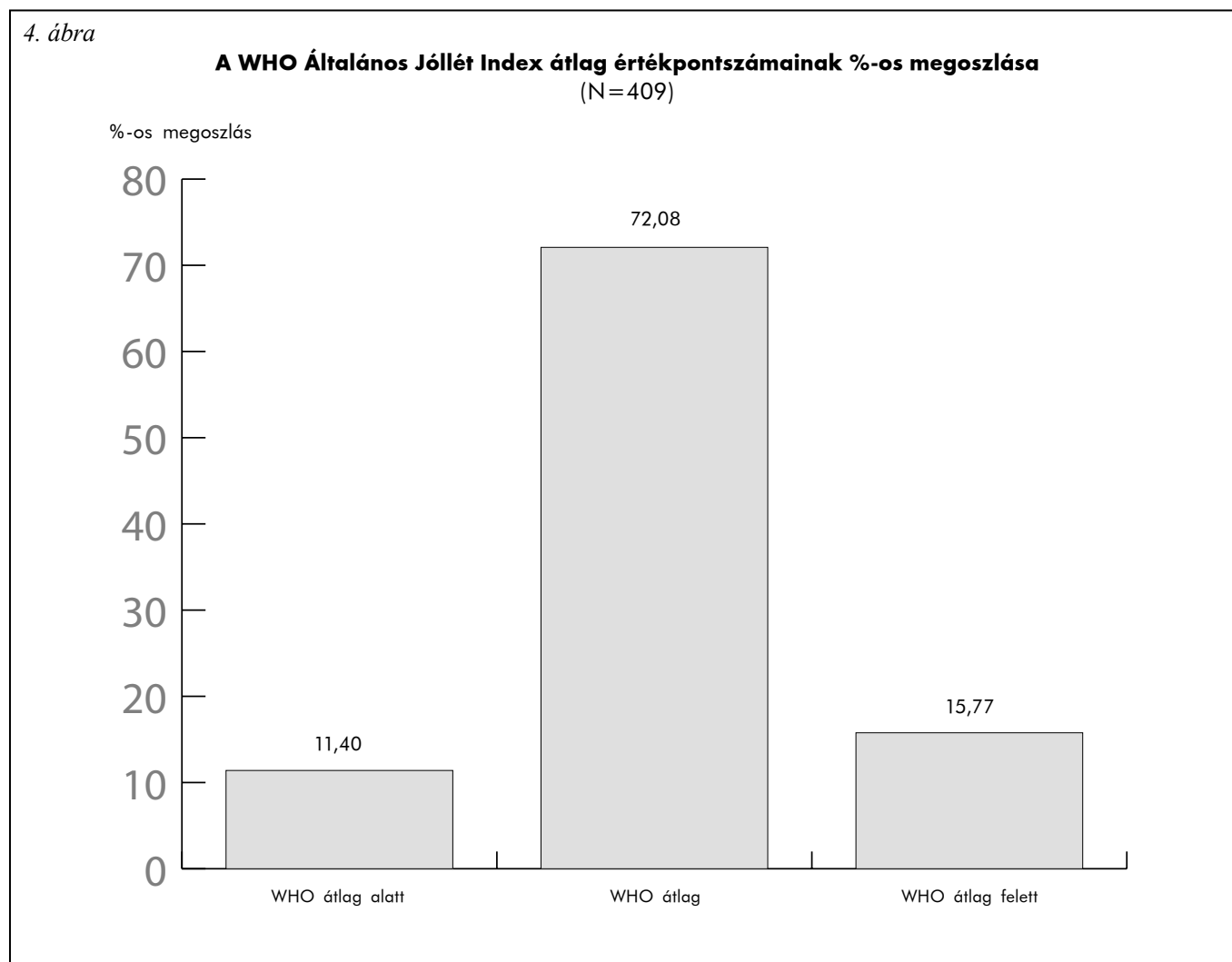
A vizsgált két évfolyam között a kapott eredmények alapján szignifikáns különbség mutatható ki. Az első évfolyamos Egészségügyi gondozás és prevenció alapszakos hallgatók jobbnak ítélik meg általános jóllétüket, mint a vizsgálat idején végzős hallgatók. A végzős hallgatókra kevésbé jellemző, hogy az elmúlt 2 hét során vidámabbak, jókedvűek, nyugodtabbak és aktívabbak lettek volna, valamint ébredésükkor sem voltak frissek, és napjaikra alig volt jellemző, hogy érdekes dolgok történtek volna. (4. ábra)

A felmérésben részt vevő minta 72,8%-a azon csoportba tartozik, akikre az általános jóllét jellemző (a minta átlag-értékpontja: 7,82±2,91). Az átlagosnál jobban érzi magát a megkér

2. táblázat

**A WHO Általános Jóllét Index átlag értékpontszáma évfolyamok tükrében**  
(N=405), (\*p<0,05)

	Évfolyam	Mean	F-érték	t-érték	Sig.
WHO Általános Jóllét Index	EGP hallgató (N=184)	8,16	3,458	2,185	,029*
	Végzős hallgató (N=225)	7,53			



dezetek 15,77%-a, míg 11,40%-ukra kevésbé vagy egyáltalán nem jellemző az általános jólét. Kapott eredményeinket a *Hungarostudy* (Kopp, 2006) eredményeivel összevetve közel azonos eredményeket kaptunk (az országos lakossági vizsgálatban az általános jólét átlag-értékpontja 7,75 volt).

Mindezek után arra kértük a hallgatókat, hogy minősítsék egy 1-től 5-ig terjedő skálán, milyennek ítélik meg összességében saját egészségi állapotukat (*Egészség önértékelése – Kopp, M. és Pikó, B., 2002*). A megkérdezett főiskolai hallgatók összességében közepesnél kicsit jobbnak érzik saját egészségi állapotukat. A két évfolyam között jelentős különbség nem tapasztalható (EGP hallgatók (184 fő) által adott válaszok átlagértéke  $3,58 \pm 0,786$ ; Végzős hallgatók (225 fő) által adott válaszok átlagértéke  $3,54 \pm 0,762$ ). A korosztályhoz viszonyított egészségi állapot megítélésében nem találtunk eltérő választ, közel azonos értéket jelöltek a hallgatók, mint saját állapotuk minősítésénél. Kapott eredményeinket a *Feith és munkatársai* által orvostanhallgatók körében végzett felmérés adataival összehasonlítva, megállapítható, hogy a védőnő hallgatók rosszabbnak ítélik meg saját egészségi állapotukat, mint a orvosok. Hallgatóink inkább közepes minősítést adtak, míg a más egészségügyi szakmára készülő fiatalok jónak vélik egészségi állapotukat.

### Összegzés

A fentiekben ismertetett kutatások és egyben saját vizsgálatunk adatai csupán a töredékét mutatták a tényleges eredményeknek, de talán elegendő információt nyújtanak arra vonatkozóan, hogy megállapítást nyerjen az a közhelynek tűnő mondat, hogy „*felnevelő nemzedékünk egészségi állapota nem megfelelő*”. Joggal feltételezhetnénk azt, hogy az egészségügyi felsőoktatásban tanuló fiatalok egészségi állapotának és egészségmagatartásának jobbnak kellene lennie, hiszen ők tanulmányaik során számos tantárgy keretén belül foglalkoznak egészségtudománnyal, orvostudománnyal, képzésük középpontjában az *'egészséges ember'* áll – az egészség megőrzése, fejlesztése vagy az egészségi állapot helyreállítása, attól függően, hogy melyik alapszakon tanulnak a hallgatók. Fenti feltételezésünket támaszthatná alá az is, hogy a védőnő pályára érkező fiatalok jobban odafigyelnek saját egészségükre, hiszen olyan hivatást választottak, amelyben kiemelt hangsúlyt kap az egészség értéke, annak értékévé emelése. A jelenleg bemutatott eredmények, valamint a korábbi tanulmányokban már közzétett adatok nem igazolják ezen feltételezés helyességét, az egészségügyi pályára készülő fiatalok egészségi állapota a más jellegű felsőoktatásban tanuló hallgatókéhoz hasonló.

Fontosnak tartjuk a figyelmet felhívni arra, hogy az egészségügyi felsőoktatásban tanuló hallgatók egészségi állapota és egészségmagatartása az egészségpolitikában és oktatáspolitikában egyaránt kiemelendőbb figyelmet igényelne, hiszen ezen szakemberek feladata lesz a lakosság egészségi állapotának javítása, fejlesztése. Az a szakember – jelen esetünkben az a védőnő –, akinek saját egészségi állapota nem kielégítő, patogén egészségmagatartási mutatók jellemzik, kevésbé lehet hiteles és példamutató a felnövekvő nemzedék számára. Úgy gondoljuk, a kapott adatok alapján a védőnők képzés egyes tartalmi és módszertani kérdései újragondolhatóak, újraértelmezhetőek, annak érdekében, hogy ne csak elméleti tudású, hanem szakmailag is hiteles szakemberek mutassanak példát a társadalomnak.

## Absztrakt

**Bevezetés:** Az utóbbi években a szakmai folyóiratok egyre több olyan felmérés eredményeiről számolnak be, amelyek hazai felsőoktatási intézmények hallgatói körében készültek. A magyar lakosság egészségi állapotának és egészségmagatartásának kutatása mellett kiemelt szerepet kap a fiatal felnőtt korosztály (18–30 év) egészségmutatóinak vizsgálata, amely eredmények következtetni engednek a majdani felnőtt korban várható egészségi állapotra, egészségmagatartásra. Az *Egyetemisták Egészséges Táplálkozásáért (EGYET Program)* 2006-ban végzett feltáró vizsgálata szerint a megkérdezettek 65%-a egytől ötig terjedő skálán közepesnek minősítette életmódját, bevallásuk szerint mindössze 24%-uk folytatott teljes egészében egészséges életmódot (Kovács I.–Lelovics Zs.–Lenkovics B., 2007). Az *Iffjúságkutatás* 8 000 fős reprezentatív felmérésében a 15–29 évesek több mint háromnegyede alapvetően jónak, további 20%-uk általában jónak ítéli meg egészségügyi állapotát; az objektív egészségi állapot felmérésénél 7%-uknál tapasztalható bizonyos szintű akadályoztatás. Hasonlóan kedvezőtlen képről számolnak be a *Hungarostudy* (Kopp, M., 2002) és az *OLEF* (2003) vizsgálatok eredményei is. Jelen tanulmány bevezetésében az utóbbi években végzett néhány hazai és nemzetközi vizsgálat eredményeit foglaljuk össze, amelyekben a fiatal felnőtt korosztály egészségi állapotát és egészségmagatartását vizsgálták.

**Minta:** A felmérés az egészségügyi felsőoktatásban tanuló védőnő hallgatók körében készült (országos viszonylatban). Az *Egészségügyi gondozás és prevenció* alapszakos hallgatók (későbbiekben EGP) közül 185 fő, míg végzett védőnő hallgatók közül 227 fő vett részt a felmérésben, összesen 412 hallgató. A minta átlagéletkora 20,57 év (EGP: 19,26 év ( $\pm 1,71$ ); Végzett hallgatók: 23,88 év ( $\pm 2,79$ )).

**Módszer:** Az adatfelvétel az írásbeli kikérdezés módszerével, kérdőív eszközével történt. A hallgatók a 2007–2008-as, valamint a 2008–2009-es tanévben töltötték ki a kérdőívet, amelyekre jellemző volt az anonimitás és az önkéntesség. A kérdőív – a kutatási céloknak megfelelően – az alábbi adaptált, valid kérdésblokkokat tartalmazta: *The Satisfaction with Life Scale (SWLS)* – az étellel való elégedettség mérése (5 kérdést tartalmaz, amelyekre 1-től 7-ig terjedő skálán

vannak válaszlehetőségek (Pikó, 2002)); *Szubjektív egészségi állapot mérése* – pszichés és szomatikus tünetek előfordulásának gyakoriságát méri 1-től 4-ig terjedő skálán, *HBSC* (Németh A., 2006)); *WHO Általános Jólét Index* – 5 kérdést tartalmaz, amelyekre 0-tól 2-ig terjed a válaszadási lehetőség, (Kopp, M., 2002)); *Egészség önértékelése* – a hallgatóknak 1-től 5-ig terjedő skálán kell saját egészségüket összességében, valamint korosztályukhoz viszonyítva minősíteniük (Kopp, M. és Pikó, B., 2002)).

**Eredmények:** Az étellel való elégedettségre (SWLS) adott válaszok alapján a hallgatók (N=410) átlag-értékpontja 23,50 ( $\pm 5,802$ ), amely arra enged következtetni, hogy a megkérdezettek közepes mértékben elégedettek eddigi életükkel. A szubjektív jólét vizsgálatához felsorolt egyes tünetek gyakoriságát tekintve megállapítható, hogy a hallgatók viszonylag gyakran észlelnek magukon egyes pszichés tüneteket, úgymint az idegességet és a kedvtelenséget. A válaszok alapján ritkábban fordulnak elő egyes testi tünetek, mint például a hányinger, a szédülés, a hátfájás és a hasfájás. A két évfolyam válaszait összehasonlítva, több tünet előfordulása esetén szignifikáns különbség mutatkozik. A *WHO Általános Jólét Index* eredménye alapján elmondható, hogy az első évfolyamos *Egészségügyi gondozás és prevenció* alapszakos hallgatók jobbnak ítélik meg általános jólétüket, mint a vizsgálat idején végzős hallgatók. A végzős hallgatókra kevésbé jellemző, hogy az elmúlt 2 hét során vidámabbak, jókedvűek, nyugodtabbak és aktívabbak lettek volna, valamint ébredésükkor sem voltak frissek, és napjaikra alig volt jellemző, hogy érdekes dolgok történtek volna. Az egészségi állapot önminősítése során elmondható, hogy a megkérdezett főiskolai hallgatók összességében közepesnél kicsit jobbnak érzik saját egészségi állapotukat. A két évfolyam között jelentős különbség nem tapasztalható (EGP hallgatók (184 fő) által adott válaszok átlagértéke 3,58 $\pm$ 0,786; Végzős hallgatók (225 fő) által adott válaszok átlagértéke 3,54 $\pm$ 0,762).

## Abstract

**Introduction:** During the past few years professional literature has included an increasing number of survey results among national under graduate students. Aside from a national demographic survey of health and behaviorisms, the health patterns of young adults (18–30 yrs) were highlighted. The results of which would help to possibly predict the health and health related behaviorisms in later life. *The University Students for Healthy Eating Habits Program (EGYET Program)* according to the survey (an scale from one to five), 65% of the respondents assessed their healthy habits life style as being average, and only 24% of them lead a healthy life style (Kovács I.–Lelovics Zs.–Lenkovics B., 2007). In the frame of a so called *Youth Survey* of 8 000 youths aged 15–29 years more than three quarters assessed their health to be adequate, a further 20% to be generally good where as 7% experienced a certain level of unease. The *Hungarostudy* (Kopp, M., 2002) and *OLEF* (2003) shows a similar inconvenient tendency. The implementation of the current study shows the results of some national and international tests of

health conditions among young adults in which health condition and behavior was examined.

*Sample:* The national survey was taken among the students of health sciences. 185 students attended the primary health care and prevention program, and another 227 graduating health visitors, a total of 412 students. The sample's average age was 20,57 (EGP: 19,26 yrs. old (1,71); graduated students 23,88 yrs. old (+2,79)).

*Method:* The information was collected by the use of a written questionnaire. The questionnaires were filled out in the academia years of 2007/08 and 2008/09 by anonymous volunteer students. The questionnaire was a valid adaptation of: *The satisfaction with Life Scale (SWLS)* (5 questions, where you could choose between 7 possibilities, (Pikó, 2002)). Subjective health status measurement (the frequency of psychological and physical symptoms were measured on a scale of 1–4 scale, HBSC (Németh A., 2000)); *WHO General Well-being Index* (with 5 questions ranging from 0–2 possibilities, (Kopp, M., 2002)). The students took a self-evaluation of healthiest based an 1–5 scale questionnaire and was compared to that of their peers (Kopp, M. and Pikó, B., 2002).

*Results:* The results of the questionnaires were an average of (N=410) with points of 23,50 (+- 5,802), from which could be deduced that the students were fairly satisfied with their lives so far. According to the symptoms listed in the subjective standard of living test, it could be stated that the students frequently noticed certain physiological symptoms like nervousness and mild depression. According to the answers certain bodily complaints like stomach aches, headaches, nausea and dizziness were not as frequent. In comparing the answers of the two years there was a significant difference when there were multiple symptoms. According to the test results of the *WHO General Well-being Index* it could be stated that the first year health visitor students were more satisfied with their general living standards than the graduating students. Among the graduating student it was less likely that they would be calm, active and in good humor. They were less fresh in the morning and thought that nothing new and interesting would happen during the day. The results of the self evaluation of health test was that on average the students considered themselves to be fairly healthy. There was no significant difference between the two years (EGP students' (184) average points 3,58+-0,786; graduating students' (225) average points were 3,54+-0,762).

IRODALOM

Baranyai, R.–Bakos, G.–Andrew, S.–Jane, W.–Kopp, M.: „Egyetemisták és főiskolások szívbetegséggel kapcsolatos egészségmagatartása, rizikóadata és hiedelmei.” *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7, 125–138., 2006.

Bauer, B.–Szabó, A. (szerk.): *Ifjúság 2004. Gyorsjelentés. Mobilitás Ifjúságkutató Iroda, Budapest, 2005.*

Diener, E.–Emmons, R. A.–Larsen, R. J.–Griffin, S.: „The Satisfaction With Life Scale.” *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75., 1985.

Feith, H. J.–Kovácsné, T. Á.–Balázs, P.: „Egészség és egészségmagatartás leendő és végzett diplomás ápolónők és orvosnők körében.” *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9, 238–304., 2008.

Feith, H. J.–Kovácsné, T. Á.–Balázs, P.: „Egészség és egészségmagatartás leendő és végzett diplomás ápolónők és orvosnők körében.” *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9, 4, 289–304., 2008.

Kopp, M.–Kovács, M. E. (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón.* Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006.

Kovács, I.–Lelovics, Zs.–Lenkovics, B.: *Felsőoktatási hallgatók egészségmagatartása és táplálkozása.* Szívbarát Program, 2007.

Mackenbach, J. P.–Kunst, A. E.–Cavalaars, A.–Groenholz, F.–Guerts, J. J. M.: „Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe.” *Lancet*, 349: 1655–1659., 1997.

Martinez-Gonzalez, M. A.–Varo, J. J.–Santos J. L.–De Irala, J.–Gibney, M.–Kearney, J.–Martinez J.: „Prevalence of physical activity during

leisure time in the European Union.” *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33 (7), 1142–1146., 2001.

Boland, M.–Fitzpatrick, P. és mtársai: „Trends in medical student use of tobacco, alcohol and drugs in an Irish university, 1973–2002.” *Drug and Alcohol Dependence*, 85, 123–128., 2006.

*Országos Lakossági Egészség Felmérés (OLEFF). Gyorsjelentés.* Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2003

Patrick K.–Grace, T. W.–Lovato, C. Y.: „Health issues for college students.” *Annual Review of Public Health*, 13, 253–168., 1992.

Reed, J.–Philips, D. A.: „Relationships between physical activity and the proximity of exercise facilities and home exercise equipment used by undergraduate university students.” *Journal of American College Health*, 53 (6), 285–290., 2005.

Keller, S.–Maddock, J. E. és mtársai: „Binge drinking and health behavior in medical students.” *Addictive Behaviors*, 32, 505–515., 2007.

Stepoe, A.–Wardle, J.–Cui, W.–Bellisle, F.–Zotti, A.–M., Baranyai R.–Sanderman R.: „Trends in smoking, diet, physical exercise and attitudes toward health in european university students from 13 countries, 1990–2000.” *Preventive Medicine*, 35 27, 97–104., 2002.

Szabó, A.–Bauer, B. (szerk.) (2009): *Ifjúság 2008. Gyorsjelentés.* Szociális és Munkaügyi Minisztérium, Budapest, 69–81., 2008.

Zahran, H. S.–Zack, M. M. és mtársai: „Health-Related Quality of Life and Behaviors Risky to Health among Adults Aged 18–24 Years in Secondary or Higher Education – United States, 2003–2005.” *Journal of Adolescent Health*, 41, 389–397., 2007.

# Kortárs segítesen alapuló egészségfejlesztési projekt a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán

Sárközy Virág pszichológus<sup>1</sup>,  
Dr. habil. Barabás Katalin egyetemi docens<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet

## Előzmények

A társadalom legegészségesebb rétegét a húszas éveikben járó fiatal felnőttek alkotják. A korosztályon belül vannak vulnerábilisabb szubpopulációk, ilyen az orvostanhallgatók csoportja is.

Hazai és nemzetközi felmérések foglalkoznak az orvostanhallgatók lelki egészségével, alkalmazkodási nehézségeivel, stresszforrásaival. A hallgatók 35-40%-a számára okoz nehézséget az egyetemi beilleszkedés, több mint egyharmada gondolkodott már tanulmányai idő előtti befejezésén. Egy Debrecenben végzett 2007-es felmérésből kiderül, hogy az orvostanhallgatók lelki egészségét jellemző átlagpontszám szignifikánsan magasabb, mint a hasonló korcsoport átlagpontszáma. Ezek a tapasztalatok egybecsengenek a külföldi hallgatók körében végzett hasonló témájú vizsgálatok eredményeivel. (3,4,5)

A szakirodalomban leírt tényeket támasztják alá a karon oktató pszichiáterek, pszichológusok visszajelzései is, az általuk vezetett gyakorlatok után számtalanszor keresik meg őket a hallgatók személyes gondjaikkal.

A cikk első részében bemutatott adatok igazolják, illetve a fent felsorolt tények alátámasztják, hogy az alacsony teljesítmény, a megerőltetőnek értékelt helyzet és az erre adott maladaptív megküzdési stratégia ördögi körként fokozzák egymás hatását a képzés éve alatt, ezért létjogosultsága van az orvostanhallgatók lelki egészségét támogató programok kialakításának.

Mindezek alapján célunk egy olyan, önkéntességen alapuló segítői háló kidolgozása volt, amely a kortárs segítés módszereit veszi alapul.

## Kortárs támogatás a felsőoktatásban

Hazánkban a kortárs segítesen alapuló prevenció és intervenció programok a kilencvenes évek óta terjedtek el. Kortárs csoportok működnek szervezetekben, iskolákban, szakintézményekben, illetve azokon a területeken, ahol az egyének támogatást tudnak nyújtani problémáival küzdő társaiknak. A korai szakirodalmi meghatározások a drogprevenciót, a fogyatékkal élők segítését, a különböző etnikai

csoportok, hajléktalanok és szegények támogatását, valamint az iskolákon belüli tanulói támogatórendszert foglalták magukban. (6,7,8)

Napjainkra kibővült ez meghatározás, inkább esernyőki-fejezés, amely számos aktivitást fog össze. A kortárs segítés meghatározható úgy, mint a segítő beállítottságú kortársak azon tevékenysége, amely egy adott célcsoport körében hozzájárul a lelki egészség fenntartásához, az egészségmegőrzési és életvezetési programok működtetésével a személyiség fejlesztéséhez. Ezen tevékenységek két lényegi vonása az életkori közelség és az életút rokonsága. (9, 10)

A hazai kortárs segítő munkája dominánsan a serdülőkorra és a serdülőkre jellemző problémakörökre fókuszál, míg a fiatal felnőttek populációjára kisebb hangsúly kerül. Az ifjúkori kortárs segítés ugyancsak hatékony színtere a felsőoktatás, ahol szervezeti keretek között nyílik lehetőség a hallgatók lelki egészségének támogatására.

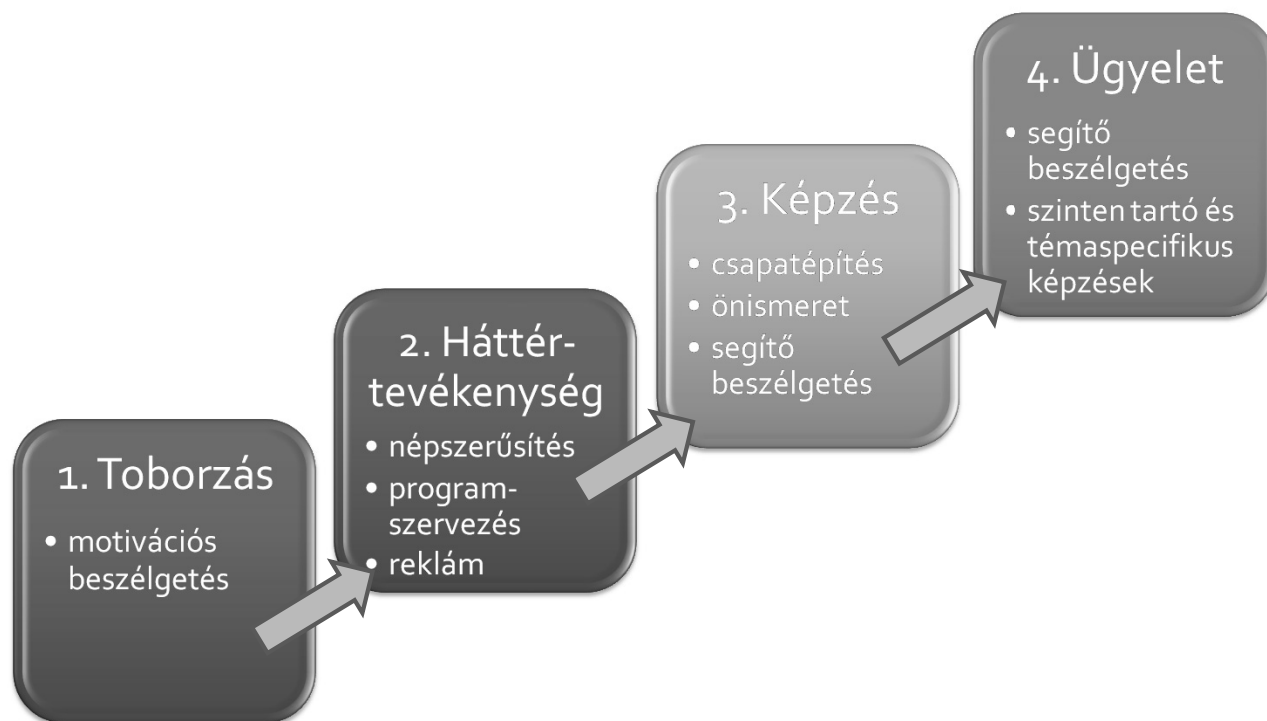
Magyarországon a *FETA – Felsőoktatási Tanácsadás Szervezet* fogja össze és biztosít fórumot az ország felsőoktatási intézményeinek munkájában résztvevő mentális gondozással foglalkozó szakemberek számára ([www.feta.hu](http://www.feta.hu)). Az egyetemeken, főiskolák keretein belül szerveződik az Életvezetési és Diáktanácsadó szolgáltatás, amely az intézmények profiljába vágóan segíti a hallgatók beilleszkedését, tanulását.

A kortárs segítő munka részét képezi a magyar felsőoktatási tanácsadásnak. Hatékony láncszeme a hallgatókkal való folyamatos, élő kontaktusnak. Az életkor hasonlósága és az életút rokonsága hozzájárul a segítő és a laikusok közötti hiteles kapcsolathoz. Jelenlétük védőhálóként funkcionál a lelki problémák megelőzésében, feldolgozásában, továbbá hozzájárul a hallgatók biztonságérzetének kialakulásához és az intézménnyel való optimális kapcsolatához. (11) A kortárs segítő, mint paraprofessionális támogató az információs, tanulmányi és személyes tanácsadásban vesznek részt. Megfelelő programokkal készítik fel őket a feladatokra. Emellett számos programot, tevékenységet szervezhetnek megelőzési céllal a maladaptív tevékenységek (magány, alkohol, drog) alternatívájaként.

A főiskolások/egyetemisták az adott felsőoktatási intézmény követelményrendszerére jellemző fizikai és men-

1. ábra

## A kortárs segítő program felépítése



tális megterhelésnek vannak kitéve tanulmányaik során. Érdemes ezeket a sajátosságokat figyelembe venni a kortárs programok kialakításánál.

### A kortárs segítség lehetőségei az orvoscézésben

Az orvostanhallgatók számára különösen nagy létjogosultsággal bír a mentális támogatás ezen formája. *Spiro és munkatársai* az amerikai Wisconsin Orvosi Egyetemen végeztek felmérést, ahol a kortárs segítőnek kiképzett orvostanhallgatók munkájának hatékonyságát figyelték. Eredményeik szerint a 18 hónapon át tartó program során 20 segítő összesen 1 185 órát töltött segítő beszélgetéssel. A végeredmény figyelemre méltó, hiszen a kortársak fejenként heti 1,6 órában nyújtottak támogatást. Ezzel igazolták azt a feltevést, hogy amennyiben az orvostanhallgatók körében elfogadott, hogy lehetnek problémáik, és ezeket képzett segítőikkel meg tudják beszélni, akkor ezt a szolgáltatást nagy számban veszik igénybe. (12) A közel harmincéves eredményeknek még mindig van létjogosultságuk, ezt egy későbbi, a hallgatók jóllétével kapcsolatos vizsgálat is alátámasztja. *Lee és Graham* eredményei szerint az orvostanhallgatók a kortár-

sakkal történő beszélgetést hasznos megküzdési stratégiának tartották és gyakran alkalmazták. (13)

A módszer több szempontból is alkalmas a hallgatók lelki támogatására. Önkéntességen alapul, így finanszírozása különbözik a professzionális segítőkéttől.

Az önkéntes hallgatók munkájának erőssége abban rejlik, hogy kapcsolataik révén könnyebben elérik társaikat, hozzájuk pedig szívesebben fordulnak – két okból. Egyrészt nem áll fenn a megbélyegzés vélelme, a segítőik nem pszichiáterek vagy pszichológusok. Másrészt az orvostanhallgatók nagyjából homogén korcsoportot alkotnak. Az életkor hasonlósága mellett jelen van az életút rokonsága is, a képzés alatt hasonló tapasztalatokra tesznek szert, ezáltal válhatnak hiteles segítőivé laikus társaiknak.

A kortárs segítő programban való részvétel magára a segítőre is hat, azáltal, hogy a program során az orvosi hivatáshoz is szükséges kulcskézségek fejlődnek. Javul a megértés, a meghallgatás képessége, a kapcsolatteremtő készség, a rugalmasság, az asszertivitás, a problémamegoldás, a döntéshozatal, a stresszkezelés vagy a vezetői képesség. Erősödik a szakmai identitás, a betegekkel való hatékony kapcsolatki alakítás. A készségek fejlesztését célzó foglalkozások, tréningek és a munka jellege elősegíti, hogy a tagok csoportban

hatékonyan tudjanak együttműködni. (14) További előnye, hogy a hallgató saját lelkiállapotát is folyamatosan monitorozni, a felismert problémákat kezelni tudja, így zárva el a kiégési szindrómához vezető utat.

Az orvostanhallgatók részére kialakított program lehetőséget ad a képzés alatt felmerülő problémák, érzelmi megterhelés felismerésére és kezelésére, hatékony megküzdési technikák elsajátítására, továbbá hozzájárul a tudatos karriertervezéshez. Amellett, hogy kortarsaiktól támogatást kapnak fennálló problémáik kezeléséhez, a segítők munkája pozitív példaként áll a leendő orvosi hivatású hallgatók előtt.

A megelőzés és a beavatkozás egyik színtere az egyetemen belül a kortárs segítség révén valósulhat meg.

## Célkitűzés

Célunk a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán belül egy önkéntességen alapuló segítői háló létrehozása volt, amely a kortárs segítség módszereit veszi alapul. A kortársak önkéntes orvostanhallgatók, akik a környezetükben élő, problémával küzdő laikus társaik és a probléma megoldása között összekötő szerepet töltenek be. Mivel a program hatékonysága hosszú távon mutatkozik, az eredményeket folyamatosan és több szinten ellenőrizzük.

## Módszer

A felsőoktatásban már működő kortárs segítő csoportok (ELTE, SZTE) képzési tematikáját és tervezetét vettük alapul, amelyet külföldi tapasztalatokkal egészítettünk ki. (14,15,16,17) Ezek mentén dolgoztunk ki egy, az orvosképzés igényeivel összhangban álló programot. Az orvosképzés sajátosságait az időbeosztás szorossága, a nagy munkaterhelés, a zárt közösségi élet képezik, amelyeket a képzések szervezésénél, az ügyeleti beosztásnál, a népszerűsítésnél és végül a segítő beszélgetés struktúrájának kialakításánál figyelembe kell venni.

## Működés

A 2008 őszen kidolgozott program szerkezetét az 1. ábra szemlélteti. Több tevékenységi blokkból áll, amelyek egymásra épülnek.

### 1. Toborzás

A program alapját maguk a hallgatók adják, ezért az első lépés a tagtoborzás és a tagok kiválasztása.

A társas együttlétek során mindig vannak olyan személyek, akik hajlamosak a segítő magatartásra, mint például az odafordulásra, empátikus hallgatásra, figyelemre, megértésre. Nincs ez másképp az orvostanhallgatók körében sem. Amennyiben ezt felhajtó erőként használjuk, s az érdeklődő hallgatók segítő beállítódását fejlesztjük, serkentjük, hozzájárulunk ahhoz, hogy hatékony kortárs segítőkkel váljanak.

A hatékony segítő személyes tulajdonságaiban megjelenik a rogersi empátia, hitelesség és a feltétel nélküli elfogadás.

Munkájában motivált, együttműködő. Jellemző rá az emberek iránti természetes odafigyelés, jó a beszédkézsége, az önmegfigyelő képessége és az önismerete. Vannak bizonyos funkcionális és diszfunkcionális jellemzők, amelyek alkalmassá vagy kevésbé alkalmassá tesznek a segítő feladatra, ennek ismeretében kell megtörténni a kortárs segítők kiválasztása.

A hallgatókat hirdetés útján értük el. Az érdeklődők információmegbeszélésentájékozódhattak. Ezkövettes kiválasztás motivációs interjú keretein belül, amely során feltérképeztük a hallgatók segítő munkához való viszonyát, a munkával kapcsolatos elképzeléseit, elvárásait. A szűrő beszélgetést követően 15 leendő kortárs segítő hallgató kezdhetette meg a munkát.

## 2. Háttértevékenységek

A program sikerességéhez nélkülözhetetlen, hogy a célcsoport tudjon a szolgáltatásról, ezért a következő lépés a háttértevékenységek beindítása volt. Ekkor alakították ki a csoport arculatát, s alkották meg a „*medicus*” és „*wellness*” szavak összeolvasztásából a mára már védjeggyé vált *Mediwell Kortárs Segítő Csoport* nevet.

A népszerűsítés több szinten zajlik. Plakátokon szerepelnek, fellelhetők közösségi portálokon (iwiw, facebook, stb.), kari honlapokon, cikkek jelennek meg róluk a kari újságban, illetve saját honlapjuk van ([www.mediwell.atw.hu](http://www.mediwell.atw.hu)), ahol az odalátogatók megismerkedhetnek a csoport történetével, programjaival.

A honlap nagy előnye, hogy bemutatja a csoport tagjait. A segítőkről található egy fénykép és egy rövid bemutatkozó leírás is, amely még személyközelibbé teszi a szolgáltatást.

További reklámozási lehetőség a filmklub, amelyet havonta egyszer rendeznek meg. Behívó felületként szolgál, a kortársak a film előtti reklámidót a csoport népszerűsítésével töltik ki, ezzel is biztosítva, hogy a hallgatók széles körben szerezzenek tudomást tevékenységükről.

## 3. Képzés

A képzés-blokk már a tényleges segítő munkára fókuszál. Megkezdődik a kiválasztáskor feltérképezett rejtett készségek kibontakoztatása. A képzésben résztvevő szakemberek a tréningeket tematikusan az orvosképzésben megjelenő stresszorok köré csoportosítva dolgozták ki.

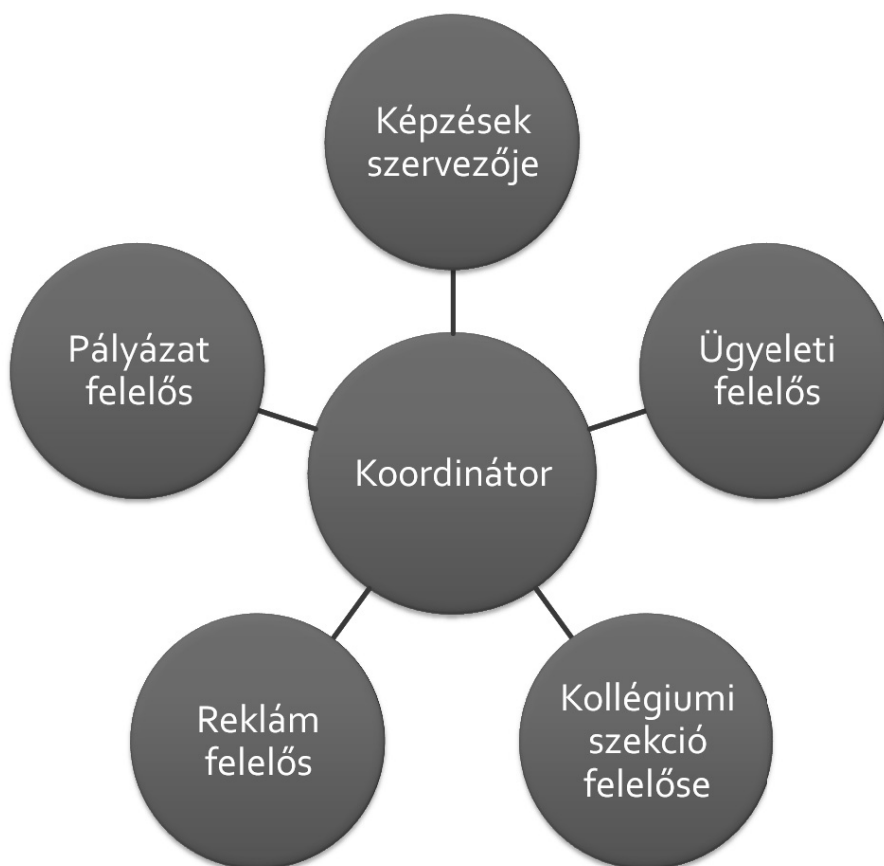
A csapatépítő tréning célja, hogy a leendő segítők (II–V. éves hallgatók) minél jobban megismerjék egymást, és elkezdődjön a csoportidentitás kialakulása. Ekkor történik az egyéni feladatvállalások meghatározása és rögzítése, a csoport tevékenységének és az egyes témakörök felelőseinek kijelölése.

A szervezet közgyűlésszerűen működik, titkos szavazás útján választják ki maguk közül a koordinátort. A *Mediwell* szerkezete a 2. ábrán látható.

A koordinátor tartja a kapcsolatot a szakmai vezetővel, illetve összehangolja és ellenőrzi a különböző kisebb munkacsoportok tevékenységét.

2. ábra

**A Mediwell szervezete**



A pályázatfelelős kutatja fel a pályázati lehetőségeket az anyagi források előteremtéséhez. A pályázatok elbírálásáig a Magatartástudományi Intézet finanszírozza a működést.

A reklámcsoport az arculatot, a folyamatos népszerűsítést biztosítja.

A kollégiumi szekció felelőse a helyszínek munkáját hangolja össze, míg az ügyeleti felelős a segítő beszélgetés időpontjait dolgozza ki. A képzések felelőse összegyűjti társaitól a felmerülő igényeket és ennek megfelelően szervez témaspecifikus képzéseket (drogprevenció, tanulásmódszertan, stresszkezelés).

A képzés következő állomása az önismereti tréning volt, amely két teljes napot vett igénybe. Pszichológus és mentálhigiénikus szakember vezetésével az önismeret segítői vonalra fókuszáltak a hallgatók, összesen 20 órában.

Az alapképzések lezárását a segítő beszélgetés tréning jelentette, amelyet két, a kortárs segítő-képzésben járatos pszichológus vezetett. Ekkor a hallgatók akváriumgyakorlatokon keresztül tapasztalhatták meg segítő helyzetben megjelenő erősségeiket, gyengeségeiket és fejlesztették készségeiket.

A képzéseket összesen 15 hallgató végezte el 45 órában. A képzésben 5 pszichológus és egy mentálhigiénikus szakember vett részt. A folyamat 2009 márciusában zárult le,

így a tényleges segítő munka 2009 áprilisában kezdődhetett meg. A tréningek elvégzéséről egy rövid ünnepség keretében hivatalos dokumentumot kaptak a kortárs segítők.

#### 4. Ügyelet

A kortárs program csúcsa a segítő beszélgetés, vagy más néven ügyelet. A szorgalmi időszakban kortársaink fejésként heti egy órában tartanak ügyeletet az erre kijelölt helyszíneken – a Kar Magatartástudományi Intézetében, illetve két orvosi kollégiumban biztosítanak erre a célra helyiséget. A központ kihasználtsága a hétköznapok munkaidejére esik, a kollégiumokban pedig inkább az esti órákra, ezért az ügyeleti időpontok összeállításakor figyelembe vettük ezt a szempontot.

Ügyeleti időben a segítőket hallgatótársaik tanulmányi, magánéleti problémákkal egyaránt felkereshetik. A hozott problémák kötődhetnek szorosan az orvosképzéshez, illetve adódhatnak az egyetemi lét életvezetési problémáiból is. A felmerülő nehézségeket az alábbi felsorolás foglalja össze:

- Tanulmányi követelmény
- Nagy ismeretanyag
- Szakmai inkompetencia érzése



- A jövőkép bizonytalansága
- Beilleszkedési nehézségek
- Magánéleti problémák
- Párkapcsolati krízis
- Társas kapcsolatok
- Autonómia/szülőktől való elszakadás
- Önértékelés
- Drog, alkohol
- Vallási, világnézeti elköteleződés

A kortársak a beérkezett „esetek” számára a kiképzésnek megfelelően segítő beszélgetést tudnak nyújtani, maximum 5 alkalommal. Amennyiben segítőink úgy érzik, hogy érzelmileg megterhelő számukra, vagy kérdéseik vannak az esettel kapcsolatban, havonta, szakember vezetésével, junior Bálint-csoport biztosít szupervíziós lehetőséget. A kortársak egyéb védelmére rendelkezésre áll továbbküldési útvonal, vagyis, ha a segítő kompetenciahatárát meghaladó eset érkezik az ügyeleti időpontban, lehetőség van professzionális segítőhöz (pszichológusok, pszichiáterek) továbbirányítani, ahol az eset a helyzet súlyosságának megfelelő szakellátást kap. A szakemberek munkáját a *Szegedi Egyetem Életvezetési Tanácsadó Központja* hangolja össze.

## Tervezet

Az orvosi karon angol és német nyelven tanuló hallgatók számára tervezzük kibővíteni az ügyeleti szolgáltatást. Angol nyelvtudású kortárs segítőink a külföldi hallgatók számára is elérhetőek lesznek, ezzel biztosítva a segítségkérés lehetőségét minél szélesebb rétegben. A szolgáltatás multikulturális kiterjesztése előremozdítja az orvostanhallgatókra kevésbé jellemző nyitottságot, segít nekik abban, hogy kapcsolatokat keressenek.

## Értékelés

A program sikerességéhez nélkülözhetetlen a visszacsatolás. A munka értékelése több szinten zajlik. Egyrészt a segítők önreflexiója ad információt, az általuk vezetett napló a beérkező esetszámról és a probléma jellegéről tájékoztat.

A laikus hallgatók számára kidolgoztunk egy hallgatói véleményt feltáró kérdőívet, továbbá zajlik a felsőoktatásban tanulók stresszforrásait vizsgáló angol nyelvű kérdőív magyar nyelvű változatának bevezetése.

A program rövid fennállása miatt hiteles, reprezentatív adatok nem állnak még rendelkezésünkre, a többszintű értékelés által felvázolt profil és a kapott adatok egy önálló cikk témáját adhatják.

## Következtetés

Munkánkban célunk a *Mediwell* kortárs segítő projekt kialakításának és működésének bemutatása volt. A leendő orvosok számára létrehozott program egy dinamikus, holisztikus és integrált támogató rendszer hallgatóktól – hallgatóknak. Kiépítése és fenntartása egyéni, társas és intézményi szinten is hat.

Egyéni szinten a segítők szemléletét formálja, illetve a fejlesztett készségek a későbbi segítő hivatás fontos részét adják. Társas szinten a modellhatás érvényesül, a közösségi programok szervezésével pedig lehetőség nyílik a társas kapcsolatok kialakulására. Intézményes szinten a hivatásra nevelés fontos eszközévé válhat.

A program eredményei hosszú távon jelennek meg abban a csoportban, amelyben működnek. Ennek értékelése folyamatosan zajlik és egy további önálló cikk alapját szolgáltatja.

## Összefoglalás

A tanulmány a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán létrehozott kortárs segítő programot mutatja be. Az ifjúkori kortárs segítség hatékony színtere a felsőoktatás, amelyet már számos intézményben működő csoportok bizonyítanak. Az orvostanhallgatók mentális egészségének támogatása is megvalósulhat a kortárs segítség módszerével, amely így – az orvosi egyetem specifikumaira helyezve a hangsúlyt – a megelőzés és beavatkozás fontos eszközévé válhat.

A program kialakítása több lépcsőben zajlott. A leendő orvosok közül kiválasztottunk 15 hallgatót, akik fél éven keresztül, összesen 45 órában végezték el a kortárs képzést. Aktív munkájuk 2009 áprilisában kezdődött. Legfőbb feladatuk az „ügyelet” és a népszerűsítés. Munkájuk erőssége abban rejlik, hogy kapcsolataik révén könnyebben elérik a hallgatókat, hozzájuk pedig könnyebben fordulnak, veszik igénybe segítségüket, szervezett programjaikat. Számukra szakmai vezetés biztosít védelmet.

A kortárs segítő programban való részvétel magára a segítőre is hat, azáltal, hogy a program során az orvosi hivatáshoz is szükséges kulcskészségek fejlődnek. Az orvostanhallgatók részére kialakított program lehetőséget ad a képzés alatt felmerülő problémák, érzelmi megterhelések felismerésére és kezelésére, hatékony megküzdési technikák elsajátítására. Amellett, hogy kortársaiktól támogatást kapnak fennálló problémáik kezeléséhez, a segítők munkája pozitív példaként áll a leendő orvosi hivatású hallgatók előtt.

A megelőzés és a beavatkozás egyik színtere az egyetemen belül a kortárs segítség révén valósulhat meg.

## Summary

This article presents the peer counseling program of the University of Szeged Faculty of Medicine. The help of peer counsels is proved to be most effective in higher education, this was showed by other institutions in which peer counseling programs operate. Peer counseling can help in the support of medical student's mental hygien. By putting the emphasis on the characteristics of medical education peer counseling can be the most effective tool of prevention and intervention.

The development of the program had many steps. From the volunteered medical students 15 were picked, who completed a 45 hour training session. They started to work in April of 2009. Their main task is keeping office hours and the popularization of the program. Peer counseling is effective because through their connections they can reach

students easier, peers who need help turn to them easier and fellow students attend peer counseling programs more often. For the volunteer students professional help is available which gives them security during their work.

Taking part in the peer counseling program has an effect on the volunteers as well, because while working those skills develop which are inevitable later in their medical profession.

IRODALOM

1. Túry, F.–Lajtai, L.: „Hivatás és személyiség. Az orvostanhallgatók és orvosok pszichológiai problémái.” In: *Orvosi pszichológia* (Szerk.: Kopp, M.–Berghammer, R.), Medicina, Budapest, 2005. 237–249.
2. Csabai, M.–Barta, K.: „Az orvosi identitás alakulása. Orvostanhallgatók nézetei az orvosi pályáról, az orvosszerepről.” In: *Lege Artis Medicinae*, 2000;8: 638–644.
3. Lee, J.–Graham, A. N.: „Students’ perception of medical school stress and their evaluation of a wellness elective.” In: *Medical Education*, 2001;35: 652–659.
4. Carter, A. O.–Elzubeir, M.–Abdulrazzaq, Y. M.–Revel, A. D.–Townsend, A.: „Health and lifestyle needs assessment of medical students in the United Arab Emirates.” In: *Medical Teacher*, 2003;25(5): 492–496.
5. Yousafzai, A. W.–Ahmer, S.–Syed, E.–Bhutto, N.–Iqbal, S.–Siddiqi, M. N.–Zaman, M.: „Well-being of medical students and their awareness on substance misuse: a cross-sectional survey in Pakistan.” In: *Annals of General Psychiatry*, 2009; 8(8): o.n.
6. Bácskai, E.–Gerevich, J.: *A kortárs segítség tanári kézikönyve*. Egészséges Ifjúságért Alapítvány, Vác, 2000.
7. Cowie, H.–Sharp, S.: *Peer Counselling in Schools*. David Fulton Publishers Ltd., London, 1996.
8. Fecskó, E.: *A segítség új generációja. Diplomamunka*. ELTE; 2001.
9. Rác, J.–Laczkó, Zs.: „Kétféle modell: a diák- és a sorstárs-segítés egy

on. This program gives an opportunity to recognize and treat problems and also gives an opportunity to learn more effective coping techniques. Besides students getting help from their peers, the volunteers’s work stand as a positive example for the future doctors.

Prevention and intervention can be put into practice through peer counseling within the framework of the university.

- kvalitatív kutatás alapján.” In: *Addictologia Hungarica*, 2007;6(2): 113–133.
10. Simon, T.: *Egészségnevelés*. 1992, Supplementum, 2.
11. Rajnai, N.: „A felsőoktatási tanácsadás a Kodolányi Főiskola Diáktanácsadó és Információs Irodájában.” In: *Diáktanácsadók a felsőoktatásban*. (Szerk.: Rajnai N.) Soros Oktatási Füzetek, Budapest, 2001. 93–104.
12. Spiro, J. H.–Roenneburg, M.–Maly, B. J.: „Teaching doctors to treat doctors.” In: *Medical Teacher*, 1980; 2(6): 288–290.
13. Lee, J.–Graham, A. N.: „Students’ perception of medical school stress and their evaluation of a wellness elective.” In: *Medical Education*, 2001;35: 652–659.
14. D’Andrea, V. J.–Salovey, P.: *Peer Counseling*. Science and Behavior Books, California, 1996.
15. Ritoók, Á. M.–Szmejkál, Sz.: „Az ELTE BTK Diáktanácsadó Központja.” In: *Diáktanácsadók a felsőoktatásban*. (Szerk.: Rajnai N.) Soros Oktatási Füzetek, Budapest, 2001. 87–92.
16. Szenes, M.–Katona, E.–Katona, M.: „A Diákcentrum Universitas, Szeged működésének bemutatása.” In: *Diáktanácsadók a felsőoktatásban*. (Szerk.: Rajnai N.), Soros Oktatási Füzetek, Budapest, 2001. 118–126.
17. Szenes, M.: „A kortárs segítség szerepe a diáktanácsadók működésében.” In: *Diáktanácsadók a felsőoktatásban*. (Szerk.: Rajnai N.), Soros Oktatási Füzetek, Budapest, 2001. 109–117.

# A fizikai aktivitás és egészség fiatal korban

Csányi Tamás tanársegéd

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Tanító- és Óvóképző Kar, Budapest

## Bevezetés

Amikor fizikai (mozgásos) aktivitásról beszélünk, a legtöbb ember előtt valamilyen rendszeres testmozgáshoz köthető, sportjellegű tevékenység jelenik meg. Pedig a fizikai aktivitás sokkal általánosabban definiálható. Tulajdonképpen az emberi létel összefüggő minden fizikai tevékenység fizikai aktivitással jár. Az angol nyelvű szakirodalomban az egyik legtöbbször idézett definíciót, amelyet a WHO<sup>1</sup>, vagyis az Egészségügyi Világszervezet is használ, *Caspersen, Powell és Christenson (1985, 126. old.)* fogalmazták meg. Eszerint fizikai aktivitásnak tekinthető „minden olyan mozgás, amit a vázizomzat hoz létre, és energiafelhasználás kísér”.

A fizikai aktivitás fogalmát leggyakrabban a sporttudományi és az egészségtudományi szakirodalom említi. A sporttudomány egyik központi kategóriája a fizikai aktivitás, amelyet, mint mozgásos tevékenységet, a sportbeli teljesítményfokozás szemszögéből vizsgál. Az egészségtudomány ugyanakkor a fizikai aktivitás egészségmegőrzésben és egészségfejlesztésben, pontosabban a betegségek megelőzésében és kezelésében betöltött szerepét kutatja.

A fizikai aktivitás és egészség közti kapcsolatok feltárása az elmúlt két évtized epidemiológiai kutatásai között kiemelt helyen szerepelt. Ennek eredményeképpen ma már vitathatatlan a rendszeres fizikai aktivitás szervezetünkre gyakorolt pozitív, preventív, védő és fejlesztő hatása, habár ennek ellentmondó eredmények is olvashatók.

A nem fertőző betegségek közül köztudottan a szív- és érrendszeri (CVD<sup>2</sup>) megbetegedések, a daganatos betegségek, a cukorbetegség, továbbá a mentális egészségi problémák, valamint a krónikus légzőszervi betegségek jelentik világszerte a legnagyobb mortalitási és morbiditási problémát. Ezek megelőzésében és kezelésében kitüntetett helyen szerepel a rendszeres és élethosszig tartó fizikai aktivitás, mint az egészséget alapvetően meghatározó tényező (*WHO, 2008*).

E tanulmány a fiatalok fizikai aktivitása és az egészség relációját vizsgáló, legfontosabb kutatások betegcsoportonkénti, szisztematikus áttekintésére vállalkozik.

## Szív- és érrendszeri megbetegedések (CVD 'Cardiovascular disease')

A felnőttkori szív- és érrendszeri betegségek kialakulása a rizikófaktorokon keresztül már gyermekkorban elkezdődik. A preventív beavatkozáshoz éppen ezért minél korábban fel kellene ismerni azokat a jeleket, amelyek hozzájárulnak kialakulásához. Ilyen jelek lehetnek például a gyermekkori emelkedett vérnyomás- és koleszterin-értékek (*McGill és mtsi., 2000*).

*Niclas, Duvillard és Berenson (2002)* a *Bogalusa Heart Study*<sup>3</sup> adatai alapján megállapították, hogy a szív- és érrendszeri betegségek rizikófaktorai átvivődnek a gyermekkorból a felnőttkorra.

A rendszeres testedzés felnőttek esetében bizonyítottan előnyös hatást gyakorol a vérnyomásra (*Kraus és mtsi., 2002*) és a lipoprotein-szintre<sup>4</sup> (*Whelton és mtsi., 2002*), gyermekeknél azonban ez a hatás csak kismértékű (ha van egyáltalán) (*Tolfrey, Jones és Campbell, 2000*). Utóbbi szerzőhármas feltetelezi, hogy ennek okai a vizsgálatok módszertani hiányoságaiban keresendők.

Számos kutatócsoport (*Lefevre és mtsi., 2002; Boreham és mtsi., 2002*) összefüggést tapasztalt a későbbi felnőttkori egészséges CVD-profil, valamint a serdülő- és fiatal felnőttkori fizikai fitness között.

*Hasselstrom és mtsi. (2002)* például az aerob fitness szerepét találták a legmegbízhatóbb CVD-rizikófaktor szint előrejelzőnek 8 éven átívelő hosszmetzeti kutatásukban. *Twisk, Camper és van Mechelen (2002)* ugyanakkor nem tudtak hatást igazolni a fizikai aktivitási szint és a CVD-rizikóprofil relációjában.

*Biddle, Gorely és Stensel (2004)* áttekintő tanulmányukban felhívják a figyelmet az adatok inkonzisztenciájára, amit egyfelől a fizikai aktivitás pontos mérésének nehézségeiben és hiányoságaiban látnak. Másfelől úgy vélik, a fizikai fitness és a szív- és vérkeringési betegségek közötti összefüggésre (a fizikai aktivitástól függetlenül) a fizikai fitness alacsony szintje, és a magasabb szintű CVD-rizikó genetikai meghatározottsága lehet a válasz. Az ellentmondások feloldása a szerzők szerint csak olyan hosszú távú kutatásokkal lehetséges, amelyekben már fiatal kortól gyakran és pontosan értékelhető a fizikai aktivitás, s amelynek követése elengedhetetlen egészen a középkorig.

## Túlsúly és elhízás

Energiaegyensúlyról akkor beszélünk, ha az étkezéssel a szervezetbe juttatott energiamentiség megegyezik a test életfolyamatainak fenntartásához szükséges, valamint a fizikai energiaszükséglet összegével. Ha a bevitt energia mennyisége meghaladja a felhasznált energia mennyiségét, pozitív energiaegyensúlyról, ha pedig alatta marad, negatív energiaegyensúlyról beszélünk. Az elhízás (*obesitas*) világszerte növekvő tendenciájának egyik oka a krónikus pozitív energiaegyensúly. A krónikus pozitív energiaegyensúly akkor alakul ki, ha az energiafelvétel hosszú időn át meghaladja az energiafelhasználást. Hatására jelentősen megnő a raktározott energia mennyisége, amely testzsír formájában rakódik le a szervezetben. Az optimálisnál egyre nagyobb testzsírszaporulatot kezdetben túlsúlynak, majd elhízásnak nevezünk. Az elhízást a WHO 1998-ban önálló betegséggé nyilvánította.

A gyermek- és serdülőkor elhízás megítélését nagyban befolyásolja az a tény, hogy nincs általánosan elfogadott meghatározása. A felnőtt populációs becslések leggyakrabban a testtömegindexen ('*BMI, Body mass index*') alapulnak. A WHO szerint túlsúlyosnak tekinthetők a 25 kg/m<sup>2</sup> vagy annál nagyobb értékkel bíró, elhízottnak (*obesnek*) a 30 kg/m<sup>2</sup> vagy annál nagyobb mutatóval rendelkező egyének. A felnőttkori adatok természetesen nem vonatkoztathatók a gyermek- és serdülőkorra. A legújabb határértékek a WHO (*de Onis és mtsi., 2007*)<sup>5</sup> növekedési referencia-értékei. A BMI alapján meghatározott tápláltsági állapot-becslés azonban komoly fenntartásokkal értelmezhető individuális szinten. Mivel a BMI valójában a testtömeg osztva a testmagasság négyzetével (kg/m<sup>2</sup>), nem veszi figyelembe például a testalkati és testösszetételbeli jellemzőket. Az egyén szintjén érdemi humánbiológiai információ a tápláltsági állapotról csak az egyes testösszetevők becslése után kapható.

A testösszetétel becslése számos módszerrel lehetséges. A legköltséghatékonyabb, nagy mintán is elvégezhető testzsírtartalmat becsülő eljárás a kalipermetriás mérés. További, egyre széleskörűbben használatos módszer a bioimpedancia-analízis.

Humánbiológiai értelemben akkor beszélünk túlsúlyról és elhízásról, ha az optimális testösszetételhez képest a szervezet jelentősen emelkedett relatív testzsírtartalommal bír. Erre alapozva a túlsúly és elhízás kategorizációját *Lohman (1992)* a 25–30% közötti, és a 30% fölötti relatív testzsírtartalom színjén határozta meg.

A túlsúly mértékének BMI-vel történő kifejezésével kapcsolatban *McCarthy, Ellis és Cole (2003)* megállapították, hogy a brit gyermekek háskörfogata nagymértékben növekedett az elmúlt 10–20 évben, és a változás trendje sokkal nagyobb mértékű volt, mint azt a BMI növekedése jelezte. Úgy vélik, a BMI-n alapuló populációs *obesitas*-becslések szisztematikusan alulbecsülik a fiatalok valós elhízottsági arányát. Azonban így is világszerte egyértelműen növekvő tendencia mérhető (*Lobstein és Frelut, 2003; Chinn és Rona, 2001*).

A magyarországi növekedéssel összefüggésben például *Mészáros (2004)* megállapítja, hogy amíg *Illyés* 1980-ban

még a 15%-os gyakoriságról sem írt, addig 2002-ben már megközelítőleg 30%-nyi elhízott és kövér gyermeket valószínűsítene a populációban.

A relatív testzsírtartalom növekedése 7–14 éves magyar fiataloknál az elmúlt 30 évben *Frenkl (2007)* adatai alapján, minden életkori csoportban legalább 10%-nyi.

Ez azért nyugtalanító, mert a fiatalkori elhízásnak számos következménye lehet. A gyermekkori *obesitas* erős prediktora a felnőttkori elhízásnak (*Whitaker és mtsi., 1997*), és függetlenül a felnőttkori testtömegtől, bizonyítottan kapcsolatban áll a felnőttkori egészségi problémákkal (*Must és mtsi., 1992*). Vítathatatlan szerepe van a kettes típusú *diabetes* kialakulásában is. A kettes típusú *diabetes* kialakulása – ugrásszerűen növekedve – az egyik leggyakoribb nem fertőző betegséggé vált az Európai Unióban (*Astrup, 2001*). A túlsúly és elhízás 80–95%-ban felelős a betegség kialakulásában, és a legnagyobb akadálya a betegség hosszú távú kezelésének (*Astrup és Finer, 2000*).

*Rocchini (2002)* szerint bizonyos, hogy a kettes típusú *diabetes* kapcsolatban van a gyermekkori elhízás gyakoriságával, és olyan méretűvé kezd válni, hogy fiatalkori *diabetes*-járványról beszélhetünk.

*Biddle, Gorely és Stensel (2004)* szerint 2004-ig nem nagyon volt olyan kutatás, amely a fiatalkori mozgás szerepét vizsgálta volna a kettes típusú *diabetes* kialakulásának megelőzésében. Egy finn és egy Egyesült Államok-beli kutatásra hivatkozva kijelentették, hogy a mozgás elősegíti a kettes típusú cukorbetegség megelőzését és kezelését gyermekeknél, bár erre nincs elegendő bizonyíték.

Visszatérve az *obesitas* kialakulását vizsgáló kutatásokra *Hancox, Milne és Poulton (2004)* követéses vizsgálatukban kimutatták a televíziózás mértéke és a felnőttkori egészség közötti összefüggést. Azt tapasztalták, hogy azok a felnőttek, akik 5–15 éves koruk között átlagosan napi kevesebb, mint 1 órát töltöttek a képernyő előtt, 25%-ban lettek túlsúlyosak. Akik pedig 2–3 órát néztek naponta televíziót, 45%-ban lettek túlsúlyosak. Ez nyilvánvaló kapcsolatot jelent a fizikai inaktivitás (konkrétan a képernyő előtt töltött idő) és a testzsírszaporulat között.

A fizikai inaktivitás és az elhízás közötti ok-okozati viszonyt korábban *Steinbeck (2001)* bizonyította gyermekeknél. *Wardle és mtsi. (2006)* megállapították, hogy az *obesitas* már 11 éves kor előtt kialakul, amiért a megelőzést már jóval ennél korábban meg kell kezdeni.

*Dietz (1994)* három kritikus/szenzitív periódust jelöl meg a gyermekek fejlődésében. Az első a gestációs időszak és a korai csecsemőkor, a második az 5–7 éves kor, a harmadik pedig serdülőkorban következik be.

Az *obesitas* globális járvánnyá válásában nem valószínű, hogy a genetikai változások játszanak szerepet. A legvalószínűbb okok között mindenképpen a mozgáshiányt és az étkezési szokásokat kell említenünk, vagyis az életmód átalakulását. *Dumin (1992)* például megállapította, hogy a gyermekek jelentősen kevesebb energiát használnak fel napjainkban, mint 50 évvel ezelőtt. Ebben nyilvánvaló szerepet játszhat az urbanizációval és motorizációval együtt járó csökkent fizikai aktivitás.

A túlsúlyos és kövér gyermekek fejlődésével kapcsolatban *Zsidegh (2004)* azt tapasztalta, hogy mind a maláj, mind a ciprusi, mind pedig a magyar túlsúlyos és elhízott gyermekek és serdülők testméreteikben, testi felépítésükben (növekedési és szomatotípusukban) jelentősen különböznek a nem kövérektől, továbbá szignifikáns volt a különbség a kövér és elhízott minták antropometriai jellemzőinek többségében is.

Az *obesitas* prevenciójával kapcsolatban *Doak és mtsi. (2006)* 25 iskolai intervenció programot tekintettek át. Ebből 19 mind a fizikai aktivitásra, mind az étkezésre, három csak a testmozgásra, egy a televíziózásra és kettő csupán az étkezésre fókuszált. A programok közül 17 csökkenteni tudta a résztvevők BMI- vagy bőrredő-értékeit. Négy egyszerre mindkettőt csökkentette. Következtetésükben kiemelik, hogy az iskolai testnevelésórák számának növelése és a televízió előtt töltött idő csökkentése hatékony intervenció eszköznek tekinthető.

*Harris és mtsi. (2009)* négy keresőadatbázis segítségével 398 tudományos cikket tekintettek át szisztematikusan 1966 és 2008 szeptembere között azzal a céllal, hogy az iskolai intervenció programok a testtömegindex változására való hatását vizsgálják. A szűrési eljárás speciális feltételei az alábbiak voltak. 1. A kontrollcsoport kötelező iskolai testnevelésének sem a minősége, sem a mennyisége nem változott. 2. Mind a résztvevőknek, mind a kontrollcsoportoknak objektív méréseken alapuló BMI-értékekkel kellett rendelkezniük a kutatás kezdetén és végén. 3. A minimális beavatkozási idő hat hónap volt. 4. Az intervenció programnak a kötelező oktatás részeként kellett megvalósulnia. Összesen 23, a kritériumoknak megfelelő programot találtak, amelyből 18-at vontak be a statisztikai metaanalízisbe, összesen 18 141 fő 6–18 éves tanulót. Kilenc program a fizikai aktivitás terhelési jellemzőit szem előtt tartva növelte a közepes és nehéz fizikai aktivitások időtartamát. Öt program az általános fizikai aktivitás mértékének növelésére törekedett, két projekt újszerű súlyos „edzésekkel” próbálkozott, egy olyan aktivitásokat alkalmazott, amelyek a nagy izomcsoportokra fókuszáltak, egy pedig személyre szabott testnevelési programot dolgozott ki. A szerzők általános következtetése szerint az iskolai fizikai aktivitást fokozó programok nem javították a BMI értékeit, vagyis az iskolai fizikai aktivitást fokozó intervenció hatástalannak mutatkozott az *obesitas* kezelésében. A negatív eredmény hátterében húzódó okok azonban bizonytalanok. Az egyik hatástalansági tényezőként a programokban alkalmazott fizikai aktivitások „dózisát” látják. Pontosabban a fizikai aktivitás mennyiségi tényezőit, illetve a résztvevő gyermekek individuális hiányzásával, kimaradásával kapcsolatos problémákat. Második tényezőként a fizikai aktivitás szintjének mérési megbízhatóságát említik. Itt fontosnak tartom kiemelni, hogy az objektív módon, accelerométerrel mért adatok között sem volt lényeges különbség. Harmadik lehetőségként a szerzők a fizikai aktivitás relatív kisebb hatásfokát nevezik meg az étkezéssel szemben. Végül konklúzióként megfogalmazták, hogy a fizikai aktivitás fontos összetevője az egészséges életmódnak és számos egészségfejlesztő hatása bizonyított. Ugyanakkor az *obesitas* kezelésében többpólusú (például étkezéssel együtt)

intervenció programok, valamint további célzott kutatások szükségessége.

A *'Wise-mind Project'* (*Williamson és mtsi., 2007*) egy Egyesült Államok-beli, a túlzott testtömeg-növekedés megelőzését célzó intervenció program volt, és hasonló eredményekkel zárult. Pozitívként azonban képes volt viselkedésbeli változást indukálni a gyermekek egészséges táplálkozására és fizikai aktivitására nézve, ami fontos eredmény.

## Csontegészség

Magyarországon a csontrendszer mennyiségi és minőségi romlásával járó betegségek miatt évente mintegy 80 000 csonttörést regisztrálnak. Az *osteoporosis* következményei a magyar népesség 9%-át érintik, kétszer annyi nőt, mint férfit (*Lakatos, 2005*). A csonttömeg döntően genetikailag meghatározott, ám nyilvánvalóan befolyásolják olyan környezeti hatások, mint az étkezés és a fizikai aktivitás (*Ralston, 1997*).

*Bass (2000)* a prepubertáskor emelkedett növekedési hormonszintjére alapozva úgy véli, ebben az életkorban szükséges testmozgással hatni a csontfejlődésre. Ez valószínűleg azon alapul, hogy a csontfejlődés csúcspontja a pubertásévek-re esik, amikor a felnőttkori csontozat negyede alakul ki.

Az intervenció kutatások azt mutatják, hogy a fizikai aktivitás 2–30% közötti csontsűrűség-növekedésben játszhat szerepet. A teljes testtömeg mozgásával járó aktivitások például kimondottan hatásosak a csontsűrűség növelésében fiataloknál (*Bass, 2000; Mackelvie és mtsi., 2002*).

## Pszichoszociális jellemzők

*Biddle, Gorely és Stensel (2004)* szerint széleskörűen bizonyított, hogy a fizikai aktivitás pozitívan hat a gyermekek és serdülők pszichés státuszára. Általánosan elfogadottnak tartják azt is, hogy a sporttevékenység kedvező hatása a morális viselkedésre.

*Mutrie és Parfitt (1998)* úgy vélik, a fizikai aktivitás pozitívan hat a mentális egészségre, különösen az önértékelésre. A fizikailag aktívabban élők kevésbé valószínű, hogy pszichés betegségektől szenvednek.

*Biddle, Gorely és Stensel (2004)* véleménye szerint a fizikai aktivitás növelheti a pszichológiai jóllétet, ami azonban valószínűleg az általános pszichés hangulatnak és a szociális interakcióknak köszönhető, nem önmagában a fizikai aktivitásnak.

A fizikai aktivitás és a kognitív teljesítmény közötti kapcsolat *Mutrie és Parfitt (1998)* szerint tisztázatlanok.

*Sallis és munkatársai (1999)* egy 2 évig tartó, egészségközpontú testnevelési program hatásainak mérlegelésekor nem találtak értékelhető különbséget a kontrollal való összehasonlításban. *Nelson és Gordon-Larsen (2006)* viszont jobb tanulmányi eredményt mutattak ki a fizikailag aktívabb gyermekek esetében. *Rácz és munkatársai (2006)* magyar sportoló és nem sportoló középiskolások tanulmányi eredményeit összehasonlítva nem találtak szignifikáns eltérést, bár a sportolóknak alacsonyabb tanulmányi átlagai voltak.

Eredményeiket a sportolók érthetően kevesebb tanulásra fordítható „szabadidejével” magyarázták.

A serdülőkori egészség tudatosságot vizsgálva magyar vonatkozású eredményekről számol be *Pikó (2002)* a fizikai aktivitás egészségpszichológiai hatásaival kapcsolatban. Kutatásában összefüggést tapasztalt a fizikai aktivitás és a jövőorientáltság, az étellel való elégedettség, és a kompetens viselkedés mutatóival. Megállapítja, hogy minél rendszeresebben végeztek a vizsgált serdülők fizikai aktivitást, annál jobbnak értékelték saját pillanatnyi egészségüket. Az adatokból azonban kitűnik az is, hogy nincs összefüggés a fizikai aktivitás és az egészségi állapot jövőbeli értékelése között. Ez alapján feltételezhető, hogy a vizsgált mintában nem tudatosult a fizikai aktivitás preventív hatásának lehetősége a felnőttkori egészségi állapota nézve, ami pedagógiai kérdéseket vet fel.

### Magyar reprezentatív kutatási eredmények (*Hungarostudy, 2002*)

A fizikai aktivitás és az egészség közötti összefüggésrendszer tárgyalásakor szükséges kitérni egy, a magyar felnőttkorú lakosságot reprezentáló kutatásra, a *Hungarostudy 2002-re (Gémes, 2006)*. A minta (12 643 fő) egy 701 kérdésből álló demográfiai, szociális, gazdasági, életmód-, pszichológiai és egészségjellemzőket tartalmazó kérdőív kérdéseire válaszolt interjú formájában. A számos kérdésfeltevés között természetesen szerepelt a fizikai aktivitás (mint sportolás) egészségre gyakorolt hatásának vizsgálata. Eredményeik szerint a hagyományos rizikótényezők mellett (életkor, nem, testtömegindex) a rendszeres sport önálló, protektív tényezőnek bizonyult a magas vérnyomás, az agyérbetegség, a szívinfarktusz és a cukorbetegség esetén, azonban a daganatos megbetegedésekre nézve ez nem volt igaz. A rendszeresen sportolók és nem sportolók mentális egészségének és életminőségének összehasonlítása azt az eredményt hozta, hogy a rendszeresen sportolók egészségi állapotukat jobbnak ítélték és szignifikánsan magasabb pontszámot értek el a *WHO Általános Jólét Kérdőívén*. Ugyancsak kedvezőbb mutatókat szereztek a *Beck-depresszió*, a *Vitális Kimerültség*, a *Reménytelenség* és az *Én-hatékonyság kérdőívén* is. A rendszeres sport lelki egészségre gyakorolt preventív hatását bizonyítja, ahogy a nem sportolók között 1,6-szor gyakrabban fordult elő depressziós epizód. Összefoglalva megállapították, hogy a rendszeres fizikai aktivitás (mint sporttevékenység) mind az egészséges, mind a krónikus betegséggel küzdők csoportjában jelentős életminőségjavító hatással rendelkezik. A népesség rossz fizikai és mentális egészségi állapota elleni harcban, a mozgás-intervenciós programokban jelentős, költséghatékony és kihasználatlan egészségfejlesztési lehetőségeket látnak.

### Összefoglalás

A fiatalkori fizikai aktivitás egészségre gyakorolt hatásának vizsgálatakor feltehető két alapkérdésre egyelőre nincs egyértelmű válasz. A fiatalkori fizikai aktivitás hatása egyrészt

a fiatalkori egészségre, másrészt a felnőttkori egészségre tisztázatlan. Számos eredmény sugallja, hogy a fizikailag aktívabb fiatalok jelentős egészségi előnyöket élveznek felnőtté válásukat követően az inaktívakkal szemben. Ugyanakkor ellentmondóak az eredmények, ha az aktívabb fiatalok egészségstátuszát az inaktívok egészségstátuszához hasonlítjuk. Addig, amíg nem bizonyított a fizikai aktivitás hatástalansága az egészségre (ami valószínűtlen), mindenképpen el kell fogadnunk, hogy a fizikailag aktív életmód egészségügyi előnyökkel jár, és erre kell nevelnünk a felnövekvő generációt. Az intervenciós kutatások eredményei is ezt sugallják. Például *Dobbins és mtsi. (2009)* a fizikai aktivitás és fizikai fitness intervenciós iskolai programjával kapcsolatban 482 tudományos cikket szisztematikusan áttekintve 104 releváns programot jelöltek meg. Ebből 26-ot találtak közepes vagy erős kutatómódszertani kvalitásúnak, amelyekből kilenc egészségösszetevőt vizsgálva következtetéseket fogalmaztak meg. Négyben (fizikai aktivitás időtartama, televíziózás, aerobkapacitás, és vér-koleszterinszint) az intervenciós programok pozitív hatást fejtettek ki, azonban ötben (részvételi arány a szabadidős fizikai aktivitásokban, szisztolés és diasztolés vérnyomás, BMI és nyugalmi pulzus) negatívan. E téren is további kutatásokra van szükség.

*Biddle Gorely és Stensel (2004)* álláspontja szerint a jövőben talán célszerűbb az egészségstátusz szemszögéből a fiatalok fizikai fitnessét, mint fizikai aktivitásukat vizsgálni. Habár az energiafelhasználás (mint fizikai aktivitási mutató) sokkal fontosabb néhány olyan egészségstátuszt jellemző becslésben, mint például az *obesitas*. Hozzáteszik, hogy a viselkedéskutatóknak bizonyítani kellene azt, hogy a fizikai aktivitásra való összpontosítás sokkal helyénvalóbb az egészségmagatartás megváltoztatásának és fenntartásának szemszögéből, mint a fizikai fitness fejlesztése.

A fizikai aktivitás és az egészség közötti egyértelmű kapcsolatokat továbbra is rendkívül nehéz tehát kimutatni a fiataloknál. Egy krónikus betegség megjelenése és a fiatal életkor között általában hosszú idő, több évtized is eltelhet. A legtöbb kutatási adat ennek megfelelően keresztmetszeti értékelésen nyugszik, így jelentősen limitált következtetéseket tartalmaz. A következtetések általánosíthatóságának jelentős korlátait jelentik az egyes kutatások módszertani hiányosságai. E területen a jövőben mindenképpen szükségesek nagymintás, kontrollcsoportos, longitudinális kutatások.

### Absztrakt

A rendszeres fizikai aktivitás egészségre gyakorolt hatásainak bizonyítása az elmúlt két évtized epidemiológiai kutatásainak fókuszában áll. Számos bizonyítékkal rendelkezünk arról, hogy az inaktív életmódot folytatók morbiditási és mortalitási mutatói kedvezőtlenebbek a fizikailag aktívakkal szemben. A fiatalkori fizikai aktivitás egészségre gyakorolt hatásainak kutatása azonban jelentős korlátozó tényezőkkel bír. Komoly kutatások bizonyítják, hogy az inaktív életmód kapcsolatban áll számos betegség kialakulásával. A tanulmány célja, hogy összefoglalja a legfontosabb kutatási eredményeket a fiatalkori fizikai aktivitás és a leggyakoribb nem

fertőző megbetegedések relációjában. Ezek a kardiovaszkuláris megbetegedések, az *obesitas* és kettős típusú *diabetes*, a csontegészséget, valamint a pszichoszociális egészséget befolyásoló tényezők. A tanulmány beszámol a legfontosabb intervenciós tanulmányok eredményeiről.

*Kulcsszavak: fizikai aktivitás, fiatalkor, egészség*

## Summary

Epidemiological evidence researches focus on the health effects of regular physical activity over the past two decades. Extensive evidence indicates that inactive people have less favorable indicators of morbidity and mortality compared with the physically active.

Researches, which focus on the health effects of children and adolescent physical activity, have major limiting factors. Considerable research evidence shows that inactive lifestyle is related to the development of many diseases. The aim of the study to summarize the most important research results in youth physical activity related to the most common non-communicable diseases. These are the cardiovascular diseases, obesity, and the two types of diabetes, the skeletal problems, and the psychosocial health factors. The study reports on the most important results from intervention studies.

*Keywords: physical activity, childhood, health*

## IRODALOM

1. Astrup, A. (2001): „Healthy lifestyles in Europe: prevention of obesity and type II diabetes by diet and physical activity.” In: *Public Health Nutrition*, 4(2B):499–515.
2. Astrup, A.–Finer, M. (2000): „Redefining type 2 diabetes: 'Diabetes' or Obesity Dependent Diabetes Mellitus?” In: *Obes.Rev.* 1(2):57–59.
3. Bass, S. (2000): „The prepubertal years: a unique opportune stage of growth when the skeleton is most responsive to exercise?” In: *Sports Medicine*, 30:73–78.
4. Biddle, S. J. H.–Gorely, T.–Stensel, D. J. (2004): „Health-enhancing physical activity and sedentary behaviour in children and adolescents.” In: *Journal of Sport Sciences*, 22, 679–701.
5. Boreham, C.–Twisk, J.–Neville, C.–Savage, M.–Murray, L.–Gallagher, A. (2002): „Associations between physical fitness and activity patterns during adolescence and cardiovascular risk factors in young adulthood: the Northern Ireland Young Hearts Project.” In: *International Journal of Sports Medicine*, 23 (suppl.). S22–S26.
6. Caspersen, C. J.–Powell, K. E.–Christenson, G. M. (1985): „Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research.” In: *Public Health Rep.* Mar–Apr; 100 (2): 126–131.
7. Chinn, S.–Rona, R. J. (2001): „Prevalence and trends in overweight and obesity in three cross-sectional studies of British children, 1974–94.” In: *BMJ*, 322:24–26.
8. De Onis, M.–Onyango, A. W.–Borghi, E.–Siyam, A.–Nishida, C.–Siekman, J., (2007): „Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents.” In: *Bulletin of the World Health Organization*, 85:660–667.
9. Dietz, W. H. (1994): „Critical periods in childhood for the development of obesity.” In: *American Journal of Clinical Nutrition*, 955–959.
10. Doak, C. M.–Visscher, T. L. S.–Renders, C. M.–Seidell, J. C. (2006): „The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes.” In: *Obesity Reviews*, 1: 111–136.
11. Dobbins, M.–De Corby, K.–Robeson, P.–Husson, H.–Tirilis, D. (2009): „School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6–18.” In: *Cochrane Database of Systematic Reviews 2009*, Issue 1.
12. Durnin, J. V. G. A. (1992): „Physical activity levels past and present.” In: Norgen, N. (szerk.): *Physical activity and health*. pp. 20–27. Cambridge: Cambridge University Press.
13. Frenkl, R. (2007): *Tények és trendek: a sporttudomány társadalmi felelőssége*. VI. Országos Sporttudományi Kongresszus. Kongresszusi Kötet I: 151–159. old.
14. Gémes, K. (2006): „Sport és életminőség.” In: Kopp, M.–Kovács, M. E. (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 167–180.
15. Hancox, R. J.–Milne, B. J.–Poulton, R. (2004): „Association between child and adolescent television viewing and adult health: a longitudinal birth cohort study.” In: *Lancet*, 364(9430):257–62.
16. Harris, K. C.–Kuramoto, L. K.–Schulzer, M.–Retallack, J. E. (2009): „Effect of school-based physical activity interventions on body mass index in children: a meta-analysis.” *CMAJ*, 180(7)719–726.
17. Hasselström, H.–Hansen, S. E.–Froberg, K.–Andersen, L. B. (2002): „Physical fitness and physical activity during adolescence as predictors of cardiovascular disease risk in young adulthood. Danish Youth and Sports Study.” An eight-year follow-up study. In: *Int. J. Sports Med.* 23 Suppl 1:S27–S31.
18. Kraus, W. E.–Houmard, J. A.–Duscha, B. D.–Knetzger K. J.–Wharton, M. B.–McCartney, J. S.–Bales, C. W.–Henes, S.–Samsa, G. P.–Otvos, J. D.–Kulkarni, K. R.–Slentz, C. A. (2002): „Effects of the amount and intensity of exercise on plasma lipoproteins.” In: *New England Journal of Medicine*, 347, 1483–1492.
19. Lakatos, P. (2005): „Az osteoporosis gyógyszeres kezelésének korszerű szemlélete.” In: *Hippocrates*, VII. évf. 2. sz.
20. Lefevre, J.–Philippaerts, R.–Delvaux, K.–Thomis, M.–Claessens, A. L.–Lysens, R.–Renson, R.–Vanden Eynde, B.–Vanreusel, B.–Beunen, G. (2002): „Relation Between Cardiovascular Risk Factors at Adult Age, and Physical Activity During Youth and Adulthood: The Leuven Longitudinal Study on Lifestyle, Fitness and Health.” In: *Int. J. Sports Med.* (23) Suppl 1: S32–S38.
21. Lobstein, T.–Frelut, M. L. (2003): „Prevalence of overweight among children in Europe.” In: *Obes. Rev.* 4:195–200.
22. Lohman, T. G. (1992): *Advances in body composition assessment*. Human Kinetics Publishers Inc., Champaign Illinois.
23. MacKelvie, K. J.–Khan, K. M.–McKay, H. A. (2002): „Is there a critical period for bone response to weight-bearing exercise in children and adolescents? A systematic review.” In: *British Journal of Sports Medicine*, 36: 250–257.
24. McCarthy, D. H.–Ellis, S. M.–Cole, T. J. (2003): „Central overweight and obesity in British youth aged 11–16 years: cross sectional surveys of waist circumference.” In: *BMJ*, 326:624.
25. McGill, H. C.–McMahan, A. C.–Herderick, E. E.–Malcom, G. T.–

- Tracy, R. E.–Strong, J. P. (2000): „Origin of atherosclerosis in childhood and adolescence.” In: *American Journal of Clinical Nutrition*, 72 (suppl.), 1307S-1315S.
26. Mészáros, J. (2004): „A testi fejlettség megítélése; az ifjúság fizikai állapota hazánkban.” In: Biróné (szerk.): *Sportpedagógia. Dialóg Campus Kiadó, Budapest–Pécs*.
27. Must, A.–Jacques, P. F.–Dallal, G. E.–Bajema, C. J.–Dietz, W. H. (1992): „Long-term morbidity and mortality of overweight adolescents: a follow-up study of the Harvard Growth Study of 1922 to 1935.” In: *New England Journal of Medicine*, 327:1350–1355.
28. Mutrie, N.–Parfitt, G. (1998): „Physical activity and its link with mental, social and moral health in young people.” In: *Young and Active? Young People and Health-enhancing Physical Activity: Evidence and Implications* (edited by Biddle, S. J. H.–Cavill, N.–Sallis, J. F.) London: Health Education Authority. pp. 49–68.
29. Nelson, M. C.–Gordon-Larsen, P. (2006): „Physical activity and sedentary behavior patterns associated with selected adolescent health risk behaviors.” In: *Pediatrics*, 117:1281–1290.
30. Nicklas, T. A.–von Duvillard, S. P.–Berenson, G.S. (2002): „Tracking of serum lipids and lipoproteins from childhood to dyslipidemia in adults: the Bogalusa Heart study.” In: *International Journal of Sports Medicine*, 23:532–538.
31. Pikó, B. (2002): *Egészségtudatosság serdülőkorban*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
32. Ralston, S. H. (1997): „Science, medicine and the future: osteoporosis.” In: *British Medical Journal*, 315:469–472.
33. Rác, K.–Andrejszky, H.–Farkas, P.–Hamar, P. (2006): „A testnevelés és a tanulmányi eredmények közötti összefüggés vizsgálata.” In: *Magyar Sporttudományi Szemle*, 7. évf. 26:23–26.
34. Rocchini, A. P. (2002): „Childhood obesity and a diabetes epidemic.” In: *New England Journal of Medicine*, 346:854–855.
35. Sallis, J. F.–Mckenzie, T. L.–Kolody, B.–Lewis, M.–Marshall, S.–Rosengard, P. (1999): „Effects of Health-Related Physical Education on Academic Achievement: Project SPARK.” In: *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 70(2):127–134.
36. Steinbeck, K. S. (2001): „The importance of physical activity in the prevention of overweight and obesity in childhood: a review and an opinion.” In: *Obesity reviews*, 2:117–130.
37. Tolfrey, K.–Jones, A. M.–Campbell, I. G. (2000): „The effect of aerobic exercise training on the lipid-lipoprotein profile of children and adolescents.” In: *Sports Medicine*, 29 (2): 99–112.
38. Twisk, J. W. R.–Kemper, H. C. G.–van Mechelen, W. (2002): The Relationship Between Physical Fitness and Physical Activity During Adolescence and Cardiovascular Disease Risk Factors at Adult Age. The Amsterdam Growth and Health Longitudinal Study
39. Wardle, J.–Brodersen, N. H.–Cole, T. J.–Jarvis, M. J.–Boniface, D. R. (2006): „Development of adiposity in adolescence: five year longitudinal study of an ethnically and socioeconomically diverse sample of people in Britain.” In: *BMJ*, doi:10.1136.
40. Whelton, S. P.–Chin, A.–Xin, X.–He, J. (2002): „Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials.” In: *Annals of Internal Medicine*, 136 (7), 493–503.
41. Williamson, D. A. és mtsi. (2007): „Wise-mind Project: A school-based environmental approach for preventing weight gain in children.” In: *Obesity*, 15:906–917.
42. Whitaker, R. C.–Wright, J. A.–Pepe, M. S.–Seidel, K. D.–Dietz, W. H. (1997): Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. In: *New England Journal of Medicine*, 337: 869–873.
43. WHO (2008): *2008–2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases*. Geneva.
44. Zsidegh, M. (2004): *Kövér és elhízott fiúk antropometriai és motorikus teljesítmény-jellemzői. Nemzetközi Összehasonlítás. Doktori Disszertáció*. Semmelweis Egyetem, Budapest.

JEGYZETEK

1. [http://www.who.int/topics/physical\\_activity/en/](http://www.who.int/topics/physical_activity/en/)
2. CVD = Cardiovascular Disease, magyarul: szív- és érrendszeri betegség.
3. Az egyik leghosszabb és legtöbb adattal rendelkező egészségkutatás a földön. Alapvető célja a szív- és vérkeringési megbetegedések

- megismerése. Segítségével több, mint 800 publikáció, négy tankönyv jött létre, és mintegy 16 ezer gyermek és felnőtt megfigyelése történt meg. <http://www.som.tulane.edu/cardiohealth/bog.html>
4. A lipoprotein egy koleszterinnel összefüggő vérszír.
  5. [http://www.who.int/growthref/who2007\\_bmi\\_for\\_age\\_field/en/index.html](http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age_field/en/index.html)



## Előzetes tájékoztatás a Férfiak Egészsége 7. Nemzetközi Kongresszusáról

„Férfiak Egészsége – hogyan tudunk megbirkózni a kihívásokkal?”

2010. október 28–30., Nizza

Prof. Dr. Métneki János

Országos Egészségfejlesztési Intézet; Pápai Páriz Egészségnevelési Országos Egyesület Férfiak Egészsége

Szakcsoportja

A Férfiak Egészségéért Nemzetközi Társaság 2010. október 28–30-án, Nizzában rendezi 7. Nemzetközi kongresszusát „Férfiak Egészsége – hogyan tudunk megbirkózni a kihívásokkal?” címmel. A kongresszus előzetes tájékoztatója szerint a tanácskozás a multidiszciplináris megközelítés során tudományos szintű tapasztalatcserére kíván lehetőséget teremteni a kardiológia, az endokrinológia, az urológia, az onkológia, a szexuális orvostan, a mentális egészség, az alapellátás, a közegészségügy, az oktatás, az idős kor és kapcsolódó témái területén. 16 téma részletesebb szempontjait is közli, amelyek az interneten a [www.wcmh.info](http://www.wcmh.info) címen találhatóak.

A kongresszus szervező irodájának e-mailcíme: [a.lederer@ismh.org](mailto:a.lederer@ismh.org)

Az abstractok megküldésének határideje: 2010. augusztus 15.

Az abstractokat a *Journal for Mens' Health* című nemzetközi folyóiratban leközlik és a legjobbakat különdíjban részesítik.

### 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 tájékoztatás az idei Nemzetközi Férfiak Egészsége Hete alkalmából rendezendő hazai tudományos konferenciáról**

**„A férfiak fizikai aktivitása és szerepe a rák megelőzésében”  
2010. június 16., Budapest**

Prof. Dr. Métneki János

Országos Egészségfejlesztési Intézet; Pápai Páriz Egészségnevelési Országos Egyesület Férfiak Egészsége  
Szakcsoportja

**I**mmár hetedik alkalommal rendezzük meg 2010. június 16-án a tudományos konferenciát „*A férfiak fizikai aktivitása és szerepe a rák megelőzésében*” címmel. A konferencia előadásai a sporthoz és testedzéshez, a kardiológiához, a pszichés és mentális egészséghez, a stresszhez, valamint a rákhoz kapcsolódó aktuális témákat tárgyalják a szakma kiemelkedő személyiségeinek előadásában.

*A konferencia rendezői:*

az Országos Egészségfejlesztési Intézet,  
a Pápai Páriz Egészségnevelési Országos Egyesület Férfiak Egészségéért Szakcsoportja,  
a Magyar Rákellenes Liga,  
a Budapest Főváros XVII. kerületi Önkormányzat Egészségnevelése.

*A konferencia helyszíne:*

Országos Tisztiorvosi Hivatal, Fodor József Nagyterem, Budapest, IX. Nagyvárad tér 2.  
A konferencián a részvétel ingyenes.

A pontszerző jelleg megkérése folyamatban van.  
A konferenciára az alap- és szakellátás orvosait, egészségügyi szakdolgozókat,  
valamint civil szervezetek munkatársait várjuk.

*Előzetes jelentkezés és meghívó igénylése:*  
csizmadia.peter@oeffi.antsz.hu

## A férfiak egészségéért 2009

Prof. Dr. Métényi János

Országos Egészségfejlesztési Intézet; Pápai Páriz Egészségnevelési Országos Egyesület Férfiak Egészsége  
Szakcsoportja

**A**z alábbiakban adjuk közzé a 2009. évi Férfiak Egészsége Hetéhez kapcsolódó egyik kiemelkedő esemény rövid összefoglalóját.

A Bayer Hungária Kft. Általános Medicina üzletága országos egészségügyi kampányt indított férfiaknak: Budapesten és több mint tíz nagyvárosban ipari parkok, nagyüzemek dolgozói számára szervezett éves vérnyomás-, vércukorszint-, koleszterinszint-mérésből, testtömegindex-meghatározásból (BMI) és urológiai konzultációból álló ingyenes szűrést. Az eddigi helyszíneken mintegy 1400-an éltek a lehetőséggel.

A kampányt felmérés kísérte. A már feldolgozott vizsgálati eredményekből kiderült, hogy a magas vérnyomás és az elhízás már a 40 éves korosztályt is fenyegeti. A szűrésben résztvevők több mint 60 százalékának volt magasabb a BMI-értéke a normálnál: 41 százalékuk túlsúlyos, 18 százalékuk mérsékelten, közel 5 százalékuk pedig súlyosan elhízott. Mindössze 23 százalékuk vérnyomása volt normális, 23 százalékuknál mérték emelkedett értéket, 40 százalékuknak volt I., 11 százalékuknak II. stádiumú magas vérnyomása.

Túl a kampány felén, több mint tíz helyszínnel a hátunk mögött örömmel látjuk, hogy a férfiak szívesen élnek az ingyenes lehetőséggel: a résztvevők 67 százaléka férfi volt.

Fontosnak tartjuk, hogy sok fiatal jön el, eddig több mint 50 százalékban 40 év alattiak kérték a vizsgálatokat. Ugyanakkor annak ellenére, hogy a programot alapvetően férfiaknak hirdettük meg, 33 százalékban nők is megragadták az alkalmat a szűrésre. A részvételi hajlandóságot növeli, hogy „házhoz visszük” az ingyenes vizsgálatokat. Szerencsére a munkaadók is együttműködnek, hiszen hosszú távon nekik is érdekük, hogy az esetleges betegségek időben kiderüljenek.

A vizsgálatok mellett, a szűrés minden résztvevője kapott egy tájékoztató füzetet, benne rövid ismertetővel az egyes betegségekről és kockázatokról. Amennyiben valakinél bármilyen kóros értéket mértek, javasolták, hogy forduljon szakorvoshoz.

A program egyben arra is felhívta a figyelmet, hogy az eredményes megelőzés és kezelés érdekében elengedhetetlen a komplex orvosi megközelítés és a társszakmák együttműködése.

# CONTENTS

## TRAININGS

- Health Promotion Roles/Tasks in the XXI<sup>th</sup> Century 2  
*Prof. Dr. Tamás Simon, Prof. Dr. Lajos Székely*
- Workplace Health Promotion in a Spirit of Quality III. 11  
*Edina Gábor, Judit Kiss*
- International Legislation about Alcohol and the Workplace 19  
*Dr. Gyula Szabó*

## SURVEYS

- Complex Screening Programme at the Kaposi Mór Teaching Hospital 25  
*Gabriella Ványi Szörényiné, Dr. Mariann Moizs*
- The Satisfaction with Life (SWLS), General and Subjective Well-being Survey among Health Visitor Students 29  
*Mónika Balogh, Dr. habil. Katalin Barabás*
- Health Promotion Project based on Peer Counseling at the University of Szeged, Faculty of Medicine 37  
*Virág Sárközy, Dr. habil. Katalin Barabás*
- Physical Activity and Health in Children and Adolescents 43  
*Tamás Csányi*

## CONFERENCES

- Information about 7<sup>th</sup> International Conference on Mens' Health 50  
*„Mens' Health – How to Cope With Challenges?”  
28–30<sup>th</sup> October 2010, Nizza*
- Information about International Mens' Health Week Conference 50  
*16<sup>th</sup> June 2010, Budapest*

## NEWS, INFORMATION

- Report about Mens' Health 2009 Programme 51  
*Prof. Dr. János Métneki*

### 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 töltsse 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