

Tartalom

TOVÁBBKÉPZÉS	
Egészség – fejlesztés – jólét	2
Vizsgálódás az újabb egészség-fogalmak körében – I. rész <i>Prof. Dr. Székely Lajos, Dr. Frans Vergeer</i>	
Fenntartható települési egészségtervek	12
<i>Szőke Katalin PhD</i>	
FELMÉRÉSEK	
Beszámoló a III. Közösen–Könnyebben Életmódváltó Munkahelyi Csapatverseny keretében végzett kérdőíves felmérésről 2009. október 21. – I. rész <i>Czeglédi Edit, Csizmadia Péter</i>	17
Felmérés a fiatal magyar nők körében a méhnyakrákról, szűréséről és a HPV-oltásról <i>Balla Bettina Claudia, Dobos Gábor</i>	22
RECENZÍÓ	
Hogyan lehet egészséget fejleszteni? Egészségfejlesztés – módszertani kézikönyv <i>Kis Bernadett</i>	25
DOHÁNYZÁSPREVENCIÓ	
„ <i>Számolj a füsttel!</i> ”	28
Beszámoló a Magyar Rákellenes Liga által meghirdetett dohányzásellenes matematikapályázatról <i>Bajorné Lobenwein Beáta</i>	
A dohányfüstmentesség lépcsőházi alapjogáért – avagy az élő szó ereje <i>Fekete György</i>	31
„ <i>Füstmentes fal</i> ”	33
A Magyar Rákellenes Liga pályázati felhívása	
KONFERENCIA	
„ <i>A férfiak fizikai aktivitása és szerepe a rák megelőzésében</i> ” Konferencia a „Férfiak Egészségének Nemzetközi Hete” alkalmából 2010. június 16., Budapest	34

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
Honlap: www.oeffi.hu

Kiadja:
az Országos Egészségfejlesztési Intézet.
Terjeszti:
előfizetésben a Magyar Posta Rt.
Hírlap Üzletága,
1080 Budapest, Orczy tér 1.
Előfizethető valamennyi postán,
a kézbesítőknél,
e-mailen: hirlapelofizetes@posta.hu,
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

Egészség – fejlesztés – jólét*

Vizsgálódás az újabb egészség-fogalmak körében – I. rész

Prof. Dr. Székely Lajos¹,
Dr. Frans Vergeer²

¹a Pápai Páriz Egészségnevelési Országos Egyesület elnökségi tagja

²Fontys Tanárképző Főiskola, Tilburg, Hollandia

I. Az „egészség” modern fogalma

Néhány újabb fogalom elemzésének időszerűsége

Korunkban a világ mind természetében, mind tudományos eredményeiben, mind társadalmi viszonyaiban minőségileg megváltozott. E változás következményeként a napjainkban használt fogalmak újabb tartalommal telítődtek, különösen azok, amelyek a tudományokkal, a technikai ismeretekkel, a kommunikációs és információs rendszerekkel kapcsolatosak.

Elemzésünk célja ezen egészségi fogalmak társadalmi vonatkozásokban való áttekintése.

1. Az „egészség” modern fogalma

Az „egészség” az ember életében a legnagyobb, mással nem pótolható, alapvető érték. A kérdés így merül fel: mit tartalmaz az „egészség” fogalma? A 18. század óta egyre gyakrabban vetődik fel az egészség fogalmának meghatározása. Az anatómiai-medicinális meghatározás mellett az „egészséges élet” fogalmában a *szociális tényezőket* csupán az utóbbi években vették számításba. Végül az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1946-ban tett közzé állásfoglalást az egészség-fogalom meghatározására: „Az egészség: a teljes testi, lelki és szociális jól-lét állapota, nem csupán a betegség és nyomorékság hiánya.”

1.1. A „modern” egészség-fogalom

Napjainkban a „globalizált világ” viszonyai közé kerültünk, amely a lakosság és a modern világ folyamatos kölcsönhatását és kölcsönös függését eredményezte. A globalizált társadalomban az információ, a tőke, a munkaerő, stb. az államhatárokon szabadon áramlik át. A sokoldalú tájékoztatás,

a szabad migráció és az ezzel együttjáró, változó környezeti hatások (klíma, technikai ellátottság, kulturális hatások) újabbnál újabb alapfeltételeket teremtenek az egészséges élethez. Ebben az életformában döntően az *oki kapcsolatok* (az ún. „*ha, akkor*”-logika) érvényesülnek, amelyek az egészség értelmezését is felülírják (csak *ha* a polgár ezt vagy azt teszi, *akkor* birtokolhatja az egészséget).

E változások következményeként ideje, hogy az „egészség” fogalmát felülvizsgáljuk. A WHO egészségről szóló definícióját nem elvetni, hanem szélesíteni, a jelenlegi életviszonyokhoz illeszteni kívánjuk. „Az egészséget maguk az emberek teremtik meg és élik át a mindennapi élet kulisszái között, amikor tanulnak, dolgoznak, játszanak, szeretkeznek.” (Ottawai Charta, 1986) Az e viszonyok között felmerülő kérdésre („*hogyan élhetünk egészségesen a globalizált világban?*”) csak újraértelmezett egészség-fogalommal lehet érdemben válaszolni.

1.1.1. Az „egészség” mint állapot

A WHO állásfoglalása szerint az *egészség fogalma*: (1) *létezési állapotot (status quo-t, fennálló helyzetet, egészséges létezés) jelöl, illetve (2) az egyed létezésének körülményeit (a fennálló szituációt, az életszükségletek kielégítését, a közérzetet) minősíti.* Mindkét meghatározás feltétele – legjobb esetben is – csupán az orvosilag definiált *betegség hiánya*, így az „egészség” a fiziológiailag standardizálható betegség hiányával válik azonossá, azaz: „*a testi viselkedés orvosi stigmatizációjaként jelenik meg.*” (Kickbusch, I.–Wenzel, E., 1981) E felfogás szerint az egészségügyi ellátás rendszere *tradicionálisan gyógyító jellegű* (gyógyításra beállított), ami azt jelzi, hogy az orvosi ellátás nem támaszkodik „multiszektorális” (több tudományágra kiterjedő) ok-keresésre, illetve: „teljeskörű”, összefüggő és egységes rendszert képező „személyiség”-vizsgálatra (ahogyan azt a WHO definíciója kijelöli). Más szóval: az orvosi ellátás *nem terjed ki az ember*

A tanulmány egy két részből álló cikksorozat első darabja. A második részt folyóiratunk 2010/4. lapszámában olvashatják.

* Az elhangzott előadás: *Gesondheid, Promitie, Welbevinden* (fordítás). „Een golidie organisatie waakt over welbevinden” (Tilburg, 2009.06.18.). *Een gemeenschappelijke publikatie van twee vrienden „Gesondheid, Promitie, Welbevinden”* (Monitoring welbevinden binnen een organisatie).

„teljes” biológiai, pszichikus és szociális struktúrájára, egészséges személyiség-rendszerére. A WHO-definíció az „egészséget” mint az orvostudomány speciális működési területét jeleníti meg, amely „általában” az egyes emberek egészségének fenntartására és annak visszaszerzésére irányul.

A WHO definíciója élesen szétválasztja az egészséges és a beteg-állapotot, közöttük nem tételez átmenetet. E felfogás szerint az egészséges állapot nem folyamat-jellegű (folyamatosan alakuló), hanem zárt, állapot-részekből, közérzeti részekből álló láncolat. Az egészség, „mint olyan”, természetes állapot, elvesztését csupán az orvosilag diagnosztizálható egészségi határérték hiánya jelzi.

1.1.2. Az egészség a „teljes” ember jellemzője

A WHO által definiált egészség-fogalom olyan állapotot jelöl, amely az ember „teljes” (testi, lelki és szociális) jólétére (*complete well-being*) vonatkozik. Ez a meghatározás „teljes embert”, azaz: létező (élő) személyt, fizikai, pszichikus és szociális tulajdonságokkal „kompletten” rendelkező lényt (*existens*) tételez, aki egyben élet- és munkafeltételeinek szervezője is. Az „ember” e definícióban mint „személyiség” jelenik meg, aki belső egységgé integrálja magában a biológiai, a pszichikus és a szociális alrendszereket. A belső „egység” mellett kapcsolat (kölcsonhatás) áll fenn a személyiségtényezők és a környezeti tényezők között is, amelyek az ember aktivitását táplálják, illetve amelyek személyes és társadalmi szükségleteinek kielégítését biztosítják. Így szemlélve a WHO-definíció az „egészség-fogalom” kétirányú teljességét tételezi: (1) az ember biológiai-pszichikus-szociális alrendszerei közötti elválaszthatatlan egységet, illetve (2) a személyiség és a környezeti hatótényezők (életfeltételek) közötti kölcsonhatást. Ez utóbbi esetben a változó világ hatásai (a globalizációs hatások, az információs hálózat, a munkaerőpiaci versenyhelyzet, a szabad költözés és turizmus, stb.) egymással is kölcsonhatásban állnak. Ennek következtében az „egészség” modern fogalmában a világ folyamatos változásának hatásait is szükséges figyelembe venni.

1.1.3. Az egészség több, mint a betegség hiánya

A WHO-definícióban jelentőségteljes az a kijelentés, hogy „az egészség nem csupán a betegség és nyomorékság hiánya”. Ez a meghatározás az ember „egészségének” értelmezéséhez a következő előfeltételeket támasztja:

(1) legyen ép, illetve tökéletes testének (szervezetének) biológiai működése,

(2) legyen mentes orvosilag meghatározott betegségek-től,

(3) aktuálisan ne legyen testi károsodása, akadályoztatása (pl. közlekedési baleset utáni helyzet, trauma, rosszullét, munkabaleset, terrortámadás, stb. miatt),

(4) ne rendelkezzen a standard fiziológiás értékektől való eltéréssel, vagy orvosilag megállapított fogyatékossgal (vaktság, siketség, bénaság, nyomorékság) még akkor sem, ha fogyatkozása képezhető).

E meghatározás szerint mindezek a jellemzők az „egészséges ember” fogalmakörében nem szerepelhetnek, azaz: „egészséges ember” nem szorul orvosi minősítésre.

Az utóbbi években az „egészség” előbbi negatív körülírása helyett az egészség pozitív ismérvekkel és interpretációval való értelmezése látott napvilágot. (Anderson, R., 1983) A pozitív értelmezésben az egészség aktuális állapotának ismérvei mellett megjelennek az akarati tulajdonságok jövőre vonatkozó követelményei is, pl. az eltökéltség, a felkészültség, a megvalósítási szándék, a szervezési készség, a kapcsolatalakítási és adaptációs készség, a felelősségvállalás, stb. Az „egészséges” életérzés magában foglalja az egyéni életfeltételek között kiválasztott és szervezett életvitel „élvezetét”, a kellemes vagy bosszantó tényezők elviselését. Az „egészség” tehát többet jelent a pillanatnyi „jól-lét” megélésénél, ugyanis magában foglalja még megbetegítő körülmények között is – az ember pozitív testi magatartását (egészségre törekvő viselkedését) is. Ez azt jelenti, hogy az egészséges ember, megfelelő külső (környezeti) és belső (szervezeti) feltételek esetén megbízható tartalékkal rendelkezik ahhoz, hogy ártalmas környezeti hatások, stressztényezők, fertőzésveszélyek közepette is egészséges maradjon, illetve valamely megbetegedést képes legyen gyorsabban átvészeln.

Az „egészség” és a „betegség” fogalmát az ember életére (létezésére) vonatkoztatva az életmód jellemzőjeként, meghatározó értéként fogadhatjuk el. Így lesz az „egészség” megkülönböztető jele és alkotóeleme a megelégedettség, az örömszerzés, az élvezet, az önmegvalósítás. (Badura, B. 1983). A „betegség”, amely meghatározott fiziológiás standard-értékektől való eltérést jelez, viszonylag egyértelmű természettudományos alapokon nyugszik; az „egészség” viszont nem természettudományos probléma, nem meghatározott viselkedést, nem meghatározott értéket jelöl, hanem olyan képességet (potenciált), amely a jövőbe nyúlik át (mint saját életfeltételeinkben rejlő, egészségünk fejlesztésére nyíló lehetőség). (Wenzel, E., 1986/S. 71.)

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által javasolt egészség-fogalom lényegi elemei az alábbiak:

– az egészség az ember objektív és szubjektív „jól-léti” (*well-being*) állapota (egészséges szituáció, „status quo”, helyzet, állapot),

– a betegség és nyomorékság hiánya (nem beteg-lét),

– a produktív élet előfeltétele (munkához szükséges erő, fittség, jó közérzet),

– az ember létezésének testi, lelki, szociális alkotóelemei (tényezői) kölcsonhatásban álló funkcionális egységet alkotnak (habár az alkotóelemek közötti kölcsonhatás ma még nem tisztázott).

A WHO-definíció alkalmazásának legnagyobb problémája az „egészség” és a „betegség” fogalmának merev szétválasztásában érhető tetten. A meghatározás ugyanis azt feltételezi, hogy az ember életében az egészséges és a beteg-létezés (*existencia*) kategorikusan elkülönül egymástól, azaz az ember vagy csak egészségesnek, vagy csak betegnek minősíthető. E hiányosságon túl a WHO-definíció azért sem minősíthető teljesnek, mert csak individuális létezési feltételekre van tekintettel, így a közösség egészsége,

tágabban: a *szociális, gazdasági, egészségügyi viszonyok*, a globalizáció elvárásai (feltételeinek teljesítése) figyelmen kívül maradnak.

1.2. Az egészség kompetencia-alapja

1.2.1. Ismeret és tevékenység az egészség-fogalomban

A WHO által előterjesztett egészség-fogalom tartalmához közvetlenül kapcsolódnak ismereti (tudásbeli), érdeklődési, képesség- és készségbeli, valamint érzelmi feltételek. Az „egészség” birtoklása ún. „kompetens személyiséget” feltételez, aki az egészség fenntartásához megfelelő ismeretekkel rendelkezik, képes azokat megvalósítani, és igyekszik is azokat szívesen és jól elvégezni. Kiolvasható a definícióból az is, hogy az „egészség” bizonyos *viselkedési állandóságot* (állhatatosságot) feltételez, az *egészség-fogalom ugyanis a jövőre is kitekint*, és ezzel az ember *meggyőződését* (ismereteit, érzelmi és akarati beállítódását) az egészséges létezés megvalósítására irányítja.

Az egészség-fogalomnak ez a *funkcióra irányuló* felfogása az egészségvédelem és egészségnevelés gyakorlatában jól alkalmazható, miután az „egészség” nem egyszerűen csupán *tulajdonságjelző* szerepet tölt be (pl. „egészséges vagy”), hanem *aktív indítást* is az „egészségesnek lenni” állapot eléréséhez. Az egészség – a kutatók szerint – „*folyamat-jelenség az aktív önmegvalósításhoz, a célirányos környezetváltoztatáshoz.*” (Erben, R.–Franzkowiak, P.–Wenzel, E., 1986/S. 71.). Ez a felfogás az egészség értékét a *tevékenységre* építi. Az egyén egészségének megítélésére *viselkedése* ad módot: aktív alkalmazkodó- és teljesítőképessége egyben a személy egészségének mutatója is. A tudatos és nem tudatos tevékenységek feltételezik, hogy a cselekvő belső ösztönzéséből (hajlamából, beállítódásából) eredően a végrehajtandó elképzelést (cél) törekszik elérni, illetve a célhoz vezető úton felmerülő akadályokat leküzdeni.

Ez az ún. „*funkcionális*” *egészségfelfogás* (amely szerint az egészség nem állapot, hanem *folyamat*) a bio-pszichikai energia felhasználásának *képességére*, és a nem kívánt akadályok *ésszerű leküzdésére* építkeznek. E felfogás szerint az egészség az egyén életcéljainak elérésére irányuló *aktivitást*, életpályája sikeres teljesülését, a napi jó közérzet megvalósulását biztosítja. Más szóval: *az egészséget nem elég csupán kívánni, óhajtani, de megvalósítására aktívan törekedni is szükséges*, hiszen: aki (orvosilag) nem beteg, az *automatikusan nem biztosan egészséges!*

A WHO egészség-definíciójában még egy tulajdonságjelző olvasható: a „*teljes jól-lét*” (*perfect well-being*) követelménye, azaz: a *teljes*, a rendszer minden alrendszerére érvényes külső és belső szükséglet kielégítettségének, „*jól-létének*” állapota.

(A magyar nyelvhasználatban a „*jólét*” anyagi *prosperitást* jelöl, ezért Prof. Simon Tamás (1998) javaslatára a „*jólét*” helyett: a „*jól-lét*” kifejezést alkalmazzuk.)

A „*jól-lét*” (*testi, lelki, társkapcsolati kielégítettség*) magyar nyelvben használatos fogalma magában foglalja

a személyes és *társadalmi szükségletek* kielégülését, a kielégülés lehetőségét, valamint tartalmazza a cselekvési célhoz vezető *motivumokat* (tartósan vagy átmenetileg). A „*jól-lét*” (azaz: „*jól érzem magam*”) élményének e motivációs hatása mellett *jelzőszerepe is van: jelzi* a külső és belső hatások által kiváltott *szubjektív megelégedettséget, illetve elégedetlenséget*, és képes (legalább a viszonylagos) hatások közötti egyensúly megteremtésére.

1.2.2. Azt érzelem, mint az egészségi állapot jelzője

Az ember egészségi állapotáról, közérzetéről az érzelmek adnak *jelzést* (kellemesnek vagy kellemetlennek minősítik az élethelyzetet), de egyben *irányító, ösztönző* hatást is kifejtenek. A WHO egészség-definíciójában lefektetett „*jól-lét*” (közérzet) fogalma részben az egészség *jelző szerepére* utal (a kellemes vagy kellemetlen tapasztalatokra), részben pedig a „*jól-lét*” *irányító szerepét* hangsúlyozza (a testi funkciók megváltozásával és az érzelmek külső kifejezésével). Ritkán hangsúlyozzuk, hogy az egészség az embernek nem csupán alaptulajdonsága, de az egészséggel kapcsolatos pozitív, vagy negatív *élménye* is. Az egészséges életérzés (jó közérzet) az ember domináns érzelmi állapota, a személyiség emocionális alaptulajdonsága. *Az egészség pozitív érzéseit mutatja* az öröm, a jókedv, a kiegyensúlyozottság, az érdeklődés, a megelégedettség, a szerelem; míg az egészség veszélyeztetettségét, vagy hiányát jelző *negatív érzelmek jelei* a fájdalom, a szenvedés, a félelem, a szorongás, az elégedetlenség, stb.

Az egészségi állapot pozitív érzelmi oldala biztonságérzést és kiegyensúlyozottságot tartalmaz, amelyet a WHO-definíció így jellemez: „*az egészség a teljes jól-lét állapota*”, azaz a testi, lelki, társkapcsolati jellemzők együttesének *jól-léte*, életérzeteinek összessége. Tartalma szerint a „*jól-lét*” igen sokoldalú *érzetminőség is*, amely különböző természetes (biológiai, pszichikus) és szociális szükségletek kielégítettségének szintjét jelzi.

Az egészséges lét – az érzelmek oldaláról szemlélve – jelentős hatással van az *emberi kapcsolatokra*. Bizonyítható, hogy az egészség az emberi együttélésre, együttműködésre, kölcsönös segítségnyújtásra érzelmi befolyásoló tényezőként hat. A *negatív* biológiai érzelmi állapotok (vitális, organikus érzetek: fájdalom, éhség, szomjúság, fáradtság, undor, stb.), a kellemetlen pszichikus viszonyok (pl. stressz, erőszak, kirekesztettség, stb.), a barátságtalan társkapcsolatok (pl. segítség elmulasztása) – egyértelműen jelzik, hogy az *egészségi lét (egészségesnek lenni) egyben érzelmi tényező is*.

1.2.3. Az egészség veszélyeztetettségének előrejelzése

A WHO-definíció az egészségi és a betegségi állapot között jelentős különbséget tesz: „*az egészség nem csupán a betegség és nyomorékság hiánya*”. Ebben a kijelentésben a legbiztosabb pont: a *testi betegség*, miután a biológiai beteg-

ségi állapot orvosi mérésekkel és különböző vizsgálatokkal (pl. vérnyomás-, vércukormérés, röntgen, laborvizsgálat, stb.) megállapítható. Ugyanakkor azonban a lelki zavarok, a stressz, a depresszió, az érzelmi és a kimerültségből fakadó, a munkateljesítménybeli, valamint az alvászavarok nem tartoznak a WHO-definíció által kijelölt hiányok közé.

Globalizált viszonyok között azonban egyre több olyan megterhelés ér bennünket, amely megbetegedést okozhat. Az alkalmazkodás napjainkban már *egyes betegségek előjeleként* jelentkezhet (pl. a számítógép-használatból származó károsodások: izomfájdalom, látászavar, alvászavar; mozgásszegénység, a sport túlhajszolása, a különféle napi stresszhelyzetek, a diétadivat, a nem ellenőrzött fogyókúra, a drogfogyasztás, stb.). Ezek az „előjelek” még nem jelennek orvosiilag diagnosztizált megbetegedéseket, mégis *fenyegető hatásuk miatt* nem jellemezhetők „egészséges állapotnak” (éppen a személy és a környezete kölcsönhatása miatt), hanem mint a *globalizációs betegségek előjelei* különnek előrejelzést.

A WHO definíciója szerint az egészség feltétele az egyén „teljes jól-léte” (bio-pszicho-szociális közérzete). A globalizáció körülményei között *újabb, eddig nem jelentkező, specifikus alkotóelemek* kerültek az egészségi „teljes jól-lét” fogalmába. Ilyen specifikus tényezőként hat pl. az egyre szélesedő biológiai, orvostudományi információ, az egészségi önvizsgáló, önellenőrző és öngyógyító lehetőségek terjedése, a pszichikus túlterhelés megelőzését szolgáló tréningek, az egészséges táplálkozást ösztönző akciók, a világ elszennyződését megakadályozó mozgalmak, stb. Az új globalizációs feltételek:

- szélesítik az emberek saját egészségüket érintő orientációját (tájékozódását, eligazodását, felvilágosultságát) (*egészségi információ*),
- kitágítják az egészség fenntartásának és fejlesztésének lehetőségét és képességét, megtanítják azok mindennapos használatát (*egészségnevelés*),
- erősítik (vagy károsítják) a fizikai és pszichés felkészültséget az új életpályára, a civilizációs betegségek megelőzésére (*egészségfejlesztés*),
- gyakran érzik szükségesnek orvosi, mentálhigiénés, szociális segítség igénybevételét, a megelőző akciókban való részvételt (*egészségvédelem*),
- az egyéneket személyközi kapcsolatok (szociális képességek) megszervezésére készítetik (*egészségi autonómia, az egészség jogi és szociális feltételeinek kieszközlése, befolyás gyakorlása*).

1.2.4. Az egészség a teljesítőképeség biztosítója

Az ember egészséges létezéséhez szükséges képessége feltételezi az egészségre vonatkozó *ismeretek*, a megvalósítást célul tűző *akarati* és a kivitelezéshez szükséges *képesség* (együttes nevén: *készség*) megszerzését. A WHO által előterjesztett egészség-fogalom szükségszerűen az előző követelményekkel bővül, nem tekinti az egészséget az ember életében (létezésében) nem „statusnak” (állapotnak), *hanem*

akarati tevékenységhez is kapcsolódó folyamatnak tekinti, amely az egyéni és az embertársi (testi, lelki, társkapcsolati) jól-létet, közérzetet megvalósítja, illetve ennek megvalósítására törekszik.

Az „egészséghez” az embernek megfelelő „*képességgel*” (potenciállal) kell rendelkeznie, ilyen pl. az embernek a környezethez való *alkalmazkodási képessége*, vagy az élet- és hivatásbeli funkcióihoz (szerepéhez) nélkülözhetetlen *teljesítőképesége*. Napjaink *újabb egészségvédő akciói* segítik az ember képességének fejlesztését, „egészségi magatartásnak” karbantartását, amit pl. az alábbiak is jeleznek:

- biztosított a testi fejlődés állandó ellenőrzése és regisztrálása (ellenőrző vizsgálatok, védőoltások, szűrővizsgálatok),
- a balesetek és a baleseti halálozások megelőzését törvényi szabályozás segíti,
- a foglalkozással élők fejlesztését és alkalmazkodásukat, társadalmi beilleszkedésüket gyermek- és felnőttprogramok segítik,
- tömeges, alternatív egészségfejlesztő programok segítik az egészségfejlesztést és buzdítanak részvételre (edzési program, táplálkozási tanácsadás szervezése, egészségnevelési akciók, stb.).

Különösen a *foglalkozással élők egészségi megítélésével* kapcsolatosan változott a közmegítélés. A WHO-definícióval ellentétben – amely szerint az egészség a betegség és nyomorékság hiányával azonos – a *foglalkozással élők* (érzékszervi, mozgásszervi, értelmi fogyatékosok) napjaink feltételei között *nem minősülnek feltétlenül „betegnek”*. Ha egy foglalkozással rendelkező személy – amennyire lehet – alkalmassá válik hiányzó képességének kiegészítésére, illetve más képességeinek fejlesztésére, képes a beilleszkedésre, *nem „nyomoréknak”, hanem „egészségre törekvőnek” minősül*, és teljes értékű, „egészséges” életéhez (és valamely hivatás teljesítéséhez) a társadalomtól vár el és kaphat segítséget.

Napjaink globalizációs viszonyai között az egészséges létezés mindinkább *felelősségteljes akarati tevékenységekre épül*, amelyek az egészséges létet, mint az emberi törekvés célját biztosítják. Más szóval: az „egészség” csak akkor valósulhat meg, ha az ember megfelelő *tudással, képességgel* és *megvalósítási szándékkal* rendelkezik a „jól-lét” (közérzet) feltételeinek teljesítésére. Az „egészség” feltételeinek teljesítése csak akkor valósítható meg, ha az ember *önként és tudatosan* végrehajtja az alábbi magatartási elemeket:

- a tevékenységek megválasztásánál mindig az egészség megtartását jelöli ki elsődleges céljául,
- készen áll a testi, lelki egészségre vonatkozó legfőbb ismeretek megszerzésére és alkalmazására,
- mérlegeli és elfogadja a lehetőségeket,
- elsajátítja az egészségfejlesztéshez nélkülözhetetlen képességeket, gyakorlati tennivalókat,
- készen áll kompetenciáját (tudását, képességét, akarati törekvését, értékelését) – hosszú távon is – az egészséges életvitelhez igazítani, és az egészségkárosítást megelőzni (elkerülni).

Nyitva maradt az a kérdés, hogy az egészség megvalósul-

hat-e akarati tevékenység nélkül, vagy nem teljesen tudatosan, vagyis: lehetünk-e nem tudatosan is egészségesek? A kérdés megválaszolásához gondoljuk meg, hogy az ember, mint bio-pszicho-szociális (egységet alkotó) lény, mint személyiség *különböző oldalról* minősíthető egészségesnek, illetve károsítottnak. A *szervi egészség* a modern vizsgáló technikákkal igen konkrétan körülírható, megállapítható, a szervi funkciók diagnosztikájában az akarati tényező nem jön számításba. A *lelki és a társkapcsolati egészség* diagnosztizálásának érvényességi határai ennél lényegesen szűkebbek, a saját megállapítások és a szakértői diagnózisok nem feltétlenül fedik egymást. A nem-organikus egészség kialakulásában, fenntartásában – kimutathatóan – *jelentős szerep jut a tudatos törekvésnek* (annak, hogy a személy tudja és akarva szívesen teljesíti életfeladatát), de felismerhetőek benne az emberi létezés nem tudatos elemei (biomechanizmusai) is. Az előzőkre való tekintettel a gyakorlati egészségnevelés domináns felfogása szerint: a növendékeket *érdeklődő, tudatos, megvalósításra kész és képes egészségvédelemre* szükséges nevelni.

1.3. Egészség a globalizált világban

A globalizációs folyamat átmeneti periódusában élünk. A gazdasági, társadalmi változások, az informatika térhódítása, a határokon átnyúló, egyre nagyobb mértékű migráció *egészségügyi változásokat* is hoznak magukkal. A „globalizáció” elnevezés alatt itt az egyre szélesedő nemzetközi kapcsolatokat emeljük ki. A digitális forradalom befolyásolja a kommunikációs és adatátviteli technológiát, a világkereskedelem és a munkaerőpiac liberalizációját. Újabbnál-újabb kommunikációs technológiák kötik össze a világot, amelyek állandó személyi kapcsolatokat teremtenek a világ különböző pontjai között, ezzel exponenciálisan megszorodnak a határokat átlépő kommunikációs folyamatok. Így a jövőben az egészség védelmére, megtartására, fejlesztésére vonatkozó ismeretek megszerzésének lehetőségei is megnövekednek.

A globalizációs folyamat felgyorsította a migrációt, amely nincs tekintettel arra, hogy a szokásokból, az életmódból, a higiénés viszonyokból eredően milyen *egészségi veszélyek* várnak az átköltözőkre.

A természeti katasztrófák (áradások, földrengések), a globális gázkibocsájtás, a levegőszennyezés és sok más tényező is érezteti egészségveszélyeztető hatását. A világban számos népcsoport él háborús veszélyben, sokan veszítik el értelmetlenül életüket, s a hátramaradottak nyomorékként élnek tovább. E sorscsepások mellett veszélyeztetik az emberiséget a terrorizmus, s az emberiség már átélte az atomtámadás rombolását is. A környezeti kilátások az egészség oldaláról szemlélve tehát nem megnyugtatóak.

A műszaki újítások: a villamosítás, a műanyagipar, az atom- és hadiipar gyors előretörése, a közlekedéstechnika fejlődése egyrészt megkönnyítik mindennapjainkat, másrészt veszélyeztetik az emberiség életét és egészségét. A bekövetkező balesetek számának emelkedésével párhuzamosan *növekszik* a sérültek, csonkoltak, nyomorékok száma, akik egyik percről a másikra válnak rokkanttá.

A rizikómagatartásúak csoportjába egyre több olyan „egészséges” személy sorolható, aki a közlekedés, a munkavégzés vagy otthoni szabadidős tevékenysége közben sérül meg és válik rokkanttá. A veszélyeztetettek számát az ún. „civilizációs betegségek” (idegesség, félelem, depresszió) is növelik.

A globalizációnak – mindezek mellett – jelentős értéke is van, a jóléti társadalom ugyanis gazdagabb életet, jobb életfeltételeket biztosít polgárai számára. Azonban a növekvő jólét és a kulturális különbségek áthangolják a polgárok táplálkozási szokásait, az egészségtelenül táplálkozók száma egyre növekszik, s ezzel párhuzamosan (népbetegségként) emelkedik a patológiás kövérek (*obesitas*) száma. Némely gyógyszer a szabad kereskedelemben is beszerezhető, az öngyógyítás (orvosi ellenőrzés nélkül is), mint mindennapos tevékenység elfogadott. Az élvezeti szerek széleskörűen terjednek, hasonlóan növekszik az ún. ezoterikus segítségnyújtás, és egyre többen vannak, akik a természetgyógyászat eszköztárából önmagukban (orvosi terápia nélkül) alkalmazzák.

A testmozgás a globalizált világban fordított viszonyban áll a gazdasági jóléttel: a mozgás, a torna, a sport visszaszorul, a mozgásszegény életmód viszont több betegség (szív- és érrendszeri betegségek, neurózis, civilizációs betegségek) kiváltó okaként szerepel. A fiatalok körében viszont terjed a testdíszítés divatja, a szabadidőbeli testépítés, a fitness, az aerobic, a teremkerékpározás (spinning) és más újszerű edzőprogramok.

Felmérések utalnak arra, hogy az emberi kapcsolatok mindinkább individualizálódnak, a közösségi tevékenységek (szomszédsági, baráti együttműködés, szórakozás) visszaszorulnak, csökkenni látszik a szexuális kapcsolatokért vállalt felelősség. A családi élet bensősége veszít tartósságából: viszonylag sok házasságot bontanak fel, igen sok gyermek szorul állami gondoskodásra, nevelésre. Az elkülönítő (szegregáló) és intoleráns nevelési-oktatási gyakorlat és szociális rendszer elmélyíti a faji és a szociokulturális különbségeket a többségben és kisebbségben élők, illetve a fiatalok és felnőttek között.

2. Az egészség elősegítése: „egészségfejlesztés”

Ha az egészséget *életjelenségként* értelmezzük, úgy az egészséget lehet megvédeni, előmozdítani, fejleszteni, illetve veszélyeztetni, elveszíteni. Az egészség mint *érték* megtartása, fejlesztése, veszélyeztetésének elkerülése az ember alapvető feladata.

Az „egészségfejlesztés” elnevezés két tagszóból áll: az „egészség” és a „fejlesztés” (elősegítés) kifejezésekből. Az „egészség” – amint azt az előzőkben elemeztük – az ember (mint személyiség) testi, lelki, szociális létezési állapotát jelzi. A „fejlesztés”, *elősegítés (promóció)* kifejezés pedig megvalósulást, előmozdítást, fenntartást, illetve aktív előmozdítást, gyarapítást jelent. (Az egészség birtoklásával kapcsolatban a magyar nyelvben több kifejezés található: egészségvédelem, egészség-felvilágosítás,

egészségnevelés, egészségtámogatás, egészségfejlesztés. Értekezésünkben a nemzetközileg használatos „*health promotion*”, egészségfejlesztés fogalmát alkalmazzuk.)

A WHO meghatározása szerint az „egészség” egy élethelyzetre vonatkozó, tartós jellegű (stacioner), általános fogalom, amit a meghatározás így ír körül: „Az „egészség” univerzális fogalom, amely csak *általánosként* írható le, ezért az egyes személyekkel (individuumokkal) kapcsolatban aligha használható (hiszen mindenkinél másként jelenik meg). Az egészség az ember nélkülözhetetlen erőforrásának minősül, nem életstílust, hanem olyan pozitív koncepciót jelent, amely a személyes társadalmi életfeltételeket és a testi (fizikai) teljesítőképességet hangsúlyozza. (WHO, 1984) Ennek megfelelően az „egészség” fogalma a legáltalánosabban az *egyén tulajdonságaira* (közérzetére, teljesítőképességére) vonatkozik. Az egészséges lét konkrét életfeltételek között (pl. meghatározott klímaviszonyok, életmód, szociális-kulturális viszonyok, stb. között) valósul meg, az emberi életszükségletek egyéni kielégítése keretében. A szükségletek kielégítése egyben olyan aktív törekvés is, amely a társadalom követelményeinek megfelelően célirányos tevékenységgé fejlődik.

Más szóval: megkülönböztethető az *általános egészségfogalom*, és annak konkrét megvalósulása (reális volta): *a személyes (egészségi) létezés*. A konkrét egészség megvalósulásához az ember az egészségvédelem (prevenció), az egészségfenntartás (promóció), illetve a gyógyítás (kuráció) útján juthat el.

A WHO meghatározásában szereplő egészség-fogalom emberi „*magatartásra*” utal, amely mint aktív *funkció* (folyamat, tevékenység) az alkalmazkodó- és teljesítőképességre, egyben az élet elviselhető megvalósítására irányul. „Az egészség azt jelzi, hogy az egyén, illetve valamely csoport mily mértékben képes *törekvéseit megvalósítani és kielégíteni*.” (WHO, 1984)

Az utóbbi években az egészség értelmezésében paradigmaváltás zajlott le: az „egészség” fogalma dinamikus felfogást nyert, amely szerint az egészség nem állapotot (statust, szituációt), hanem olyan *dinamikus potenciált (energialehetőséget), képességet* jelöl, amely a személyiség életműködésének karbantartását és fejlesztését biztosítja. Ebből a szempontból az „egészség” *jövőre irányuló hatókört* (dimenziót) is tartalmaz: biztosítja a jelenben és a jövőben a *személyiség aktív* alkalmazkodó- és teljesítőképességét, továbbá a testi és lelki személyiségtényezők közötti, valamint az ember és a külvilág közötti egyensúly fenntartását.

2.1. Szemléletváltás: a betegség hiánya helyett egészséges létezés

Az egészség *több, mint a betegség hiánya* – amint ezt a WHO definíciója (1946) az ember alapjogaként lefektette. Napjainkban – több mint fél évszázad után –, az orvostudomány nagyléptékű fejlődése ellenére, a WHO eme egészségfogalmát a medicina nehezen fogadja be. A jóléti társadalmakban, amilyen a hazai társadalom is, az orvostudomány egyre újabb kihívásokkal áll szemben, ugyanakkor soha nem

látott kínálat is jelentkezik az egészségre vonatkozó információk és szaksegítség oldaláról. A lakosság életkilátásai egyre javulnak, az embereknek egyre fontosabb, hogy remélt életútjukat jól tudják kihasználni.

2.2. Szemléletváltás: egészségi kompetencia

Az egészség-fogalom újabb értelmező magyarázata szakít a WHO-definíció felfogásával és (a betegséghiánnyal ellentétben) az új értelmezésben az „egészséget” *alapfogalomként*, mint az *aktivitásra való képesség (alapképesség) birtoklását* állítja előtérbe. A szemléletváltás abban ragadható meg, hogy *nem egészségi helyzetről, hanem egészségfenntartásról, -megőrzésről, arra való képességről és aktív megvalósításról (kompetenciáról) van szó*.

Valamely tevékenységben a „*kompetencia*” azt jelenti, hogy a személy: (1) az adott helyzet, feladat megoldásához szükséges *ismereteket (tudást)* birtokolja, (2) a cselekvés megszervezéséhez szükséges *készséggel (érdeklődéssel) és képességgel (készenléttel)* rendelkezik, (3) továbbá a megvalósítást célzó érzelmi-akarati, viselkedésbeli *beállítottság (attitűd, készenlét)* birtokában van. (Más szóval: a kompetens személy *ismeri* a kitűzött tevékenységet, *képes* annak megvalósítására, és azt szívesen és jól *akarja* elvégezni.) Az egészségre vonatkozó tudás, érdeklődés, képesség és készenlét között nyilvánvalóan *sokoldalú kölcsönhatás* áll fenn, amint azt pl. a „*Health Belief Model*” (egészség-elképzelési minta) is igazolja. A modell szükségesnek tételezi az egészséget veszélyeztető alapvető ismereteket, a betegségek fellépésének valószínűségére vonatkozó tapasztalatok felhasználását. (Antonowsky, A.: *Salutogenese*, 1997)

Az egészséget érintő „*kulcskompetencia*” követelménye így fogalmazható meg: *akarj és tudj egészségesen élni!* Ez a megfogalmazás azt foglalja magában, hogy az egészség *az ember alapképessége* (meglévő alapenergiája), amely arra irányul, hogy a személy a globalizáció körülményei között is képes legyen a világpiac követelményeinek megfelelni, azaz: általános (alapvető) és szakmai „*képességeket*” birtokolni. Tartalmilag az „*egészségi kompetencia*” az egészséges életmód iránti érdeklődést és motivációt, valamint az egészségmegtartásra, az egészségfejlesztésre vonatkozó tevékenységek, gyakorlati jártasságok (rutinok) megszerzését és elfogadását foglalja magában.

A világpiac munkaerőversenye az egészség fenntartásához *az ún. „alapképességek”* birtoklását igényli (pl. a kommunikációs képességet, az informatika alkalmazását, a logikai gondolkodást, az egészséges életvitelt, a kábítószerek használatának elvetését, a szociális érzékenységet, a kiegyensúlyozott szexuális kapcsolatot, stb.). Az emberek kognitív kultúrája a különféle információs ajánlatok és a tömegkommunikáció alapján egyre tágul. Az egészséges ember törekszik megismeri a modern egészség tudomány eredményeit – többek között a szervezet-környezet viszonyát, a baleseti előfordulásokat, az egészséges életvezetést, az élet- és munkafeltételek egészségvédő alakítását, az elsődleges és másodlagos prevenció legfőbb lépéseit. Az ipari társadalomban előforduló stresszhelyzetek a polgár-

roktól *problémamegoldó* képességet és készséget igényelnek. E követelmények ellenében hat napjainkban a tudományos ismeretek inflációja, az egészség értékjellegének csökkenése, a tömegkommunikációs eszközök egészséget kedvezőtlenül befolyásoló hatása.

2.3. Szemléletváltás: autonómia az egészségmagatartásban

Az „*autonómia*” szó, etimológiai szempontból, két tagszóból áll: a görög „*autos*” (önmaga) és „*nomos*” (törvény, jog, alapelv) szavakból, így az „autonómia” etimológiai alapjelentése: *önrendelkezés, önállóság, öniszervezés, öntörvényalkotás, szabadság, függetlenség, öntudat*. (Ebben az értelemben használják az európai kisebbségek pl. a „területi autonómia”, a „nemzetiségi autonómia”, a „közigazgatási autonómia” fogalmát.) Az autonómia *emberi alapjog*, amelyre minden emberi közösségben tekintettel kell lenni. Kérdés azonban az, hogyan működik az egészség fenntartásában, fejlesztésében az öniszervező függetlenség, az *autonómia*?

2.3.1. Az „autonómia” fogalmának tartalmi elemei

Az „autonómia” részben egyedi, részben közösségi jellegű fogalom. Az egyedi (perszonális) autonómia nem csupán azon a tényen nyugszik, hogy minden ember maga rendelkezik saját teste (organizmusa) felett, és így minden embernek *saját joga* van egészségét megőrizni, fenntartani, védeni (vagy az ellenkezőjét tenni). Az életre és az egészségre vonatkozó *önálló döntés* határait sok tényező jelöli ki (így pl. az egészségügyi törvény, a tudomány, a politika, a vallás, a szociális intézményrendszer, a népi szokások, stb.). Az életéről és az egészségről szóló önálló döntés határainak kijelöléséről széles körű társadalmi vita folyik, az orvoslásban máig nincs élesen definiált döntés a szabadság határáról.

Az egyedi autonómia, a személyes szabadság az egyén alapjoga, szabad döntése, önrendelkezése, amely olyan mértékben érvényesül, amilyen mértékben az egyén döntései nem állnak fizikai vagy pszichikai kényszer alatt. Emellett – általános értelemben – az autonómia-fogalom tartalmazza az egyén képességének birtoklását az „*élet egésze*” felett, azaz: életvitele *szabad, önálló, kényszermentes* irányítása felett.

2.3.2. Az „autonómia” pedagógiai jellemzői

Ha az autonómia jellemzőit a tanulóifjúság körében vizsgáljuk, szükséges a tanulók önállóságra való törekvését a szabadság iskolai feltételei közé helyezni, áttekinteni (1) az oktatási anyag, (2) az óravezetés, (3) a szakmai gyakorlat és (4) a szabadidős rendezvények „szabadságkereteit”. Az egészséges, „*autonómnak*” minősített tanuló élettevékenységei, tanulása, szórakozása, társkapcsolatai során, egyre szélesedő mértékben az alábbi *alapvető autonóm egészségvédő jellegzetességekkel* rendelkeznek:

- az életben felhasználható egészségvédő ismeretek birtoklása, az információk fogadására való készség,
- az aktuális egészségfejlesztő ismeretek (információk, gyakorlati minták) megszerzése, önálló döntés az „egészségesebb” megoldás választása mellett,
- a fizikai/mentális képesség megszerzése a társadalmilag értékes célmegítéléshez és célkitűzéshez (a karrier egészségvédő feltételeire való felkészülés),
- a cél eléréséhez (a karrierhez, az edzettséghez) szükséges motiváció (érdeklődés, szándék) és beállítódás (vélemény, készenlét, kitartás) kialakítása,
- a készségek és képességek megszerzése és beépítése az életvitelbe, életmód-alakításba,
- a sikervágy és az eredményesség megítélése (önértékelés); a szomatikus, pszichés és szociális „jól-lét”: a kiegyensúlyozott közérzet, jó hangulat fenntartása. (Székely, L., 2005/a)

Ha a fenti jellegzetességeket az „autonóm személyiség” jellemzőiként fogadjuk el, kitűnik, hogy az „autonómia” karakterisztikája több szempontból fedi a „kompetencia” fogalomterületét. A „kompetencia” fogalmának pedagógiai értelmezése (tudás, készség, képesség, praktikus potenciál) a globalizációs tényezők változása miatt az oktatásban célkategóriává vált, és magában foglalja a tanulók autonómiára való törekvését is.

2.4. Szemléletváltás: egészségi érdekérvényesítés

Az egészség *érték*, amely a társadalom bázisára építkezik, a társadalom minden tagját érint. Az egészséges élet lehetőségeit a *társadalmi feltételek* biztosítják. Ennek alapján az egészség *szociális kategóriaként* is értelmezhető, hiszen a szocializációs folyamat *alappját és feltételeit* az egészség képezi. Az egészségi kompetencia szociáldemagógiai ismeretjegyei (Anderson, H., 1983 szerint) az alábbiak lehetnek: az embertársi kapcsolatok *létesítésének képessége*, a közösségi szükségletek *kifejezésének képessége*, a személyes izoláció *elkerülése*, a szociális környezetben (lakókörzet, munkahely, egyesület) az egészségfejlesztő viszonyok *kialakításában való részvétel*, valamint az egészségfejlesztéssel kapcsolatos (személyes vagy közösségi) *érdekek kijárása*.

„Kijáró képességgel” (*empowerment*) azokat a stratégiákat (intézkedéseket), eljárásmodokat jelöljük, amelyek arra szolgálnak, hogy a mindennapok során a személy önrendelkezésének mértékét emeljék, azért, hogy egy másik személy kompetenciáját önhatalmúan, öntudatosan és felelősségteljesen érvényre juttassa. A „kijáró képesség” egyben jelzi az egészségmegőrzésre való illetékes magragadását, valamint az ember egészségének „hivatásos” támogatását is.

A globalizált világban az embereknek szükségszerűen szorosabb kapcsolatban kell egymással együttműködniük. Az egészség – szubjektív tartalma mellett – „*tér-idő dimenziót*” is tartalmaz, így *saját, speciális életteret és megadott időtartamot* (amilyen az életkor, a képzés ideje, a családalapítás, a karrier sikerének területe). (Wenzel, E., 1986/S. 71)

Mind az egyéni egészséget, mind a közérzetet csak

az egyén és környezet kölcsönhatásában lehet értelmezni. Globalizált viszonyok között a környezet nem csupán a természetes környezetet foglalja magában, hanem a gazdasági, társadalmi, szociális, kulturális viszonyokat is, pl. társas érintkezés a munkában, emberi kapcsolatok a szerelemben, hitbeli együttműködés a vallásban stb. Az ember az anyagi, tudományos, technikai és szociális környezet alanyaként él, és „egészsége azt célozza, hogy az emberek a szociális és gazdasági környezetben nagyobb mértékben váljanak a kölcsönkapcsolatok alakítójává, és ezzel jobban képessé váljanak egészségük megerősítésére.” (Ottawai Charta, WHO, 1986/S. 5)

2.5. Szemléletváltás: integrációs egészségi szemlélet

Az „integráció” fogalma eredeti tartalma „beilleszkedést”, „beolvasztást” ölel fel, illetve napjainkban Európa országainak és népeinek gazdasági és politikai egységét (Európai Unió) és kollektív döntését jelenti. Az *oktatásban* az „integráció” a különböző tantárgyak oktatási anyagainak egybevetését, a *neveléstudományban* az „együtt-nevelést” (integratív nevelést) jelenti, szemben az „elkülönítő” neveléssel-oktatással (izoláció, szegregáció). Az „integráció” az *egészségtudományban* az ember azon alapjogához tartozik, amely az életbiztonságot és az egészséget minden embernek, minden megkülönböztetés nélkül biztosítja. Az *egészséges magatartás* együttműködő és segítő beállítódást, motiváltságot, attitűdöt (az egészségesebb választására való készenlétet, szándékot) és „kijárási készséget” (mások érdekeit védő eljáró képességet, „empowerment”) tartalmaz.

2.6. A segítő személyzet igénybevétele

Az ember életében, interakcióinak megvalósítása során, számtalan mennyiségi és minőségi akadály merülhet fel (pl. stressz, sérülés, betegség, életveszély, stb.), amely az optimális teljesítést, valamint az aktív alkalmazkodóképességet hátráltatja, és testi-lelki (pszichoszomatikus) zavarokat okoz. Az interakciók akadályai közben a személy segítségére lehetnek a *segítő személyek*, akik pl. a mozgáskorlátozottaknak, érzékszervi fogyatékosoknak segítenek, vagy felkészítenek a veszélyek elkerülésére (egészségi információ, egészségnevelés, tréning, stb. segítségével). Ismételjük, hogy az egészségnek a jövőre vonatkozó dimenziója is jelentős, ezért lényegi alkotóeleme a *jövőre való felkészülés* (készenlét, érdeklődés, szándék) és a segítség elfogadása. Ilyen segítség az egészség fenntartásában:

- a szülők és nevelők segítségének figyelembevétele,
- az egészségvédő szakszolgáltatások igénybevétele a probléma jelentkezésekor,
- az orvosi, egészségvédelmi, valamint a mozgásra, a táplálkozásra, stb. vonatkozó instrukciók teljesítése,
- az ún. *szalutogenetikus* (a patogenetikus medicinnal ellentétes) felfogás beépítése az életmódalakítás-

ba („betegség elleni harc” helyett „egészségfejlesztés”). (Antonowsky, A., 1979)

2.7. Nem specifikus egészségi panaszok megelőzése

A globalizált társadalomban a felhalmozódó előnyök mellett egyre több környezeti ártalom, testi, lelki, társadalmi zavaró tényező lép fel az egészség megőrzésével, fejlesztésével szemben. Az újabb életfeltételek, lakásviszonyok, munkalehetőségek, utazási (letelepedési) lehetőségek, nemzetközi informatikai kapcsolatok, stb. újabb magatartási követelményeket állítanak az egészség megőrzése elé. A megváltozott nem specifikus *magatartási standardok* (elvárt, átlagos követelmények) azt jelzik, hogy az „egészség” fogalma a globalizált világban *egyre táguló tartalmat*: a jövőbeli élet sikerére, a karrierre, a megelégedettségére (*well-being*) kiható *kompetenciát* takar. Az „egészség” várható, újabb jellemzőit a globalizáció „kényszeríti ki” a jövő polgáráról, és sikeres életviteléhez testi edzettséget, egészséges táplálkozást, foglalkozási egészségvédelmet, értő és megértő emberi kapcsolatokat, mentálhigiénés edzettséget, környezetvédő „készenlétet” és a jövőért vállalt felelősséget követel.

Összefoglalás

A globalizáció társadalmi, gazdasági változásainak következményeként az egészség fogalmának tartalmi elemeiben, az egészség megvédésének kérdésében és a közérzet (*well-being*) mutatóiban is jelentős változás következett be. A tanulmány sorra veszi az egészségfejlesztéshez kapcsolódó fogalmakat, ezeket – a globalizációs változásoknak megfelelően – átértelmezi. Tudományelméleti szempontból vizsgálja a modern egészség-fogalmat, az egészségfejlesztést és a hozzá kapcsolódó autonómia és jól-lét fogalmát. *Maslow* nyomán részletezi az emberi szükségletek kielégítésének szintjeit, mint az egészséges létezés és jól-lét követelményeit. Bizonyítja, hogy a jólét és az egészségre való törekvés az egyén és a társadalom elégedettségének mutatója.

Summary

Due to the economic and social changes of Globalisation occurred significant changes in the component of Health concept, as in the matter of health protection and indexes of wellbeing too. This essay demonstrates the concepts of health development one after another, and expound according to the (changes of) globalisation. In this work we scientifically (academically) analyze the modern Health concept, the health development and attaching autonomy and wellbeing concept. The authors according to Maslow's works specialize the levels of the gratification of human needs, as the requirements of health promotion and wellbeing. We confirm that the wellbeing and effort for health is a social and individual indicator of satisfaction.

(Gesundheit, Förderung, Wohlbefinden) Betrachtungen über neuen Gesundheitsbegriffen

Nach den Konsequenzen der gesellschaftlichen, ökonomischen Veränderungen der Globalisierung, sind auch die Inhaltselemente vom Begriff Gesundheit, Gesundheitsförderung und auch vom Wohlbefinden signifikant verändert. In der Abhandlung werden die Begriffe, die zur Gesundheitsförderung gehören aufgeführt, und nach der

Forderungen der Veränderungen der Globalisierung neu interpretiert. Nachwissenschaftstheoretischem Gesichtspunkt werden die Begriffe Gesundheit, Gesundheitsförderung, Autonomie, Wohlbefinden erforscht. Nach Maslow wird die Hierarchie der menschlichen Bedürfnissen und deren Befriedigungen interpretiert, als Postulat der Gesundheit und des Wohlbefindens. Es wird demonstriert, dass sich das Wohlbefinden und die Förderung zum Gesundsein, als Anzeiger der Zufriedenheit der Individuen und der Gesellschaft erweist.

IRODALOM

- Atkinson, R. L. et al. (1996): *Pszichológia*. Osiris, Budapest
- Abholz, H. (1982): *Risikofaktorenmedizin. Konzept und Kontroverse*. de Gayer, Berlin/New York
- Alderfer, C. P. (1972): *Existence, Relatedness, and Growth; Human Needs in Organizational Settings*. Free Press, New York
- Allport, G. W. (1961): *Pattern and Growth in Personality*. Holt, Rinehart and Winston Inc., New York
- Anderson, R. (1983): *Health Promotion*. (WHO Regional Off. for Eur. HED/HPR)
- Antonovsky, A. (1997): *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit*. DGVT-Verlag, Tübingen
- Badura, B. (1983): *Perspektiven sozialwissenschaftlicher Gesundheitsforschung*. München/Wien, S. 1–8.
- Baier, H. (1982): *Pflicht zur Gesundheit?* Vieweg & Sohn, Braunschweig/Wiesbaden
- Beck, U. (1997): *Was ist Globalisierung?* Shurkamp, Frankfurt/Main
- Becker, K.–Franzkowiak, P. (1982): *Gesundheitsorientierte Selbsthilfe als soziale Aktion*. de Gruyter, Berlin/New Berlin/New York
- Berufsgenossenschaft (2005): *Wohl fühlen am Arbeitsplatz*. Universum Verlagsanstalt, Wiesbaden
- Cattell, R. B. (1952): *Factor Analysis*. Harper, New York
- Erben, R.–Franzkowiak, P.–Wenzel, E. (1986): „Die Ökologie des Körpers, Konzeptionelle Überlegungen zur Gesundheitsförderung.“ (In: Wenzel, E.: *Die Ökologie des Körpers*. 14–121. S.)
- Franzkowiak, P. (1983): *Risikoverhalten. Vorgänge*. Vol. 22., Nr. 64–65.
- Genkova, P. (1978/a): *Erfolg durch Schlüsselqualifikation?* Lengerich, Berlin
- Genkova, P. (1978/b): *Lernen und Entwicklung im globalen Kontext*. Lengerich/Berlin
- Goble, Fr. (1970): *The Third Force. The Psychology of Abraham Maslow*. Adult
- Göpel, E.–Hölling, G. (2001): *Gesundheit gemeinsam gestalten*. Mabuse Verlag, Frankfurt/Main
- Gubinsky, G.–Hidebrand, H.–Schulz, M. (1982): *Projekt Gesundheit*. Widersprüche, Heft 4–5.
- Hagendoorn, H. (2007): *When Ways of Life Collide. Multiculturalism and its Discontents in the Netherlands*. University Press
- Handbuch der Globalisierung*. (<http://www.handbuchderglobalisierung.de/>)
- Heeg, F. J.–Beinhold, F.–Bubel, S. (2004): *Lust und Arbeit*. (Was muss ich tun, was müssen andere für mich tun und was müssen ich und die anderen gemeinsam tun, damit Arbeit Spaß macht. 3. Auflage.) Bundesanstalt, Dortmund
- Kickbusch, I.–Wenzel, E. (1981): *Risikoverhalten – die alltägliche Gesundheitsbewegung*. (In: Forum für Medizin und Gesundheitspolitik. Heft 17, 31–39. S.)
- Metall, I. G. (2003): *Gesundheit schützen und fördern*. 3. Auflage, Frankfurt
- Leary, T. (1993): *Neurologic*. Löhrbach
- Maslow, A. H. (1943/a): „A Theory of Human Motivation.“ In: *Psychological Review*, 50./370. u.a.
- Maslow, A. H. (1954/b): *Motivation and personality*. Harper, New York
- Maslow, A. H. (1971/c): *Farther Reaches of Human Nature*. New York (posthum veröffentlicht)
- Moreno, J. L. (1951): *Sociometry, Experimental Method and the Science of Society*. New York
- OECD, 2006 (Organisation for Economic Co-operation and Development): *PISA 2006 (Programme for International Student Assessment)*. Paris
- Olten, W. (1979): *Die Dritte Kraft. A. H. Maslows Beitrag zu einer Psychologie seelischer Gesundheit*.
- Osgood, C. E.–Suci, G. J. (1955): „Factor analysis of meaning.“ In: *Journal experimental Psychology*, 1955/50.
- Parsons, T. (1967): *Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas*. Köln/Berlin, S. 57–87.
- Parson, T.–Shils, E. A. (1954): *Toward a General Theory of Action*. Köln
- Poiesz, Th. B. C.–van Raaij, E. M.–Fred, W. (2004): *Marketing Strategie und Konsumverhalten in het marktonderzoek – 2004 Markt Onderzoek Associatie* (S. 183–.)
- Poiesz, Th. B. C.–de Bont, C. J. P. M. (1995): „Do We Need Involvement to Understand Consumer Behavior?“ In: *Advances in Consumer Research*, 22, S. 448–452.
- Schleiter, A. (2005): „Glück, Freude, Wohlbefinden – welche Rolle spielt das Lernen?“ (Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage unter Erwachsenen in Deutschland.) Gütersloch (www.bertelsmann-stiftung.de)
- Schmidbauer, W. (1982): *In Körper zuhause*. Fischer Verlag, Frankfurt/Main
- Simon, T. (1998): *Regeln der gesunden Lebensweisen*. (Magyarul: „Az egészséges életmód szabályai.“ In: *Egészségnevelés*, 1998/236.)
- Simon, T.–Székely, L.–Vergeer, F. (2007): *Neubestimmung vom Begriff Gesundheit*. (Magyarul: „Az »egészség« fogalmának újraértelmezése.“ In: *Egészségfejlesztés*, 2007/4. és 2008/1.)
- Székely, L. (2005/a): *Gesundheitspädagogik*. (Magyarul: *Egészségpedagógia. Komplex egészségi és környezeti nevelés óvodában.*) EON, Budapest
- Székely, L. (2008/b): *MAGISZTER – Gesundheitserzieherische Vorbereitung zur Globalisation*. (Magyarul: *Magiszter. Globalizációra felkészítő egészségnevelés.*) EON, Budapest,

- Székely, L. (2008/c): *Erziehungsprogramm für Kindergesundheitsschutz*. (Magyarul: *Gyermkegészségügyi nevelő program*.) EON, Budapest
- Teegen, F. (1983): *Ganzheitliche Gesundheit*. Reinbeck Verlag, Hamburg
- Vavrik, J. (2004): *Globalisierung. (Schriftenreihe)*. Bundeszentrale für Politische Bildung, Bonn
- Waidfeld, J. M. (2005): *Wachstum, der Irrtum. Wohlstand, eine gesellschaftliche Betrachtung*. Fischer & Fischer, Medien AG, Frankfurt
- Wenzel, E. (1986): *Die Ökologie des Körpers*. Surkamp, Berlin
- Vergeer, F. J. (1989/a): *Een gezonde uitdaging (Gezondheidseducatie in het basisonderwijs)*. Uitgeverij Zwijsen b.v. Tilburg. (Gesundheitliche Herausforderung)
- Vergeer, F. J.–Leeuwe, J. (2002/b): *Vom Begriff Wohlbefinden in Gesundheitserziehung*. (Magyarul: „A jól-lét fogalma az egészségnevelésben.” *Egészségnevelés*, 2002/43.)
- Vergeer, F. J. (2005/c): *Die Wirkung des angenehmen schulischen Wohlbefindens auf aktives Lernen der Schüler; Vortrag: Schulisches Wohlbefinden und aktive Arbeitsformen*. Budapest, 2005) Magyarul: „Az iskolai jó közérzet hatása az aktív tanulásra.” *Budapesti Népegészségügy*, 2005/3., 230–236. old.
- WHO, World Health Organisation, Regional Office for Europe (1982): „Perspectives of the WHO Regional Office for Europe: Health Promotion and lifestyles.” (In: *International Journal for Health Education*, Vol. 1., Nr. 3/4.)
- WHO (1983): *Lifestyles and their impact on health*. Copenhagen (EUR/RC 33)
- WHO (1986): *Ottawa-Charta: „Gesundheit für alle” bis zum Jahr 2000 und darüber hinaus*. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung, Ottawa
- Wilson, C. (1972): *New Pathways in Psychology. (Maslow and the Post-Freudian Revolution.)* Gollancz
- Wittig-Goetz, U. (2009): *Wohlbefinden – ein neuer Gesundheitsbegriff*. (ergo-online®-Wohlbefinden)
- Zimbardo, Ph. G. (1999): *Psychologie*. (7. neu übers. und bearb. Aufl.) Springer, Berlin

Fenntartható települési egészségtervek

Szóke Katalin PhD hallgató

Pécsi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar,
Interdiszciplináris Doktori Iskola, Politikatudományi program

Az egészségfejlesztés színterei: „egészséges” települések

Az uniós pályázati programok kapcsán egyre többet hallunk települési, kistérségi egészségtervekről. A *Társadalmi Megújulás Operatív Programban* meghirdetett „Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok” pályázatnak fontos eleme a települési, munkahelyi egészségtervek elkészítése.

Az egészségterv azonban nem újkeletű kezdeményezés. Az ENSZ Egészségügyi Világszervezete (WHO) 25 éve hirdette meg új népegészségügyi programját az Ottawában megrendezett első nemzetközi egészségfejlesztési konferencián. A konferencia kiindulási pontjául az „Egészséget mindenkinek” című egészségpolitikai dokumentum szolgált, amely túllépett az egészségügyi ellátás keretein; az egészségügyi szolgáltatókat újraorientálta, az egészségmegőrzéssel, egészségneveléssel kapcsolatos tevékenységeket tág társadalmi kontextusba helyezte. A konferencia fő üzenetében az egészségért végzendő interszektoriális¹ cselekvés kialakítása állt: „Az egészséget a politikát alakítók napirendjére tűzi valamennyi ágazatban és valamennyi szinten, tudatosítva bennük, hogy döntéseiknek az egészségre nézve milyen következményei lehetnek, és elfogadva velük az egészségért való felelősségüket.”²

Az egészségfejlesztési szakirodalom alapművének számító *Ottawai Charta* az ágazatok közötti együttműködés fontossága mellett rámutatott a színterek („settings”) alapvető szerepére is, vagyis arra, hogy az emberek magatartását, életmódját a legjobb hatékonysággal ott alakíthatjuk, ahol életük valóban zajlik. „Az egészség nem célja, hanem erőforrása a mindennapi életnek” – hirdeti a *Charta*.

A színterekben való gondolkodás Magyarországon is húsz évre tekint vissza. A nyolcvanas évek végén, az *Egészséges Városok programban* (amelyet a WHO indított és támogatott) néhány európai város vállalkozott először arra, hogy az „Egészséget Mindenkinék” stratégiát a települések szintjén is kipróbálja. A programok alapját az ún. városi egészségképek és az erre épülő egészségtervek adták.

Magyarországon³ elsőként Pécs csatlakozott, majd néhány megyeszékhely (Győr, Békéscsaba) és kisebb város követte a kezdeményezést. Az *Egészséges Városok program* az önkor-

mányzatokon, illetve az önkormányzati döntéshozók elkötelezettségén alapul. A programalkotók abból indultak ki, hogy a településen lakók egészségének megőrzéséhez szükséges feltételeket alapvetően a helyi közigazgatás által hozott döntések határozzák meg. A program alapja, hogy a résztvevő városok döntéshozói tudatosan kívánnak tenni a lakosok egészségének megőrzéséért, ezért a város anyagi forrásainak bizonyos hányadát prevenciós tevékenységre fordítják.

Az *Egészséges Városok program* mellett az 1990-es évek második felében egy kistérségi fókuszú, közösségi részvételre építő kezdeményezés is elindult: a *Községi egészségterv program*. A *Soros Alapítvány* pályázati programjának neve egyben egy új fogalom bevezetését is jelentette Magyarországon.⁴

A kisvárosok⁵ érdeklődése nyomán a program az elkövetkező években kibővült és *Települési egészségterv (közösségi alapú települési egészségterv)* néven folytatódott, így a községekkel azonos lélekszámú városoknak is pályázhattak. Az *Egészséges Városok program* keretében megvalósított egészségtervektől a községi vagy közösségi alapú egészségterv abban különbözik, hogy az – a közösség méretéből is adódóan – a közösség tagjainak valós bevonásán alapul mind a tervezés, mind a megvalósítás során.

Közösségi alapú települési egészségtervek

A települési egészségterv a közösségi részvételre és az ágazatok együttműködésére épülő tervezési folyamat, amelynek fő célja az adott településen élő emberek egészségi állapotának javítása az élet minőségét befolyásoló tényezők változtatásával. A települési egészségterv a helyi szükségletekre épül és helyi forrásokra és kompetenciákra épített életmód-modelleket kínál a közösség tagjai, illetve döntéshozói számára. Az egészségtervek fenntarthatóságának alapja a közösségi támogatottság, az egészségterv-folyamat minden fázisának nyilvánossága. A közösség tagjait aktívan bevonó tervezési-megvalósítási folyamat során és eredményeként olyan társadalmi gyakorlat alakul ki, amely a korábbi paternalista megközelítés helyett a közösségi részvétel új formáit ösztönzi. A közösségi alapú települési egészségterv olyan demokráciafejlesztési folyamat, amelynek középpontjában az egészség megőrzése áll.⁶

Kistélepülési egészségterv-programok Magyarországon

A *Községi egészségterv-program* 1998-ban, a *Soros Alapítvány* egészségügyi rendszerfejlesztési programcsoportjának részeként indult. Távlati célja az emberek életminőségének és egészségének javítása, közvetlen, rövid távú célja pedig az, hogy a programok tervezése és megvalósítása során olyan gyakorlat alakuljon ki, amely a közösség tagjainak bevonásával az aktív közreműködés lehetőségét teremti meg. A községi egészségterv készítésének módszertanát a *Fact Intézet* szakmai vezetői dolgozták ki. A pályázat kidolgozói és kiírói⁷ arra ösztönözték a településeket, hogy a helyi problémák megoldására irányuló cselekvési programok megvalósítása során a szokásostól eltérő megközelítést, új módszereket alkalmazzanak. A program öt éve során 537 községi, kisvárosi egészségterv készült el, összesen 238 település kapott anyagi támogatást.

Az *Egészségügyi Minisztérium*, illetve háttérintézete, az *Országos Egészségfejlesztési Intézet (OEFI)* továbbítte a programot és a *Nemzeti Népegészségügyi Program* keretében 2003 és 2006 között évente hirdettek pályázatot. A pályázók köre sajnos szűkült, mert ezúttal civil szervezetek nem kaphattak lehetőséget a pályázat koordinálására; csak önkormányzatok és kistérségi társulások pályázhattak. A program az előző öt év gyakorlatára támaszkodott, de nagy hangsúlyt fektetett a projektírási készségek elsajátítására és az egészségfejlesztési technikák átadására is. A program új elnevezése (*Települési Egészségfejlesztési Terv*) is jól mutatja a hangsúlyok eltolódását. A pályázati folyamat – az államigazgatás működésének anomáliáit és lassúságát tükrözve – sokkal lassúbb és kevésbé rugalmas volt az előzőeknél. Eredmény azonban, hogy számos új község lépett az egészségtervvel rendelkező települések körébe, és egy kistérségi kezdeményezés is további lendületet kapott.

2005-ben az *Egészséges Településekért Alapítvány* revitalizálta a közösségi alapú települési egészségterv-programot. A hangsúlyt az új települések bevonására fektette, azzal a céllal, hogy 2010-re a kistélepülések⁸ minél nagyobb hányada rendelkezzen egészségtervvel. A partnerséget, együttműködést szorgalmazó pályázat már nemcsak egy-egy településnek, hanem település csoportoknak is kínált támogatást közös programok megvalósítására, a közös tervezés révén pedig térségi jövőkép, stratégia kialakítására. Az együttműködés ösztönzésének célja a települések és a mikrotérségek jobb erőforrás-kihasználása volt. A települések közös pályázatainak finanszírozásával arra sarkallta a közösségek tagjait, hogy az átalakulóban lévő kistérségi intézményi rendszerekkel párhuzamosan alakítsák és erősítsék a „civil hálózatokat”, amelyekben az emberek megtalálják cselekvési lehetőségeiket és a hagyományokhoz, helyi tapasztalatokhoz kapcsolódó közösségi megoldások módjait.

Az *Egészséges Településekért Alapítvány* pályázataihoz hasonlóan két másik civil szervezet, a *Tegyünk Egészségünk Színvonaláért Alapítvány*, valamint az *Egészségporta Egyesület* is kiírt pályázatokat egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok megvalósítására, kistérségi

népegészségügyi modellprogramok létrehozására. 2008-ban újabb nonprofit szervezet, a *Béres Alapítvány* döntött arról, hogy támogatást nyújt az 5-10 ezer fős településeknek.

Az elmúlt tíz év során több száz magyarországi kistélepülés készítette el és valósítja meg egészségtervét. Az egészségterv készítésének módszertanát ma már számos felsőoktatási intézményben⁹ oktatják. A témakörben jegyzetek, módszertani füzetek, szakdolgozatok készültek.

Az egészségterv-program sikere abban fogalmazható meg, hogy olyan elméleti kereteket és gyakorlati fogódzókat nyújt a közösségeknek, amelyekre támaszkodva a közösség tagjai autonóm, ezért hiteles döntéseket tudnak hozni és helyi szükségletekre alapozott reális cselekvési programokat képesek megvalósítani (*Füzesi, Tistyán, Szőke 2008*).

Egészségfejlesztési színtér-programok a kormányzati politikában

A civil törekvésekkel párhuzamosan az elmúlt két évtizedben a kormányzati politikában több ízben megjelent a közösségi szükségletekre épülő, egészségközpontú, multiszektorális egészségpolitika kialakításának igénye. Maga a gyakorlat – amelyben a döntéshozók az egészségügyön kívüli területeken hozott döntéseikben is figyelembe veszik a lakosság egészségi állapotára gyakorolt hatásokat – azonban még nem alakult ki. Az egészséget támogató környezet és közpolitika pedig egyelőre csak néhány, egészségfejlesztéssel foglalkozó szakember és települési döntéshozó jövőképében jelenik meg. A lakosság egészségi állapotával foglalkozó kormányzati elemzések és az azokra épülő népegészségügyi programok általában a kormányzati ciklusok végén készülnek el, ezeket jellemzően a következő kormányok nem viszik tovább, hanem új programot dolgoznak ki. Ez azt is jelenti, hogy a népegészségügyi programok sohasem kapnak kellő figyelmet, s finanszírozást (*Orosz, 2001*).

Talán az *Egészség Évtizedének Nemzeti Népegészségügyi Programja* kivétel, legalábbis a program megalkotásának idejét és elfogadottságát tekintve. A programot 2003-ban Országgyűlési Határozattal fogadták el, és a jóváhagyást valóban széles körű társadalmi egyeztetés előzte meg. A népegészségügyi program „*Egészséget támogató társadalmi környezet kialakítása*” című fejezetében elsőként emeli ki a települési szintet, mint közösségi színteret. A dokumentum szerint „*az egészség megjelenítése a településfejlesztési tervekben, és helyi egészségtervek készítése alkalmas eszközök arra, hogy az önkormányzatok a rendelkezésükre álló forrásokat az egészség érdekében is mozgósítsák*”.

De vajon mi készítené az önkormányzatokat arra, hogy az egészséget támogató helyi politikát napirendjükre tűzzék? Miért lenne fontos a helyi döntéshozóknak, hogy elkészült egészségtervüket évről-évre frissítsék, a változó szükségletekhez igazítsák, és egyúttal olyan helyi tervezési folyamatokat tartsanak fenn, amelynek középpontjában az egészség a rendezőelv?

Fenntarthatóság: közösségi támogatottság vs. jogszabályi kényszer

1998 és 2008 között döntően a települési önkormányzatok készítették az egészségterveket, a polgármesteri hivatalok vagy önkormányzati intézmények szervezték a cselekvési programokat. A *Soros Alapítvány* egészségtervekkel foglalkozó pályázati időszakában (1998 és 2002 között) a pályázók körének 66%-a volt települési önkormányzat és csaknem 25%-a civil szervezet. Az *Egészséges Településekért Alapítványnál* az önkormányzatok aránya 72%-ra, majd a következő évben 80%-ra emelkedett (*Lencsés, Szőke 2009*). Az *Egészségügyi Minisztérium* pályázatain már kizárólag önkormányzatok vehettek részt.

Az elmúlt tíz év tapasztalatai és a megkérdezett helyi döntéshozók véleménye alapján¹⁰ a vizsgálatba bevont településeken emelkedett a közösség tagjainak részvétele egy-egy közösségi pályázat megvalósításában, egyes esetekben előkészítésében is. A lakosok hatékonyabban érvényesítik érdekeiket, azonban a közösségi alapú tervezési folyamatok nem váltak helyi gyakorlattá. A közösség tagjainak elvárása legfeljebb egy-egy helyi program (egészségterv keretében elindított falunap, egészségklub, közös mozgásprogramok, stb.) „kikényszerítésére” elegendő, az igény a közös gondolkodásra, a tervezésre nem általános.

Ahhoz, hogy a települések évről-évre frissítsék egészségtervüket, vagyis az egészségterv stratégiai tervezési folyamata újra és újra ismétlődjön, a pályázati összegek elnyerésének lehetősége fontos motivációs eszköz. Amennyiben a komplex egészségtervezési folyamatot a szereplők csak az ismételt megnyíló pályázati keretek „fogságában” tudják fenntartani, felmerül a kérdés, érdemes-e újabb és újabb támogató szereplőnek – legyen az az állam vagy bármely filantróp szervezet – „mesterségesen” meghosszabbítani a támogatási ciklust. Az *Új Magyarország Fejlesztési Terv* keretében megnyíló uniós források¹¹ újratermelhetik e függést, ráadásul annak bürokratikus folyamata szinte kizárja a lakossági részvételt, s ezzel a fenntarthatóság legfontosabb elemét szünteti meg.

Az egészségterv készítése és megvalósítása illeszkedik ahhoz az alkotmányos joghoz, amely szerint: „*a Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez*”.¹² Az *Alkotmányon* kívül számos törvény (pl. egészségügyi, környezetvédelmi) segítheti az egészségtervek készítésének útját, amelyet az önkormányzatok – ha gyakrabban élnek jogaikkal – helyi rendeletekkel is támogathatnak, hiszen a helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi törvény (*ötv.*) nagy szabadságot, széles felelősségi kört adott a településeknek.

Az *ötv.* az önkormányzatok kötelező feladatainak felsorolásán kívül¹³ nem határozza meg a közszolgáltatások fogalmát, sem az egyes feladatkörök tartalmát, mélységét. A települési önkormányzat kötelező feladatain túl tehát saját maga határozhatja meg hogy a feladatok közül melyeket lát el, milyen eszközökkel, milyen mértékben és milyen módon.

A törvény a települési önkormányzatok feladatai között sorolja fel az *egészséges életmód közösségi feltételeinek elősegítését*, valamint az egészségügyi és szociális ellátás

biztosítását, azonban a kötelezően ellátandó feladatok közé csak az utóbbiakat helyezi. A feladat konkrét tartalmának törvényi megfogalmazása vagy más iránymutatás hiányában az önkormányzatok nagy része az egészségmegőrzés feladatait kizárólag államigazgatási (hatósági) kérdésként közelíti meg, és egyenlőségi jelet tesz a helyi egészségpolitika és az egészségügyi ellátás közé. Ugyancsak problematikus, hogy azt elkülönülten kezeli a többi területtől, így sem a döntéshozók gondolkodásában, sem a stratégiai dokumentumokban (pl. településfejlesztési koncepció, környezetvédelmi program) nem kapcsolódik össze más ágazati politikákkal,¹⁴ holott mindkét vonatkozásban nagy tere lehetne az önkormányzatok helyi „policy-formáló” szerepének.

Az önkormányzati törvény mellett még egy olyan ágazati törvény érdemel figyelmet, amely a település egészségének fejlesztésére vonatkozik, és amelyben a legutóbbi módosítás nyomán az egészségmegőrzés is helyet kap. Az épített környezet alakításáról és védelméről szóló törvény¹⁵ 2006. évi módosításával a településfejlesztési koncepció karakteresebben jelenik meg; már nemcsak a településrendezési terveket alapozza meg, hanem alapvetően településpolitikai dokumentum, amely a társadalmi és a gazdasági alapokon túl leginkább a környezeti szempontokra és az intézményrendszerre figyel. A törvény szövegébe belekerült az *érintett lakosság életkörülményeinek, értékrendjének vizsgálata* is. Az új előírás szerint e körülményeket nem csupán vizsgálni kell, hanem minimális mértéket is felállított a jogalkotó: „*A településrendezés során figyelemmel kell lenni arra, hogy a rendezés végrehajtásával bekövetkező változások az érintett lakosság életkörülményeiben, értékrendjében és szociális helyzetében hátrányos körülményekkel ne járjanak. Ennek érdekében biztosítani kell a területek a közérdeknek megfelelő felhasználását a jogos magánérdekekre tekintettel, az emberhez méltó környezet folyamatos alakítását, értékeinek védelmét.*” A törvény szerint a stratégiai tervezés folyamata során biztosítani kell a nyilvánosságot és a széleskörű egyeztetés lépcsőit. Ezzel pedig visszajutunk a közösségi támogatottsághoz, amely ezúttal már nem pályázati igényként, hanem az európai uniós normák szerinti törvényi elvárásaként fogalmazódik meg.

Összefoglalva, a kormányzati szándék, a törvények és jogszabályok szabta előírások segíthetik az egészségtervek működését, de azok fenntarthatóságát csak a helyi forrásokra és kompetenciákra épülő közös tervezés és cselekvés teremti meg. A jó egészségterv-folyamat egyúttal közösségi, társadalmi mozgalom is, amelyben a lakosság felismeri saját problémáit, képes arra, hogy ezeket a problémákat kezelje, és a maga eszközeivel járul hozzá a közösség életminőségének javításához. A települési önkormányzatok katalizátorai lehetnek e folyamatnak, ha felismerik, hogy az egészségterv nemcsak egy pályázati lehetőség a sok közül, hanem hosszú távú, a közösségbe való befektetés.

Összefoglalás

A települési egészségterv a közösségi részvétellel és az ágazatok együttműködésére épülő tervezési folyamat, amelynek fő célja az adott településen élő emberek egészségi állapotának

javítása az élet minőségét befolyásoló tényezők változtatásával. A közösségi (községi és kisvárosi) egészségterv program Magyarországon több mint tíz évre tekint vissza. A civil kezdeményezés néhány év múltán a kormányzati politika szintjére került, és jelenleg az *Új Magyarország Fejlesztési Terv* egészségfejlesztési programjának integráns részét képezi. Az egészségtervek elkészítésében az önkormányzatok kulcsszerepet játszanak. Az egészséget támogató helyi közpolitika kialakítása, valamint az egészségtervek fenntarthatósága a helyi közösség tagjainak széles körű bevonásán, a helyi erőforrásokra és kompetenciákra épülő programok megtervezésén és megvalósításán múlik.

Kulcsszavak: ágazatközi együttműködés, egészség, egészségterv, fenntarthatóság, közösségi részvétel

Summary

The second phase of the *EU Development Plan Hungary* (2007–2013) has drawn attention to the setting approach method and health plans in the health promotion programmes.

The terms „*Community Health Plan*” and the idea of producing such plans originate from the *Healthy Cities Project* of the WHO. A health plan is multidisciplinary planning process and activity programmes expressing the aggregated shared will of the people living in the local community for improving their quality of life, and consequently their health. Health profiles and health plans are now produced in many towns throughout Europe, including Hungary. Since this first initiative, launched by *Fact Institute* and *Soros Foundation Hungary*, the process has widened into something of a „movement”. The small community model outlined in this article, have evolved out of several years’ experience of developing the original health plan concept into a practical policy. Local governments are and can be the leaders of community health planning, if they place more emphasis on resourcing community involvement. It could also serve the sustainability of the process and the programme as well.

Keywords: *intersectoral cooperation, health, health plan, sustainability, community participation*

IRODALOM

- Fehér I.–Szöke K. (2003): „A települési egészségterv megvalósítási stratégiája.” In: *Települési életminőség. A Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Kar Közigazgatás-szervezési és Urbanisztikai Tanácskének jegyzete*, Budapest
- Füzesi Zs.–Tistyán L. (1997): „Az egészségterv program koncepciója.” In: *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 35, (5): 421–427. old.
- Füzesi Zs.–Szöke K.–Tistyán L.–Péntek E. (2001): „Települési egészségtervek.” In: *A falu – A vidékfejlesztők és környezetgazdálkodók folyóirata*, XVI. évfolyam, 2001. ősz, 71–76. old.
- Füzesi Zs.–Tistyán L. (2001): „Tervezhető egészség?” In: *Egészségügyi Menedzsment*, II. évfolyam, 1. szám, 19–22. old.
- Füzesi Zs.–Tistyán L. (2004): *Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken*. Egészségfejlesztési Módszertani füzetek (szerk: Kishegyi J.–Makara P.). Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest

- Füzesi Zs.–Tistyán L.–Szöke K. (2008): „Egy társadalmi modell: közösségekre alapozott egészségtervek az életminőség javítására.” In: *Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban* (szerk.: Kopp M.). Semmelweis Kiadó, Budapest
- Községi egészségterv* (1998). Fact Alapítvány, NEVI Primer Prevenciók Munkacsoport, Soros Alapítvány. www.soros.hu Adattár/Települési egészségtervek
- Lencsés G.–Szöke K. (2009): *Községi alapú egészségterv*. Egészséges Településekért Alapítvány, Budapest.
- Orosz É. (2001): *Félfülon vagy tévfülon. Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái*. Egészséges Magyarországi Egyesület, Budapest.
- „Település – Község – Életminőség.” In: *Tény/Soros. A Soros Alapítvány második évtizede 1995–2004* (szerk.: Nóvák Béla). Soros Alapítvány, Budapest, 337–355. old.

JEGYZETEK

- Külön hangsúlyt kapott a kormányzatok (beleértve az önkormányzatokat is) együttműködése más szektorokkal.
- Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion*. Ottawa, 21 November 1986 – WHO/HPR/HEP/95.1
- A magyarországi kapcsolattartó az *Egészséges Városok Magyarországi Szövetsége*.
- „*Village health plan*” címmel több program fut szerte a világon – elsősorban Délkelet-Ázsiában – ezek azonban a kistelepüléseken élők egészségügyi ellátásával, a higiénés viszonyok javításával foglalkoznak.
- A 2 000 és 5 000 közötti lélekszámú települések között 100 nagyközség és 52 kisváros található.
- Az egészségterv koncepciójának és elkészítésének részletes leírását ld. Füzesi Zs.–Tistyán L. (1997, 2001, 2004) publikációiban, valamint

- a Fact Alapítvány, NEVI Primer Prevenciók Munkacsoport *Községi egészségterv* című kiadványában (1998).
- Dr. Füzesi Zsuzsanna és dr. Tistyán László, a Fact Intézet vezető munkatársai készítettek először egészségtervet Magyarországon, Pécsen. A Soros Alapítvány által támogatott települési egészségterv program módszertanának kidolgozása szintén e két szakembernek köszönhető. A kurátorok, dr. Kishegyi Júlia, dr. Pintér Alán és dr. Fekete Attila, valamint Belia Anna programigazgató, tudásukkal, ötleteikkel, elkötelezettségükkel járultak hozzá a program sikeréhez. Én magam a program vezetőjeként dolgoztam.
 - 5 000 fő lakosságszám alatti települések nyújthattak be pályázatot.
 - Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Népegészségügyi Iskola; Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ; Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar; Budapesti Corvinus Egyetem, Közigazgatástudományi Kar; Széchenyi István Egyetem

10. 2007 és 2009 között 18 kistéleplési döntéshozóval készítettem interjút.
11. 2009 júliusában kiírták a TÁMOP 6.1.2. pályázatokat. A pályázat jelentős része egészségterv elkészítésére irányul.
12. *A Magyar Köztársaság Alkotmánya, 70/D.§/1/.*
13. A kötelező feladatok a feladatoknak azt a minimális körét jelentik, amelyek elengedhetetlenül szükségesek a helyi közösség alapfokú ellátásához, a település üzemeléséhez. A települési önkormányzat köteles gondoskodni az egészséges ivóvízellátásról, az óvodai nevelésről,

az általános iskolai oktatásról és nevelésről, az egészségügyi és a szociális alapellátásról, a közvilágításról, a helyi közutak és a köztemető fenntartásáról; köteles biztosítani a nemzeti és az etnikai kisebbségek jogainak érvényesülését.

14. Helyi döntéshozókkal készített interjúkból az ágazatközi együttműködés hiánya rajzolódik ki.
15. *Az 1997. évi LXXVIII. törvény módosításáról szóló 2006. évi L. törvény*

Beszámoló a III. Közösen–Könnyebben Életmódváltó Munkahelyi csapatverseny keretében végzett kérdőíves felmérésről

2009. október 21. – I. rész

Czeglédi Edit pszichológus, egészségfejlesztő szakpszichológus, egyetemi tanársegéd¹,
Csizmadia Péter szociológus²

¹ELTE PPK Pszichológiai Intézet, Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék

²Országos Egészségfejlesztési Intézet

A vizsgálat során két kérdőívet állítottunk össze. Az *Országos Egészségfejlesztési Intézet* hivatalos, programkísérő kérdőíve mellett egy második kérdőívet is kidolgoztunk, amely a résztvevők testsúlyának történetét, egészségmagatartását, testképét, evési magatartását és elhízással kapcsolatos hiedelmeit hivatott felmérni. E második kérdőív célja a sikeres életmódváltoztatás potenciális prediktorainak vizsgálata volt.

A két kérdőívet Csizmadia Péter és munkatársai e-mailben küldték ki a csapatkapitányoknak. A kitöltött kérdőíveket egyénileg vagy összegyűjtve, postán vagy e-mailen küldték, illetve kinyomtatva hozták vissza a mérleget.

Jelen beszámolóban azon személyek adatait vettük elemzésünk alapjául, akik részt vettek a mérleget és mindkét kérdőívet kitöltötték.

A minta rövid bemutatása

A minta 681 főből áll (245 férfi és 436 nő).

Átlagéletkor: 37,5 év (szórás: 9,87; terjedelem: 21–63 év).

Iskolai végzettség: a válaszadók 6%-a alapkörű, 32%-a középfokú, 62%-a pedig felsőfokú végzettségű.

A testtömeg-index (BMI) átlaga 26,9 kg/m² (szórás: 5,38, terjedelem: 17,1–60,6 kg/m²).

A WHO (1998) testtömeg-index felosztása alapján a minta 1%-a alultáplált (BMI<18,5 kg/m²), 40%-a normális súlyú (BMI: 18,5–24,9 kg/m²), 35%-a túlsúlyos (BMI: 25–29,9 kg/m²) és 24%-a elhízott (BMI≥30 kg/m²). Az elemzések során az alultáplált és normális testsúlyú egyéneket egy csoportba vontuk össze. Az életkor tekintetében nincs, a tápláltsági állapot tekintetében viszont van szignifikáns nemi különbség: a férfiak testtömeg-indexe magasabb, mint a nőké ($W_{(585)}=5,427$; $p<0,001$).

A testsúly története

Ha a válaszadó túlsúlyos, rákérdeztünk arra, hány éves kora óta vannak súlyproblémái. A kérdésre a résztvevők 55,5%-a felelt. A válaszadási arány nagyjából megfelel a tápláltsági

állapot testtömeg-index kategória szerinti felosztásának, amely szerint a résztvevők 59%-a túlsúlyos vagy *obez*. A válaszok alapján kirajzolódó kép azt mutatja, hogy az esetek kis százalékában (5%) a súlyfelesleg már kisgyermekkorban (≤6 év) megjelent. Iskoláskori kezdet (6–18 év között) a válaszadók 20%-ára jellemző. A magukat túlsúlyosnak ítéltők túlnyomó többsége (75%-a) esetében a súlyprobléma felnőttkorban (18 év felett) kezdődött.

Tekintettel arra, hogy a szakirodalmi adatok szerint a gyakori diétázás és a jelentős súlyingadozások (ún. jójó-effektus) a sikeres súlycsökkenés gátját képezhetik, erre vonatkozóan is tettünk fel kérdéseket.

Arra a kérdésre, hogy „*élete során hányszor fordult elő, hogy testsúlya nagymértékű (minimum 4,5 kg-os) ingadozást mutatott, azaz »jojózott«?*”, a résztvevők 85%-a válaszolt. A válaszadók 29%-ánál egyszer sem fordult elő jójó-effektus, 32%-uk egy-két alkalommal, ugyancsak 32%-uk 3–9 alkalommal tapasztalta testsúlya jelentős ingadozását. A válaszadók 7%-a 10, vagy annál több jójó-effektusról számolt be. Néhányuk egészen szélsőséges értékeket adott meg válaszként (30, 40 illetve 80 alkalom). A nők szignifikánsan több súlyingadozást számoltak be, mint a férfiak ($Z=2,327$; $p=0,020$).

Az első fogyókúra idejére vonatkozó életkort firtató kérdésre a résztvevők 65%-a válaszolt. A válaszadók közel egyharmada (32%-a) már gyermekkorában (≤18 év) megkísérelt fogyókúrázni. A nők átlagéletkora szignifikánsan alacsonyabb volt első fogyókúrájuk idején, mint a férfiaké ($Z=3,649$; $p<0,001$).

Végül rákérdeztünk arra, hogy a résztvevők hányszor próbálták meg fogyókúrázni az elmúlt 12 hónapban. E kérdésre csaknem valamennyien (98,5%) válaszoltak. A válaszadók 54%-a egyszer sem fogyókúrázott az adatgyűjtést megelőző év során. 36%-uk 1–2 alkalommal, 9%-uk pedig 3–8 alkalommal kísérelt meg fogyókúrázni. Ennél gyakoribb (10–20 diétázásról) csak kevesebb, mint 1%-uk számolt be. A nők szignifikánsan több, az adatgyűjtést megelőző 12 hónapban véghezvitt fogyókúrázás próbálkozásáról számoltak be, mint a férfiak ($Z=5,882$; $p<0,001$).

A tanulmány egy két részből álló cikksorozat első darabja. A második részt 2010/4. lapszámunkban olvashatják.

1. táblázat

Az önjellemzős egészségi állapot alakulása a mintában (%-os gyakoriságok)

	kitűnő	nagyon jó	jó	tűrhető	rossz
Férfi	2,9	17,1	54,7	21,6	3,7
Nő	3,0	17,2	56,0	22,0	1,8
Teljes minta	2,9	17,2	55,5	21,9	2,5

2. táblázat

A dohányzás alakulása a mintában (%-os gyakoriságok)

	nem és korábban sem	leszokott	alkalmanként	rendszeresen
Férfi	56,0	17,3	10,7	16,0
Nő	62,6	13,4	12,9	11,1
Teljes minta	60,2	14,8	12,1	12,9

3. táblázat

Az alkoholfogyasztás alakulása a mintában (%-os gyakoriságok)

	egyáltalán nem fogyaszt alkoholt	alkalmanként	rendszeresen
Férfi	7,3	82,9	9,8
Nő	13,5	85,3	1,1
Teljes minta	11,3	84,4	4,3

Önjellemzős egészségi állapot

A válaszadók túlnyomó többsége pozitívan ítéli meg egészségi állapotát, 76%-uk szerint egészségi állapota jó, nagyon jó vagy kitűnő, 22%-uk egészségi állapotát tűrhetőnek véli, csak 2,5%-uk gondolja kifejezetten rossznak (1. táblázat). Nemi különbség nem mutatkozott az egészségi állapot önmegítélése tekintetében ($\chi^2_{(4)}=2,189$; $p=0,701$).

Egészségmagatartás

Dohányzás

A válaszadók közel kétharmada jelenleg nem dohányzik és korábban sem dohányzott. 15%-uk leszokott a dohányzásról. 13%-uk rendszeresen, 12%-uk pedig alkalmanként dohányzónak vallja magát (2. táblázat). Nemi különbség mutatkozott, amely szerint a nők tendenciaszinten kisebb gyakorisággal dohányoznak, mint a férfiak ($\chi^2_{(3)}=6,344$; $p=0,096$).

Alkoholfogyasztás

Az alkoholfogyasztás tekintetében a válaszadók mérsékelt fogyasztásról tesznek tanúbizonyságot. A résztvevők 4,3%-a rendszeresen, 84,4%-a alkalmanként fogyaszt alkoholt.

11,3%-uk teljes absztinenciáról számol be (3. táblázat). E tekintetben szignifikáns nemi különbség adódott a mintában: a férfiak nagyobb arányban fogyasztanak rendszeresen alkoholt, mint a nők ($\chi^2_{(2)}=32,975$; $p<0,001$).

A nemi különbség az elmúlt heti alkoholfogyasztás tekintetében is megmutatkozott. Míg a férfiak 34%-a számolt be arról, hogy legalább egy napon ivott meg egymás után több mint 5 alkoholtartalmú italt, addig a nők körében ez az arány 12% volt ($\chi^2_{(4)}=55,537$; $p<0,001$).

Testedzés

A rendszeres testgyakorlás folytatásának felmérése oly módon történt, hogy definiáltuk a rendszeres testedzés fogalmát, majd rákérdeztünk arra, hogy eme definíció értelmében végez-e a kérdezett személy rendszeres testedzést.¹ A válaszlehetőségek a következők voltak: (1) igen, több mint 6 hónapja; (2) igen, kevesebb mint 6 hónapja; (3) nem, de tervezem az elkövetkező 30 napban; (4) nem, de tervezem az elkövetkező 6 hónapban; (5) nem, és nem is tervezem az elkövetkező 6 hónapban. E válaszlehetőségek egy az egyben megfeleltethetők a viselkedésváltozás transzteoretikus modelljében (Prochaska és DiClemente, 1982) feltüntetett szakaszoknak, úgymint (5) töprengés előtti fázis; (4) töprengés fázisa; (3) előkészület szakasza; (2) cselekvés szakasza;

4. táblázat

A rendszeres testedzés alakulása a mintában (%-os gyakoriságok)

	igen, több mint hat hónapja	igen, kevesebb, mint hat hónapja	nem, de tervezi 30 napon belül	nem, de tervezi 6 hónapon belül	nem, és nem is tervezi 6 hónapon belül
Férfi	34,6	14,2	19,2	27,5	4,6
Nő	26,8	20,2	24,2	26,1	2,6
Teljes minta	29,6	18,0	22,4	26,6	3,3

5. táblázat

A rendszeres testedzés alakulása a mintában súlycsoportonkénti bontásban (%-os gyakoriságok)

	igen, több mint hat hónapja	igen, kevesebb, mint hat hónapja	nem, de tervezi 30 napon belül	nem, de tervezi 6 hónapon belül	nem, és nem is tervezi 6 hónapon belül
Normál súlyú	35,2	19,3	18,9	23,7	3,0
Túlsúlyos	33,1	16,5	22,9	23,7	3,8
Elhízott	15,1	18,2	27,7	35,8	3,1

(1) fenntartás fázisa. Segítségével megbecsülhető a személy testedzésre vonatkozó motivációjának szintje.

A válaszadók 48%-a folytat, 52% nem folytat rendszeres testedzést (4. táblázat). Ez utóbbi csoporton belül azonban a válaszadók tekintélyes aránya tervezi a rendszeres testedzés elkezdését 30 napon (22%), vagy 6 hónapon belül (27%). A nemek összehasonlítása azt mutatja, hogy a férfiak a rendszeres testedzés tekintetében aktívabbnak tűnnek ($\chi^2_{(4)}=9,962$; $p=0,041$).

Súlycsoportonkénti bontásban (5. táblázat) megmutatkozik a tápláltsági állapotnak a rendszeres testedzés alakulásával való összefüggése ($\chi^2_{(8)}=26,078$; $p=0,001$). A normális testsúlyúak dominálnak az egészségmagatartás eme aspektusa tekintetében, azonban biztató, hogy a túlsúlyos válaszadók körében is igen magasnak, sőt, a normális súlyúakéhoz hasonlóan tűnik a rendszeres testedzés folytatásának aránya (49,6% vs. 54,5%). Ugyancsak bizakodásra ad okot, hogy noha az elhízottak kétharmada nem folytat rendszeres testedzést, 28%-uk fontolgatja annak megkezdését 30 napon belül (előkészület fázisa), 36%-uk pedig 6 hónapon belül tervezi a rendszeres testedzés folytatásának elkezdését (töprengés fázisa).

Evési magatartás

Az evési magatartás felmérése a 21 tételes Három-faktoros Evési Kérdőívvel (HRQL Group, 2002; Czeglédi, 2008) történt, amely az alábbi három skálából áll: (1) A *Kontrollálatlan evés skála* az arra való hajlamot méri fel, hogy a személy elveszíti-e a kontrollt az evés fölött, amikor éhes, vagy amikor külső ingereknek van kitéve. (2) A *Kognitív korlátozás skála* az arra való hajlamot méri fel, hogy a személy korlátozza-e táplálékbevitelét annak érdekében, hogy befolyásolja testsúlyát vagy alakját. Ez a skála nem a merev, önsanyarga-

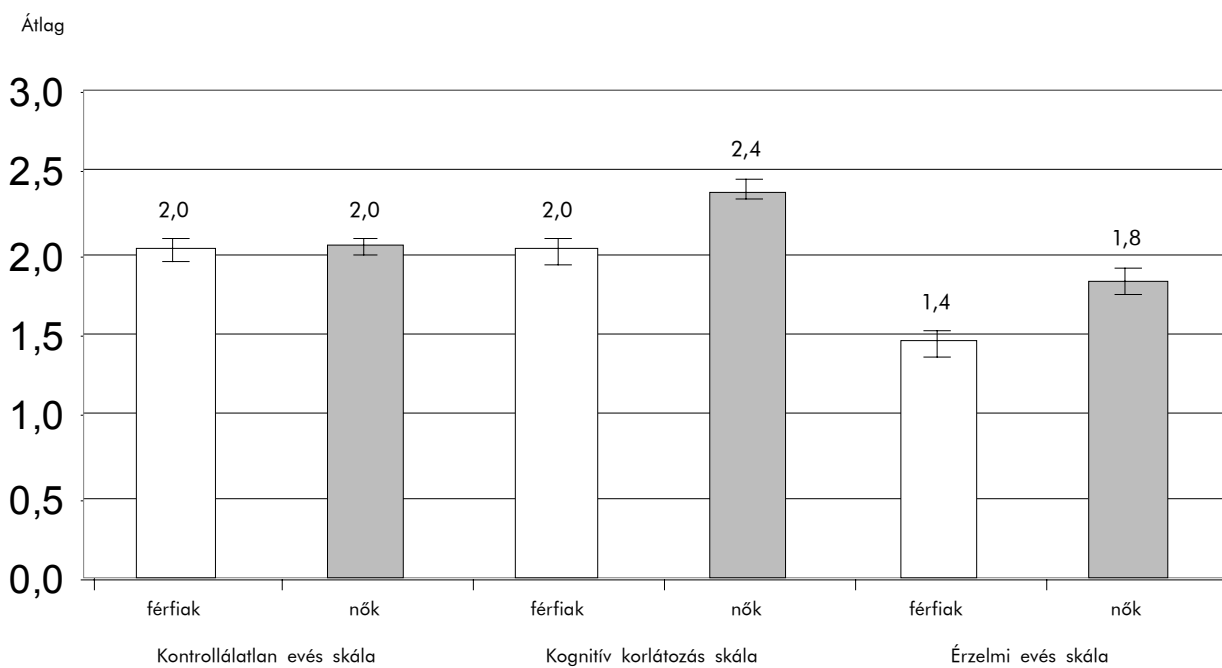
tó diétát méri, hanem a tudatos táplálkozást (pl. a hizláló ételek fogyasztásának vagy tartalékolásának elkerülése; az egyszerű elfogyasztott ételmennyiség adagjának csökkentése), amely adaptív evési magatartásnak tekinthető, mert elősegíti a súlygyarapodás elkerülését a minket körülvevő, ún. toxikus környezetben. Végül (3) az *Érzelmi evés skála* az arra való hajlamot méri fel, hogy a személy negatív kedélyállapot esetén túleszik-e, pl. amikor magányosnak, kedvetlennek érzi magát vagy szorong.

Vizsgált mintánkban a két nem között a kontrollálatlan evés tekintetében nem találtunk eltérést ($t_{(652)}=0,617$; $p=0,537$). A nők azonban mind a kognitív korlátozás kálán ($t_{(637)}=7,366$; $p<0,001$), mind pedig az érzelmi evés skálán ($Z=6,477$; $p<0,001$) szignifikánsan magasabb átlagot értek el, mint a férfiak, ami arra utal, hogy a nők a férfiaknál jobban törekednek táplálékbevitelük tudatos korlátozására, ugyanakkor a férfiaknál hajlamosabbak arra, hogy érzelmi distressz esetén érzelemszabályozás céljából egyenek (1. ábra). Az előbbi az életmódváltoztatást elősegítő adaptív, az utóbbi viszont az életmódváltoztatást hátráltató, maladaptív táplálkozási mintázatnak értelmezhető.

A tápláltsági állapot és a táplálkozási viselkedés kapcsolatát parciális korrelációs elemzéssel teszteltük, amely során kontrolláltuk a „nem” és az „életkor” potenciális zavaró hatását. Eredményeink szerint a táplálékbevitel tudatos kontrollálására, korlátozására irányuló törekvés nem mutat lineáris kapcsolatot a testtömeg-indexszel ($r=0,035$; $p=0,384$). Ez örvendetes eredmény, ami arra utal, hogy a *Közösen-könnyebben életmódváltó programra* jelentkező, súlyfelesleggel bíró személyek a normál súlyúakéhoz hasonló mértékű törekvéssel, szándékkal bírnak táplálékbevitelük ellenőrzése és korlátozása tekintetében. A maladaptív evési magatartások azonban szignifikáns, pozitív irányú kapcsolatot mutatnak a tápláltsági állapot alakulásával. A BMI és a kontrollálatlan evés közötti

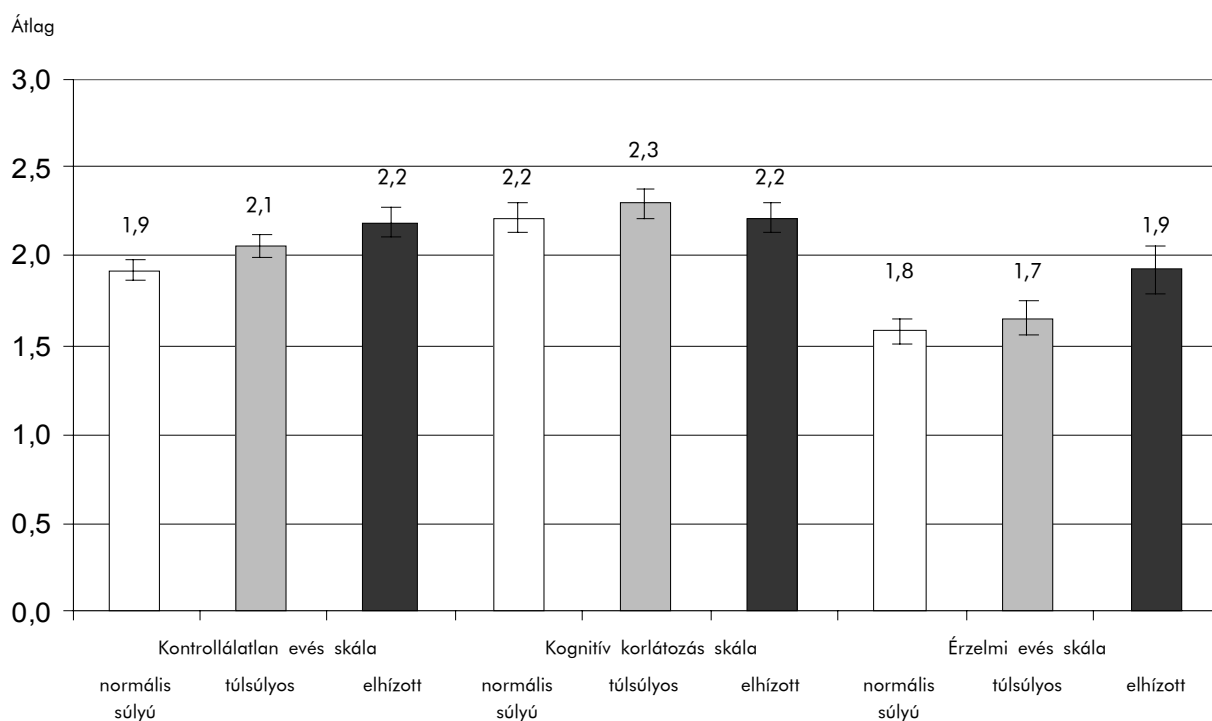
1. ábra

A két nem összehasonlítása az egyes évési magatartások mentén
 (az ábrán feltüntettük az átlagok 95%-os megbízhatósági intervallumát)



2. ábra

A három súlycsoport összehasonlítása az egyes évési magatartások mentén
 (az ábrán feltüntettük az átlagok 95%-os megbízhatósági intervallumát)



kapcsolat ($r=0,257$; $p<0,001$) arra utal, hogy azok a válaszadók, akik hajlamosak az evés feletti kontroll elvesztésére, nagyobb testtömeg-indexszel bírnak. A BMI érzelmi evéssel mutatott mérsékelt erősségű ($r=0,309$; $p<0,001$) kapcsolata azt jelzi, hogy az evés érzelmszabályozási stratégiaként történő alkalmazása a testtömeg-index növekedésével jár együtt. Az evési magatartások egyes súlycsoportokban való alakulását a 2. ábrán szemléltetjük.

A vizsgálat során felmértük a válaszadók bulimiára való hajlamát is. Az eredmények szerint egyetlen résztvevő sem haladja meg az *Evési Zavar Kérdőív Bulimia skálájának* (Túry és mtsai., 1997) kritikus pontértékét, azaz a válasz-

adók egyike sem lépi át a kóros ponthatárt, amely indokolná a *bulimia nervosa* feltételezését. Nem bukkantunk továbbá nemi különbségre a bulimiás tendencia tekintetében ($Z=0,306$; $p=0,760$). A bulimiára való hajlam azonban gyenge, pozitív irányú kapcsolatot mutat a testtömeg-indexszel ($r_s=0,257$; $p<0,001$), továbbá mérsékelt erősségű, pozitív irányú kapcsolatot mutat a kontrollálatlan evéssel ($r_s=0,486$; $p<0,001$) és az emocionális evéssel ($r_s=0,496$; $p<0,001$). A maladaptív evési mintázatok együtt járása, valamint a tápláltsági állapottal való pozitív irányú kapcsolatuk rámutat a potenciális intervenciókra az életmódváltó program során.

A szerzők e-mailcíme: czedit@gmail.com, csizmadia.peter@oefi.antsz.hu

HIVATKOZÁSOK

- Czeglédi E. (2008): „A Háromfaktoros Táplálkozási Kérdőív (Three-Factor Eating Questionnaire Revised 21) hazai alkalmazásával szerzett tapasztalatok. Előadás a II. Magyar Evészavar Kongresszuson. Budapest, 2008. szeptember 19.” In: *Psychiatria Hungarica*, 23, S10.
- HRQL Group (2002): *Three-Factor Eating Questionnaire Revised 21 items. Manuscript*. Göteborg University on-Campus Company, Göteborg, Sweden.
- Marcus, B. H.–Selby, V. C., Niaura, R. S.–Rossi, J. S. (1992): „Self-efficacy and the stages of exercise behavior change.” In: *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 63, 60–66.
- Prochaska, J. O.–DiClemente, C. C. (1982): „Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change.” In: *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276–288.
- Túry F.–Sáfrán Zs.–Wildmann M.–László Zs. (1997): „Az Evési Zavar Kérdőív (Eating Disorder Inventory) hazai adaptációja.” In: *Szenvedélybetegségek*, 5, 336–342.
- WHO (World Health Organization) (1998): *Obesity: Preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO consultation on obesity*. Geneva: WHO.

JEGYZETEK

1. Alkalmazott mérőeszköz: *Exercise: Stages of Change (Short Form)* (Marcus és mtsai., 1992). Definíció: Rendszeres testedzésnek minősül bármely előre tervezett fizikai tevékenység (pl. ütemes gyaloglás, aerob, kocogás, úszás, biciklizés, evezés, stb.), amit a testi erőnlét javítása

érdekében végzünk. Az ilyen tevékenység ideális esetben heti 3–5-szöri alkalommal ismétlődik, egyenként 20–60 perces időtartamban. A testedzés nemcsak akkor hatásos, ha fájdalom kíséri, ellenben olyan intenzitású kell legyen, hogy megterhelje a légzést és izzadást idézzen elő.

Felmérés a fiatal magyar nők körében a méhnyakrákról, szűréséről és a HPV-oltásról

Balla Bettina Claudia¹,
Dobos Gábor¹

¹Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Tudományos Diákkör; Magyar Rákellenes Liga

Magyarországon évente 1000–1200 betegnél diagnosztizálnak méhnyakrákot és megközelítőleg 500 nő veszíti életét a betegségben. A cervix-carcinoma a hazai daganatos halálteki statisztikákban a 9–10. helyet foglalja el. [1] [2]

A megbetegedés kialakulásáért felelős tényezők közül a legjelentősebb a humán papillomavírus (HPV) általi fertőzöttség, amely bizonyítottan korszpecifitást mutat. Kimondható, hogy a prevalencia maximummal rendelkezik, az egyesült államokbeli populációban a 20–24 éves korosztályban fedeztek fel csúcsot, *Herrero és mtsai* a 25 és 55 éveseknél állapítottak meg maximumot. [3] A fiataloknál tapasztalt nagy százaléku fertőzöttség túlnyomórészt tranziens infekció, amely csökkenése a HPV-clearance-szel hozható összefüggésbe. Az immunrendszer által történő elimináció következtében a magas rizikójú törzsek (16, 18) prevalenciája 35 év felett, az alacsony rizikójú törzsek (6, 11) előfordulása 30 év felett kezd el csökkenő tendenciát mutatni. [4] A vírussal történő infekciót követően az invazív folyamatok megjelenéséig akár 20–30 év is eltelhet. [1]

Hazánkban a személyes meghíváson alapuló szervezett lakossági cervix-szűrés 2003. július 24-én indult meg. A 25–65 év közötti női lakosság háromévente jogosult ingyenes méhnyakszűrésre, és erről meghívó értesíti őket. A Szűrési Nyilvántartó elégtelen informálása és a magán-nőgyógyászati rendelések keretében végzett szűréseken megállapított eredmények továbbításának elmaradása következtében (ún. „grey zone”) a lefedettség és az átszűrtség nem állapítható meg teljes biztonsággal.

Míg a Nyilvántartónak bejelentett részvételi arány 5%-os, addig az OEP adataiból 30%-os látogatottságra lehet következtetni, az egyéb kvantitatív felmérések pedig 70–80% körüli lefedettségi arányt mutatnak.¹

A szűrések alacsony látogatottságához feltehetőleg a motiváció hiánya, a program nem megfelelő szervezése és a megjelenéshez szükséges magas tranzakciós költségek (utazási költségek, munkából való kimaradás) járulnak hozzá. [5]

Bemutatott kutatásunkban a motivációhoz vezető tényezőket kívántuk felmérni, vagyis a fiatal női lakosság betegséggel kapcsolatos tájékozottságát, a szűréssel és a HPV-oltással kapcsolatos attitűdjét, valamint a tájékozódás elsődleges csatornáit.

Módszer és minta

Kutatásunkban kvantitatív, kérdőíves szociológiai vizsgálatot folytattunk a 14–35 éves fiatal nők körében. A célkorosztály megválasztásakor elsősorban a korról és a szexuális aktivitással összefüggésbe hozható HPV-fertőzöttség prevalencia-értékeit tartottuk szem előtt, és igyekeztünk a legnagyobb előfordulási maximummal bíró korosztályt megszólítani. A vizsgálandó minta kiválasztásakor törekedtünk a heterogenitásra, ezért különböző felsőoktatási intézmények többféle karának hallgatóit, eltérő orientációjú középiskolák diákjait, az Országos Takarékpénztár dolgozóit, a Magyar Nemzeti Balett táncosait és budapesti fodrász-szalonok látogatóit kerestük meg, utóbbit a vegyes látogatói kör miatt. Összesen 548 fő adott értékelhető válaszokat.

Kérdőívünk kitöltése önkéntes és anonim volt, s megfelelt a kutatásetikai követelményeknek. A kitöltőket 32 kérdés megválaszolására kértük, amelyek közül 7 nyitott és 25 zárt

volt.² A kérdőív – a szociodemográfiai adatokon túlmenően – a tájékozottságra, a méhnyakszűrésre, a HPV-oltásra és a tájékozódás csatornáira vonatkozóan tartalmazott kérdéseket. A beérkezett válaszokat Microsoft Excel táblázatkezelő program segítségével, deskriptív és analitikus módszerek alkalmazásával elemeztük.

Eredmények Szociodemográfiai jellemzők

A megkérdezettek átlagos életkora a kitöltés pillanatában 22,19 év volt. A minta kor szerinti megoszlása a következő: 14–18 év: 27,64%, 18–24 év: 57,10%, 25–34 év: 8,35%, 35–60 év: 6,91%. A válaszadók 64,05%-a fővárosi vagy más nagyvárosból származó lakos, 23,54%-a kisvárost, 12,40%-a falvat jelölt meg lakhelyül.

A megkérdezettek 31,20%-a általános iskolai, 52,91%-a középfokú, 15,87%-a felsőfokú végzettséggel rendelkezett.

A betegséggel kapcsolatos tájékozottság

A megkérdezettek 56%-a helyesen becsülte meg a méhnyakrák által okozott mortalitás értékét. 73,27%-uk tisztában volt a leginkább érintett korosztállyal, de 13,45%-uk időskori betegségnek tartja. 76%-uk számára ismert, hogy a betegség hátterében kórokozó áll, de mindössze 24,55%-uk tudná azt megnevezni. A terjedés útjára vonatkozóan 79,37%-uk a szexuális utat jelölte meg, míg csupán 10,18%-uk volt tisztában a bőrkontaktus útján történő fertőződés lehetőségével. A rizikófaktorok közül legtöbbször a promiszkuitást (72%) és a védekezés nélküli együttlétet (68,79%) tartották meghatározónak, míg a válaszadóknak csak közel harmada értesült a korai nemi élet (35,40%) és a dohányzás (23,35%) etiológiai szerepéről.

A HPV által okozott betegségek közül 87,95%-uk vélte felfedezni a kapcsolatot a vírus és a méhnyakrák között, de a pénisz-, vulva- és vastagbélrák, valamint a genitális szemölcsök és a HPV közötti kapcsolatot meglepően kevés nő ismeri (9,85%, illetve 13,50%). A fenti válaszok alapján elmondható, hogy a megkérdezettek a HPV-fertőzöttséget elsősorban nemi betegséggként ismerik.

A méhnyakszűrés

Megközelítőleg az összes válaszadó számára ismert, hogy a méhnyakrák szűrhető, és a szűrés menetével is tisztában vannak, 14%-uk mégis keveri a terápiával. A szűrendők korát 57,64%-uk a 40–50 éves kor közé teszi, vagyis igencsak túlbecsüli. A szűrésre átlagosan 4.000,- Ft-ot lennének készek áldozni, és 84,91%-uk tenné kötelezővé. 88,55%-uk legszívesebben saját nőgyógyászhoz menne szűrésre. Csak 19,45%-uk fordulna magánintézményhez, a többség számára megfelel a hivatalos egészségügyi intézmények által biztosított szakrendelés.

A HPV-oltás

A megkérdezettek többsége (58,18%) beoltná magát, míg 26,91%-a elzárkózott ettől. Ezt legfőképp az oltással és annak hatékonyságával kapcsolatos fenntartásaikkal indokolták, valamint annak magas árát tartották további visszatartó tényezőnek. Az ár szerepe megmutatkozik a következő adatban is, miszerint 63,64%-uk tenné kötelezővé az oltást, amely érték magasabb a magukat beoltani szándékozók (58,18%) számánál. Átlagosan 16.906,- Ft-ot lennének hajlandóak az oltásra áldozni. 65,45%-uk szerint kizárólag a nők, 23,82%-uk szerint a férfiak is olthatók. 54,50%-uk szerint a nemi élet megkezdéséig javasolt leginkább oltani.

A tájékozódás csatornái

Az elsődleges információs csatornának a médiát tartják a válaszadók (62%), majd nőgyógyászok (33%), ismerőseiken (27%) és az oktatási intézményeken (23%) keresztül tájékozódnak. A háziorvosok, mint információforrás, meglepő módon háttérbe szorulnak. A felvilágosítást elsősorban a kezelőorvosok (szakorvos, háziorvos – 78%), a védőnők (45%) és a tanárok, pedagógusok (40%) feladatának tartják.

Következtetések

Eredményeink alapján elmondható, hogy az általunk vizsgált fiatal nőpopuláció tájékozottsága a betegséggel kapcsolatban nem teljes mértékben kielégítő, a terjedés módjának és a rizikófaktorok megfelelő ismeretének hiánya növeli az esetleges infekció esélyét, amely a jelenlegi szűrési feltételek mellett, a megfelelő utánkövetés elmulasztása esetén perzisztálhat, és végül daganatos állapothoz vezethet.

Hiányos ismereteik ellenére a megkérdezett fiatalok fontosnak tartják a szűrést és készek lennének pénzt is áldozni rá. Ezek a mutatók nem teljes mértékben korrelálnak az országban általánosságban tapasztalt részvételi tendenciával és feltételezett attitűddel, amely vélhetőleg a minta magasabb szocio-ökonomiai státuszának tudható be, akik feltehetőleg a populáció túlszűrt rétegét képezik vagy fogják képezni, azonban jövőbeni viselkedésük nem jósolható meg egyértelműen. Elmondható, hogy a primer prevencióban nagyobb szerepet kellene vállalniuk a háziorvosoknak és az oktatási intézményeknek, és mindezt szükségszerűen még a fiatal nők szexuális életének megkezdése előtt kellene megtenniük.

Az oltás, mint a primer prevenció alternatívája, amellett, hogy társadalmi megítélése nem egyértelmű, jelenleg túl költséges ahhoz, hogy a fiatalok saját maguk finanszírozzák.

Összefoglalás

Magyarországon a szervezett lakossági cervix-szűrés nehézségekkel küzd, a mortalitás évek óta stagnál, amely túlnyomórészt az alacsony látogatottság következménye. Vizsgálatunk célja a probléma mögött meghúzódó okok feltárása volt, ezért kérdőíves felmérést végeztünk 14–35 év közötti fiatal nők körében, s válaszaikat értékelve vontuk le következtetéseinket. Az 548 értékelhető válaszból megállapítottuk, hogy a fiatalok méhnyakrákkal és HPV-infekcióval kapcsolatos ismeretei hiányosak, ellenben fontosnak tartják a szűrést, 84,91%-uk akár kötelezővé is tenné. Az oltással szemben szkeptikusak, és az jelenleg túl költséges ahhoz, hogy számukra megfizethető legyen, mindössze 16.906,- Ft-ot tudnának rá áldozni a jelenlegi 90.000,- Ft-tal (kiskereskedelmi ár) szemben. Legszívesebben saját nőgyógyászukhoz mennének szűrésre (88,55%), nem preferálják a magánintézményeket. A betegségről elsősorban a médiából tájékozódnak (62%), de nőgyógyászok (33%) és az oktatási intézmények (23%) is fontos szerepet töltenek be az információszerezés szempontjából. A felvilágosítást a kezelőorvosok (nőgyógyászok, háziorvosok – 78%), a védőnők (45%) és a pedagógusok (40%) feladatának tartják. Összességében elmondható, hogy a primer prevenció további fejlesztésre szorul, a felvilágosításnak korábban, még a szexuális élet megkezdése előtt kellene megtörténnie, az egészségügyi dolgozók és a pedagógusok egyidejű aktív közreműködésével. A vizsgálat reprezentatív mintára történő kiterjesztése teljesebb és átfogóbb képet adhatna az aktuális állapotokról, és további kérdések árnyaltabb megválaszolására lenne felhasználható.

Summary

Cervical cancer screening in Hungary is facing difficulties and mortality rates have been stable throughout the past years mostly due to the low attendance of screenings. The objective of our study was to unveil the roots of the problem, thus we conducted a research based on a questionnaire among a female population of 548 persons aged 14 to 35. We analyzed the received answers and came to the conclusion that these young women contributed importance to regular screening to such an extent that 84,91% of them would make screening compulsory – despite the fact that their knowledge of cervical cancer and HPV-infection was lacking essential pieces of information. Their approach to the HPV vaccine was rather sceptical and they found vaccination far too expensive to be funded at an individual level. The highest price which they were willing to dispense for it was

an average of 16.906,- Ft-s, which is in stark contrast with the actual cost (90.000,- Ft) of the three vaccines. Their first choice of preference was their gynaecologist when it comes to getting screened (88,55%) and they did not favor private clinics to screening provided by the national health care service. The majority of the interviewed young women was informed mostly through the mass media (62%), but their gynaecologists (33%) and educational institutes (23%) also bore a great role as channels of information. Primary prevention was regarded as the responsibility of doctors (GPs and gynaecologists – 78%), nurses (45%) and teachers (40%). To sum it up, primary prevention is still in need of refinement and should begin at an earlier age, desirably before the first sexual contact, with the active contribution of healthcare professionals and teachers. The extrapolation of our study on a representative population could provide a broader and more detailed insight into the current conditions.

IRODALOM

1. Pékli M.–Németh J. (2008): „A HPV vakcináció Magyarországon (a jelen és a jövő egyes kérdései).” In: *IME*, VII. évfolyam, Egészség-gazdaságtani különszám, 21–24.
2. Kovács A.–Döbrössy L.–Budai A.–Bonzc I.–Cornides Á. (2006): „A népegészségügyi méhnyakszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban.” In: *Orvosi Hetilap*, 148: 535–540.

3. Dunne, E. F.–Unger, E. R.–Sterberg, M.–McQuillan, G.–Swan, D. C.–Patel, S.–Makrowitz, L. E. (2007): „Prevalence of HPV infection among females in the United States.” In: *JAMA*, 297: 813–19.
4. Sályi T.–P. Szikszay Á.–Kónya J.–Borsos A.–Hernádi Z. (2001): „Humán papillomavírus-infekció prevalenciája közel öt éves anyagunkban.” In: *Orvosi Hetilap*, 142: 1265–1268.
5. EMKI – Az egészségfejlesztés minőségügyi rendszerének kialakítása – Cervix tanulmány (2009. szeptember)

JEGYZETEK

1. *Országos Lakossági Egészségfelmérés 2003*: 56%-os 2 éves átszűrtség, *Jedlik Ányos Program 2005*: 72%-os 3 éves átszűrtség, *Szinapszis Lakossági Kutatás*: 80,1%-os 3 éves átszűrtség.
2. Bizonyos kérdések multiple-choice jellegűek voltak, ezért a százalékos értékek összege olykor meghaladja a 100%-ot.

Hogyan lehet egészséget fejleszteni?

Egészségfejlesztés – Módszertani kézikönyv

Kis Bernadett tanársegéd

Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar,

Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet

Új módszertani kézikönyvvel bővült a hazai egészségfejlesztési szakirodalom. A könyv igazi különlegességét az adja, hogy távoktatási tananyag, amely egy nemzetközi tananyagfejlesztési projekt¹ eredményeként született, és eddig csak angol nyelvű nyomtatott² és digitális formában volt elérhető. A közelmúltban viszont elkészült a fordítás, így a *Mozaik kiadónak* köszönhetően a könyv eljuthat a magyar olvasókhoz is.

Sajátos munkamegosztásban köszöntik az Olvasót a szerzők. *Benkő Zsuzsanna*, a szegedi egészségfejlesztő műhely vezetője, fogalmi áttekintésében felvázolja a projekt három fő témáját – multikulturalizmus, társadalmi kirekesztés és integráció,³ egészségfejlesztés – és célját. *Peter Paulus* és *Thomas Petzel*, a Lüneburgi Egyetem oktatói a kötet tartalmi áttekintését adják meg. Végül *Gaye Heathcote*, az angol egészségfejlesztés nagy tapasztalatokkal rendelkező szakembere az Olvasót közvetlen hangvételű (módszertani) bevezetőjében üdvözli, és felhívja a figyelmet a távoktatási forma jellegzetességeire.

A magyar, német és angol együttműködésben született kötet bevallott célja, hogy segítse a pedagógusok társadalmi eligazodását és egészségfejlesztő tevékenységét. A könyv hat fejezetből áll: *Bevezetés az egészségfejlesztésbe; Az egészségfejlesztés alapelvei és értékei; Egészségfejlesztés a gyakorlatban; Készség és készségfejlesztés; Egészségfejlesztő környezetek és szinterek; Az információforrások értékelése és kritikus felhasználása*. A kötetben lévő fejezetek mindegyike – tananyag lévén – egymással szorosan összefüggő elméleti és gyakorlati modulokat tartalmaz.

Az első fejezet az egészségfejlesztés terén járattan olvasót vezeti be a témába. Bemutatja, hogy az utóbbi évtizedekben hogyan változott az egészség értelmezése, és áttekinti az egészség fizikai, pszichológiai, társadalmi, ökológiai és spirituális meghatározóit. Természetesen egy egészségfejlesztési alapokat tárgyaló fejezetből nem hiányozhat az *Ottawai Charta* és *Aaron Antonovsky* salutogenezis modellje sem; mindkettő itt van, utóbbi részletesebb kifejtése és alkalmazása a kötetben később szerepel. A fejezet az egészségfejlesztő tevékenységek és módszerek bemutatása után a prevenció és az egészségfejlesztés összehasonlításával zárul.

Az egészségfejlesztés alapelvei és értékei című fejezet célja, hogy az egészségfejlesztés fogalmai mögött meghúzódó értékekkel megismertesse az Olvasót. Az igazságosság, a felhatalmazás és a részvétel mind olyan elvek és alapértékek, amelyek az egészségfejlesztés lényegét képezik; nélkülük az egészségfejlesztés csupán prevenció lenne. Fontosságukat a szerzők a magatartásváltoztató egészségnevelés és az ön- és közösségfelhatalmazás egészségfejlesztési modelljeinek összehasonlításával illusztrálják. A fejezet további része bevezeti az életmód fogalmát, bemutatja az azt meghatározó tényezőket, és kiemeli azok kulturális és etnikai összefüggéseit. Az etikai alfejezet – talán a téma jellege miatt – a kötet egyik leginkább (tovább)gondolkodásra késztető tartalmi része. Önmagában is érdekes, hogy egy egészségfejlesztésről szóló könyvben felmerül az a kérdés: „*valóban jó dolog az egészségfejlesztés?*” (49. o.) De egyetérthetünk a szerzőkkel, helye van a kérdésfeltevésnek, hiszen professzionális megközelítés nem kerülheti meg, hogy saját magára vonatkozó etikai jellegű kérdéseit, kétségeit ne fogalmazza meg. További három, általam fontosnak tartott gondolatot szeretnék kiemelni az alfejezet kapcsán: az egyik, hogy mivel az egészség „*különösen vitatott fogalom*”, az egészségfejlesztő szakembernek nem azt kell meghatároznia, hogy mi is az egészség jelentése, hanem azt, hogy Ő mit kíván érteni azon. A másik lényeges dolog annak tudatosítása, hogy a 21. században az egészségfejlesztés már nemcsak arról szól, hogy az egészségesebb választás legyen a könnyebb választás (ahogyan az *Ottawai Chartában* áll), hanem sokszor a jobb egészség elérése azt jelenti, hogy az embereknek választaniuk kell „*az összeegyeztethetetlen jók között*” (54. o.). Végül a harmadik lényeges kérdés, hogy ki lesz a felelős és ki fizeti meg az egészségmagatartás következményeit, ha az egészséget az emberek életmódjához kötjük és felhatalmazzuk őket, hogy döntsenek saját egészségük felől? Az alfejezet abban is segít, hogy árnyaltabban lássuk a felelősség kérdését.

Az *Egészségfejlesztés a gyakorlatban* című fejezet első része az egészségfejlesztő tevékenység megvalósulása során felmerülő alábbi kérdéseket elemzi: hogyan lehet elfogadtatni az egészségfejlesztést? Mi okozhatja a részvevők ellenállását? Hogyan és milyen módszerekkel lehet elősegíteni

a résztvevők elkötelezettségét? Szorosan ezekhez a kérdésekhez illeszkedik a következő alfejezet témája, amely abban segíti az Olvasót, hogy az egészséggel kapcsolatos meggyőződések forrásait (társas kapcsolatok, média, politikai üzenetek, stb.) és a különbségek okait (nemi, vallási, kulturális, társadalmi, stb.) azonosíthassa. A záró alfejezet az egészségfejlesztő szakember egyik fő módszerével, az egészségfejlesztő projekttel ismerteti meg az Olvasót, s elemzi annak szerepét a különböző társadalmi alrendszerek közti együttműködésben.

Az egészségfejlesztés modern értelmezésében – ellentétben az egészségnevelés hagyományos értelmezésével – központi jelentőségű bizonyos készségek fejlesztése; valószínűleg ezért is szenteltek a szerzők külön fejezetet ennek a témának. Az első alfejezet definiálja az életvezetési készségek fogalmát. Ezek kapcsán rávilágít arra, hogy aki ezek fejlesztésére vállalkozik, semmiképp sem gondolkodhat rövid távon, hiszen ezek változása csak hosszabb távon észlelhető. A készségek részletes tárgyalása a kommunikációs készségekkel kezdődik. Ez az alfejezet rendszerezi a nem verbális csatornákat, elemzi azok kommunikációban betöltött szerepét, kiemeli az odafigyelés, a hallgatás és a kérdésesség jelentőségét, folyamatosan hangsúlyozva, hogy a jó egészségfejlesztő egyben hatékony kommunikátor is. A továbbiakban a fejezet már egy speciális színtérre, az iskolába visz minket, ahol a tanítási készségek szerepét elemzi. Adatokat találunk arra vonatkozóan, hogy a tanár–diák interakcióban megnyilvánuló hiányosságok milyen potenciális következményekkel járhatnak. A téma megközelítése talán kissé elnagyolt, különösen akkor láthatjuk ezt, amikor a tanítási stílus fogalmkörébe a rogers-i alapelvek és a szülői-nevelői attitűdre vonatkozó vizsgálatok is belekeverednek. Ugyanakkor öröndetes és újszerű az a törekvés, amelynek során az alfejezet szerzői az oktatási módszereket/tevékenységeket és az iskolai élet néhány aspektusát *Antonovsky* koherenciaérzetének dimenziói mentén értelmezik. Az utolsó alfejezet a *Csoportdinamika* címet kapta, amely talán kissé félrevezető, hiszen ennek kapcsán a csoportok, különösen az iskolai csoportok jelentőségéről szólnak a szerzők, néhány, a szociális kompetencia fejlesztését célzó módszert bemutatva.

Az ötödik fejezet az egészségfejlesztési alapelvek színtereken történő alkalmazásáról szól. A fejezet első részében a színtér-alapú megközelítés kialakulását és fejlődését követhetjük nyomon, bár ezt a gondolati ívet az egészségfejlesztési konferenciák záróhatározatainak szó szerinti idézése némiképp megtöri. A további részekben az egészségfejlesztő iskola fogalma, kritériumrendszere és módszertana kerül a középpontba. A fejezet összességében rendkívül értékes szemléletmóddal gazdagít bennünket. A szerzők tudatosítják a laikus Olvasóban, hogy a gyakori „mit tehet értem az egészségfejlesztés?” kérdés helyett talán érdemesebb feltenni a „mit tehetünk saját magunkért, és ebben hogyan segíthet az egészségfejlesztés?” kérdést (138. o.). Hangsúlyozzák, hogy az egészségfejlesztés és egészségnevelés nemcsak kizárólag az e területen működő szakemberek feladata. Egyrészt tehát kiterjeszti azok körét, akik felelősek (lehetnek) az egészségért, másrészt kibővíti azokat a színtereket, ahol egészség-

fejlesztés folyhat (pl. az iskola falain kívül). A diákok egészségnevelése kapcsán hangsúlyozza a természeti-társadalmi környezetbe való integráltságot, és a minden érzékszervet igénybe vevő, élménygazdag oktatási-tanulási folyamat jelentőségét, mint az életigenlő életvezetési stratégiák kialakításának egyik fontos elemét. Az elméletet a szerzők gyakorlatban megvalósult – irigylésre méltó – külföldi példákkal illusztrálják. Olvashatunk konfliktusmediatori programról, iskolai reggeliző-programról, iskolaátépítési és iskolaudvar rendezési projektről, amelynek során sikerült kialakítani egy olyan iskolaudvart, amely a városi élet szerves része lett. Egyenesen sugallja a fejezet, hogy „*nosza, kedves Olvasó, kövessük a példákat!*”

A „mozgósítást” követően a záró, hatodik fejezet az információforrások értékelésével és kritikus felhasználásával foglalkozik; sajnálatos módon az egészségfejlesztési vonulatot némiképp megakasztja a túlságosan sok és nem teljesen odaillő elméleti megalapozás a társadalmi és médiahatásokról. Természetesen nem azt akarjuk ezzel mondani, hogy a média egészségre és egészségmagatartásra gyakorolt hatása ne lenne fontos, éppen ellenkezőleg, a téma talán már hamarabb is előkerülhetett volna a kötet egy megfelelő helyén. Az utolsó két alfejezet a kritikus felhasználóvá válásban segít, az egészségfejlesztő szakember kutatási tevékenységét hivatott előkészíteni egy ellenőrzőlista és egy linkgyűjtemény segítségével.

Az eddig ismertetett elméleti részek önmagukban is megállják a helyüket, de mint ahogy fentebb említettük, a kötet anyaga tananyagként is funkcionál, ezért gyakorlati részei is vannak. A tananyagban való eligazodást szolgálja a már korábban említett *Hallgatói Segédlet bevezetője G. Heathcote* tollából, amelyben bemutatja a modulok általános felépítését (áttekintés, célkitűzések, tartalmi rész, feladatok, összegzés, irodalom, kulcsfogalmak), felhívja a figyelmet a feladatmegoldások fontosságára, a tanulás során az önreflexió szerepére, végül – mint egy hozzáértő barát – tippet, tanácsokat ad a modulokon történő végighaladáshoz.

Ha a gyakorlati feladatokat nézzük, azt mondhatjuk, hogy a kötet – hűen az alcíméhez – rendkívül gazdag és változatos módszertani repertoárral büszkélkedhet. Az alfejezetek jelentős része azzal kezdődik, hogy egy-egy feladat mozgósítja a hallgató-olvasó jelenlegi tudását, annak újrendszerezésével vagy valamilyen új szempontú megközelítésével. Ilyen például az első feladat, amelyben azt kéri a hallgatótól, hogy soroljon fel olyan dolgokat, amelyek őt egészségessé teszik, és olyanokat, amelyek károsítják egészségét (20. o.) vagy a „*rajzolja le, mit jelent Önnek az egészség!*” című feladat (30. o.). Gyakori a gyűjtőmunka-jellegű feladat is. A szerzők ezek kapcsán törekedtek a média minél szélesebb körű felhasználására – találunk tévéműsorokat figyelő-elemző feladatot, internetes keresést és újságcikkgyűjtést is.

Kiemelendő a készségfejlesztésről szóló fejezet változatos módszertani háttere. Találunk itt a mindennapi életből vett szituációk kapcsán helyzetelemzést, az elméleti részek ellenőrzésére feleletválasztós tesztet és a divergens gondolkodást fejlesztő feladatot is. Tanulságos lehet az önfeltáráshoz kapcsolódó feladat, amely során Likert-skálán kell azonosítani

a hallgató számára érzékeny témákat. De semmiképpen ne hagyjuk ki azokat a feladatokat sem, amelyek társakkal történő interakciót foglalnak magukban. Érdeemes kipróbálni ezeket egy barátunkkal, egy családtagunkkal vagy partnerünkkel, mert a nevetés, a jókedv mellett hasznos tapasztalatokhoz juthatunk például az érintés és a szemkontaktus jelentőségéről (4.2.2. feladat, 169. o.).

Az egészségfejlesztő szakember gyakorlati projekttevékenységébe a szerzők módszertanilag fokozatosan építkezve, az egyes feladatokon keresztül vezetik be a hallgatót. A harmadik fejezet a projekttervezéssel foglalkozik, oly módon, hogy a projekt felépítését folyamatábrával szemlélteti, és egy városi szintű középiskolai egészségfejlesztő-mentálhigiénés projekttel illusztrálja. Ez utóbbi programfüzete a függelékben megtalálható, és segítséget nyújt a hallga-

tónak abban, hogyan tervezze meg saját iskolai projektjét (3.4.3. feladat, 95. o.). Az ötödik fejezetben – a korábbiakra építve – pedig az a feladat, hogy a hallgató – önálló elképzeléseire alapozva – tervezzen egészségfejlesztő projektet arra a szintre, ahol dolgozik. Kérdésekkel és ellenőrzőlistával segítik a szerzők az ötletgyűjtés, a kiválogatás, a kivitelezés és az értékelés folyamatát.

Összegzésként: feltétlenül ajánlható ez a módszertani kézikönyv azoknak, akik most ismerkednek az egészségfejlesztéssel. Alapkönyve lehet egészségtan- és egészségfejlesztés-tanároknak, de haszonnal forgathatja bármely pedagógus, aki egy egészségesebb és ezáltal sikeresebb iskolában szeretne nevelni és tanítani. Nem utolsósorban ötleteket meríthet belőle bármely egészségfejlesztő szakember, aki szeretné gyakorlati munkáját tudatosabban végezni.

Benkő Zsuzsanna (2009): *Egészségfejlesztés. Módszertani kézikönyv.* Mozaik Kiadó, Szeged.

JEGYZETEK

1. A projekt elnevezése röviden *CANDOR*, teljes címe pedig *Changing the Attitude of teachers through Normal and Distance Learning for Open human Relationships* („Tanárok Attitűdjének megváltoztatása a Normál és a Távoktatáson Keresztül a Nyitott Emberi Kapcsolatok Érdekében”).
2. Zsuzsanna Benkő (Editor of Series)–Peter Paulus–Thomas Petzel (Editors of the Volume): *Health Promotion.* Szeged–Crewe–Lüneburg, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, 2005.
3. A projekt e két témájából az alábbi két könyv született:
Zsuzsanna Benkő (Editor of Series)–Klára Tarkó (Editor of the Volume): *Diversity and Multicultural education.* Szeged–Crewe–Lüneburg, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, 2005.
Zsuzsanna Benkő (Editor of Series)–Mary Issitt (Editor of the Volume): *Children and Young People: Social Inclusion and Exclusion, Issues and Debates.* Szeged–Crewe–Lüneburg, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, 2005.

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. *Honlap:* 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

„Számolj a füsttel!”

Beszámoló a Magyar Rákellenes Liga által meghirdetett dohányzásellenes matematikapályázatról

Bajnorné Lobenwein Beáta

Magyar Rákellenes Liga

1986-ban a *Nemzetközi Rákellenes Unió Rákellenes oktatás az iskolákban* címmel programot hirdetett meg, amelynek keretében nyolc tájékoztató füzetet adott ki, segítve a rák megelőzésével kapcsolatos ismeretek különböző szaktantárgyak tananyagaiba való integrálását. A programot *Dr. Anne Charlton* dolgozta ki. A kiadványokat sikerült a magyar viszonyokra adaptálva eljuttatni a tanárokhoz, hogy a bennük található információkat beépíthessék tanóráikba.

1990-ben a *Fodor József Iskolaegészségügyi Társaság* 31 iskolában készített felmérést arról, hogy a rákbetegséggel kapcsolatos matematikapéldák megoldása révén növekszik-e a tanulók rákról való ismerete. A felmérés szakmai irányítója, s a példák összeállítója *Prof. Dr. Simon Tamás* volt. A felmérés eredménye egyértelműen azt mutatta, hogy a matematika bevonása a rákról való ismeretek átadásába sikeres volt. A példák megoldásaként kapott adatok a tanulók aktív munkájának eredményei, tehát vélhetően jobban tudatosulnak bennük a rákmegelőzéssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos információk.

2009 januárjában – a sikeres eredményekre alapozva, az eddigi tevékenységet továbbfejlesztve – dohányzásellenes matematikapályázatot hirdettünk Magyarország összes általános és középiskolája számára.

Nagy örömünkre 3 200 nagyon figyelemfelkeltő matematikapélda érkezett az ország egész területéről, sőt, határainkon túli magyar nyelvű iskolákból is. 970 kilenc és tizenkilenc év közötti diák gondolkodott el – a számok segítségével – a dohányzás káros következményeiről. A megkeresett iskolák számához képest ez a szám nem túl magas, de a pályázat újszerűségéhez képest sikernek értékelhetjük. Sajnos a budapesti iskolák kisebb arányban mozgósították tanulóikat.

A prevenció legfontosabb színtere a családi környezet után az iskola. Az iskolai oktatást minél jobban át kell hatnia a dohányzásellenes szemléletmódnak. A tavalyi sikeres rajzpályázat után idén a matematika és a számok segítségével szerettük volna ráébreszteni a gyerekeket a dohányzás káros következményeire. Pályázati célunk a gyermekek elgondolkodtatása, az iskolák és a pedagógusok mozgósítása, valamint olyan matematikapéldák gyűjtése volt, amelyek terjesztésével küzdeni tudunk a dohányzás ellen.

A pályaművekben a gyerekeknek szöveges matematika-példákat kellett készíteniük a szakemberek által összeállított, megadott adatok alapján. A feladványok pontos kidolgozása után a példából adódó következtetéseket kellett megfogalmazniuk. A példához következő adatokat adtuk meg:

– 95 ember hal meg naponta Magyarországon a dohányzás következtében.

– 5,5 perccel rövidíti meg 1 db cigaretta a dohányzó ember életét.

– 520,- Ft-ba kerül egy doboz cigaretta.

– 68%-a a megkérdezett fiataloknak bűdösnek tartja a cigarettát, és mindössze 7%-a tartja vonzónak.

– 7500 ember hal meg tüdőrákban hazánkban évente.

– 88%-a a tüdőrákban megbetegedetteknek dohányzott élete során.

– 38%-a a 18 éves fiataloknak dohányzik; közülük minden második 11 éves kora előtt gyújtott rá először.

– Átlagosan 3260 db cigarettát szívunk el fejenként évente Magyarországon.

– Egy szál cigaretta maximum 10 mg kátrányt tartalmaz.

– 36%-a a felnőtteknek napi dohányos, ezzel a magas aránnyal a fejlett országok között a 3. helyen állunk.

– 39%-ról 22%-ra csökkent az USA-ban a dohányzók aránya 20 év alatt, a társadalmi összefogásnak köszönhetően.

Meghirdetett pályázatunkra 970 pályázótól 3200 matematikapélda érkezett.

A feladatot három szinten értékelte a zsűri. Az egyes pályaműveknél az ötletességet, a matematikai kidolgozottságot és a dohányzással kapcsolatos mondanivalót, tanulságot vizsgáltuk és értékeltük. Az értékelés nem volt könnyű, mert a pályázatok 95%-a rendkívül értékes munkát takart.

A 120 okleveles pályamű közül kerültek ki a díjazottak, a verseny győztesei. Június 4-én 34-en vehették át díjajukat az ünnepélyes keretek között megrendezett díjkiosztón, amelynek a Millenáris B csarnoka adott otthont, így az ország 26 településéről érkező vendégek megtekinthették a legmodernebb interaktív, városi környezetvédelemmel kapcsolatos kiállítást. A környezetvédelem és a füstmentes életmód egyaránt tudatos életvitellel valósítható meg, erre szeretnénk pályázatainkkal és ismeretterjesztő munkákkal felhívni az ifjúság figyelmét.

A díjakat *Prof. Dr. Simon Tamás*, a *Magyar Rákellenes Liga* elnöke adta át. *5 korcsoportban 23 egyéni díjat és 3 csoportos díjat osztottunk ki.*

A legtöbb pályázatot beküldő iskolákat szintén díjaztuk, a versenyt a *budaörsi Kesjár Csaba sporttagozatos iskola* nyerte. További 8 iskola kapott díjat kiemelkedő prevenció munkájáért.

A pályázók nevét és elért eredményeiket megtalálhatják honlapunkon (www.rakliga.hu).

Példák a gyerekek kérdéseiből

Szilvási Csongor, a *mezőcsáti Egressy Béni Általános Iskola tanulója* – a pályázat egyik győztese – arra kereste a választ matematikapéldájában, ha hosszában egymás mellé tesszük a Magyarországon egy év alatt elszívott cigarettamennyiséget, vajon körbekeríthető-e a Föld az Egyenlítő mentén? A válasz meglepő: *csak a magyarok által egy év alatt elszívott cigarettamennyiséggel 66-szor tudjuk körberakni a Földet az Egyenlítő mentén!*

Kiss Kornél, a *zalaegerszegi Petőfi Sándor Általános Iskolából* nagyon érdekesen fogalmazta meg matematika-feladványát: mennyibe kerül, hogy egy ember a dohányzás miatt egy évvel rövidebb ideig éljen, ha tudjuk, hogy egy cigaretta 5,5 perccel rövidíti meg az életet? A válasz szerint *6 millió forintot kell arra költenünk, hogy egy évvel rövidebb ideig élhessünk!*

Molnár Gergely Zsolt, a *ceglédi Várkonyi István Általános Iskolából* arra kereste a választ, hogy hány 20 tonnás tehergépkocsira férne rá a Magyarországon egy év alatt elszívott cigarettamennyiség, illetve, hány tonna kátránnyal szennyeződik egy év alatt az „ország tüdeje”? *1584 db húsz tonnás tehergépkocsira lenne szükségünk és 229 tonna kátránnyal szennyeződik az „ország tüdeje”!*

A pusztaszabolcsi Szabolcs Vezér Gimnázium tanulója, Bobonkó Renátó a környezetvédelem és a dohányzás összefüggésével foglalkozott példáiban. Kiszámolta, hogy hány darab fát kell kivágni, illetve mennyi vizet kell felhasználni annyi cigaretta előállításához, amennyi a tüdő teljes felületének eltömítéséhez szükséges (vagyis 22.000 doboz cigaretta előállításához). Ehhez *1,1 db átlagos méretű (300 kilogrammos) fát kell kivágni és 330.000 liter vizet kell felhasználni a gyártási folyamatban.*

A pusztaszabolcsi Szabolcs Vezér Gimnázium matematikatanára, *Törökné Király Kornélia* örömmel értesített bennünket, hogy 43 pályázatot beadó tanítványa közül – *a pályázat időtartama alatt – hárman leszoktak a dohányzásról!* Talán ezt tekinthetjük a legeslegnagyobb eredménynek!

A dohányzással kapcsolatos legújabb tendenciák

A dohányzás közvetlen egészségkárosító hatása köztudott, de a romló tendenciákra feltétlenül érdemes felhívni a figyelmet:

– A dohányzók összlétszáma csökkent, de a dohányzók között egyre több a nő és a fiatal. 1995-ben a 18 és 24 éves

nőknek mintegy negyede dohányzott, napjainkra ez az arány 42%-ra emelkedett. A fiatal férfiak is sokkal nagyobb arányban dohányoznak, mint öt évvel ezelőtt. A dohányzók száma Budapesten jelentősen magasabb, mint az ország többi területén.

Érdekeség, hogy pályázatunkra nagyon kevés budapesti pályázó adott be munkát!

A legijesztőbb adat mégis az, hogy a gyerekek 11%-a 10 éves kori előtt nyúl először a cigarettához.

A középiskolás korú fiatalok közül minden ötödiknél már kialakult a függőség. Sőt, az ÁNTSZ Fővárosi Intézetéből származó kutatás eredménye szerint a fővárosi óvodások 39,6% a passzív dohányos, tehát a szülők otthon, a gyermek jelenlétében is cigarettáznak.

Miért romlóak ezek a tendenciák? Mert a korai dohányzás korai szövődményeket és károsodásokat okoz, s emeli a 35 és 69 év közötti halálozások számát. 30 és 45 év között már megjelennek a dohányzás következtében kialakult betegségek: a krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD), a tüdőrák és egyéb rosszindulatú daganatok, a magas vérnyomás és számos egyéb, életminőséget rontó, de nem halálos betegség. Minél korábban kezdi valaki a dohányzást, annál inkább hajlamosá válik az említett betegségekre. *Aki tizenévesen kezd dohányozni, hússzor nagyobb esélye van a tüdőrákban való megbetegedésre, mint egy nemdohányzónak.*

Meg kell említenünk a dohányzás gyermekvállalásra gyakorolt hatását. A férfiak nemi aktivitása a dohányzás következtében jelentősen csökken, 40 év felett az impotencia aránya jelentősen emelkedik, s mivel a gyermekek 55%-ának fogamzását semmilyen tervezés nem előzi meg, a terhes anyák körében nagyon gyakori a dohányzás. A függőség kialakulása miatt ekkor már nagy nehéz, s csak kisebb arányban sikerül leszokni. Nagyon fontos a várandósság alatti cigarettázás súlyos fejlődési rendellenességeket előidéző hatását tudatosítani, mert így talán a leendő anyák jobban elutasítják a dohányzást.

A romló tendenciák miatt is tartja kiemelkedően fontosnak a *Magyar Rákellenes Liga* az ifjúság körében kifejtett dohányzásellenes tevékenységet.

Mit tehetünk?

A dohányzás visszaszorítása már az óvodában a nevelés része kell, hogy legyen.

A megelőzést korai gyermekkorban kell elkezdni, a fiatalok a környezet, a kortársak nyomására, a felnőtté válás látványa miatt dohányoznak. A megelőzés során védeni, informálni és aktivizálni kell a fiatalokat.

A dohányzás elleni küzdelemmel a drog- és alkoholfogyasztás ellen is védjük őket, mivel a drogfogyasztók nagyon gyakran a már dohányzók közül kerülnek ki. A társadalomtól, a szülőktől sokoldalú fellépésre van szükség. A családi környezetben, az iskolában és a médiában nemcsak beszélni kell a dohányzás ártalmairól, hanem a fiatalokat meg is kell ismertetni a rászakás körülményeivel, a csábításnak való ellenállás módjaival és a nem dohányzás előnyeivel. A gyerekek matematikapéldáiban is gyakran megjelent ez

a pozitív szemlélet. Az amerikai pozitív példa: a társadalmi összefogás hatására 20 év alatt 17%-kal csökkent a dohányzók aránya!

Közös feladatunk tehát a fiatalok dohányzástól való megvédése!

Összefoglalás

A *Magyar Rákellenes Liga* egy újszerű dohányzásellenes matematikapályázati felhívással szólította meg a diákokat, amely nagyon aktívan megmozgatta 170 iskola matematika-tanárait és diákjait. A fiatalok rendkívül érdekes és különleges példákat találtak ki, a számítások után levont következtetések láthatóan mehökkentették az alkotókat is, s gyakran személyes elhatározásokra készítették őket.

IRODALOM

Rákellenes oktatás az iskolában. A UICC társadalmi programjának anyaga. Kiadja az UICC engedélyével, a Magyar Rákellenes Liga közreműködésével, a Magyar Vöröskereszt.

A fiatalok megszólítása nondirektív módon sokkal hatásosabb, mint direktív tanácsokkal. Az iskolai élet számos területén alkalmazható a dohányzásellenes tevékenység, az osztályfőnöki órán kívül a többi tantárgy keretei is sok-sok lehetőséget adnak a figyelem felkeltésére. A nyelvi órák kiválóan alkalmasak dohányzásellenes anyagok fordítására, kémiaórán számos nikotinnal kapcsolatos kísérlet végezhető, az irodalomóra is lehetőséget ad a dohányzással kapcsolatos beszélgetésre, de természetesen ide sorolhatjuk a testnevelés, az ének vagy a biológia tantárgyakat is. Az elkövetkező években újabb pályázatokkal szeretnénk megszólítani az ifjúságot és a pedagógusokat.

A pályázat koordinátorának elérhetőségei: *Bajor Bea*, telefon: 06-20-337-46-37, e-mail: rakasz@rakliga.hu.

Kovács G.–Manchin R. (szerk.): *Dohányzás vagy egészséges életmód?* Medicina, Budapest, 2006
www.rakliga.hu

A dohányfüstmentesség lépcsőházi alapjogáért – avagy az élő szó ereje

Fekete György

Nyugalmazott mentálpedagógus

Nemrégiben a magam felelőtlen módján vitába keveredtem korunk agóráján, egy internetes kommentfórumon, a dohányzás korlátozásáról. Harminc esztendő füstöléssel a múltamban, tizennégy évvel ezelőtti leszokással, három túlélte rákkal, leblokkolt mindkét alsóvégtagi érzékszűvel és mélyvénás trombózissal, mi más lehetett volna az álláspontom? Rá kellett döbennem azonban, hogy hiába zúdítom a szomorúbbnál szomorúbb történeteket bagós vitapartnereimre, zömüknek mindez falra hányt borsó.

A jelenség, amibe így belebotlottam, teljesen normális. Tudniillik az elektronikus purparléban főleg a nem leszokni és felszabadulni vágyó, ellenkezőleg, éppen a továbbdohányozni akarókkal sikerült értelmetlenül összeakasztanom bajszom. Hoppá, jött az ötlet, mi lenne, ha most azokhoz fordulnék, akik – akárcsak én – nemdohányosok, és hozzám hasonlóan úgy vélik-érezik, hogy mások dohányzása szenvedést, de legalábbis kellemetlenséget okoz nekik, no meg azokhoz, akik szeretnének kikecmeregni nikotinrabságukból, de az idült bagósok valamennyiünk körül gomolygó füstköde ezt igencsak megnehezíti. Itt az ideje, gondoltam, hogy most már e barátaimmal, sorstársaimmal osszam meg néhány tapasztalatomat. Vajon mit tehetünk személyes életünkben azért, hogy a kóros szenvedélyeket kikerülő életvitel védelmében többen tudjunk fellépni, illetve a testi és lelki egészségünket támogató-védő törvények, állami rendelkezések tényleg segítsenek minket? Elvégre ezért szentesítődtek a mindannyiunk uralmát, a népfenséget megtestesítő parlament által, vagy tán nem?

Az utalt össznépi konzultációk során számosan tették szóvá, hogy kénytelenek elviselni a lakóépületük lépcsőházában megtelepedett bagóbűzt. Nem kevesen panaszkodtak tehetetlenségükre, kiszolgáltatottságukra e dologban. Nos, akkor vizsgáljuk meg górcsón keresztül a cseppben a tengert. Következzék

az abba a bizonyos fába szorult féreg bölcsessége, pontosabban kénytelensége (mint jeleztem, háromszoros ráktúlélő vagyok) akként megjelenítve, hogy miként sikerült megoldanom háromemeletes lakóépületünk lépcsőházának dohányfüstmentesítését.

Csatáimat, utólag mérlegelve értékelek így, egyfajta eszkalációs logika mentén vívtam (igazodva a konkrét szituációkhoz, és ezekben a dohányos partnerek habitusához). Már most hangsúlyozom, hogy dohányrab embertársaink nem eltökélt rosszakaróink, s nikotinhódotuktól legalább annyit szenvednek, mint amennyire megkínóznak vele bennünket. Ebből következik, hogy lehet velük boldogulni, ha sikerül szót értenünk velük, s bizonyos fortélyok alkalmazására rábírnak magunkat.

„Hadműveleteim” – az éleződés sorrendjében.

1) Udvariasan *megkértem* dohányzó polgártársakat, hogy még lefelé haladva se gyűjtsanak rá a lépcsőn, illetve a lépcsőfordulóknál. Hivatkoztam arra, hogy számomra miért-hogyan kellemetlen és ártalmas a cigarettafüst.

2) *Érveltem*, hogy a lépcsőház nem közterület, hanem közös terület (mindenkit megillet a lakás megközelítésének és elhagyásának zavartalan lehetősége), s e tekintetben mi felelünk vendégeinkért, látogatóinkért, valamint a nálunk tartózkodó szolgáltatókért is. Márpedig, ha bárki a lépcsőházban rágyújt, e tetteivel kellemetlen, vagy akár fullasztó hatást idéz elő, s ezáltal korlátozza a másik embert a „lépcsőházi alapjog” gyakorlásában.

3) Kezdeményezésemre, sokunk javaslatára a lakóközösség *kifüggesztett hirdetésében* ad nyomatékosan lépcsőházunk dohányfüstmentességének. Szükség esetén erre aztán hivatkozhattam is.

4) Adott esetben *felhívtam a figyelmét* éppen füstölő lakótársamnak, hogy akár ő, akár számos dohányos lakótársunk bizony nem gyűjtrá a saját lakásában. Felvettem, ugyan mi indokolja, hogy ezt a figyel-

mességet ne tanúsítsa a nem bagózókkal szemben a lépcsőházban is?

5) Kifejeztem a dohányosnak, hogy *számítok emberségére*, vagyis arra, hogy a házban élő gyerekekre, idősekre és betegekre tekintettel (itt megemlítettem a magam súlyosan műtött állapotát is) tiszteletben tartja lépcsőházunk dohányfüstmentes jellegét.

6) Biztosítottam a dohányost, hogy *nem vitatom akaraterejét*, és hiszek abban, hogy képes az önkorlátozásra, s már *előre megköszöntem*, hogy mellőzi a füstölést a lépcsőházban (nyitott ablakok esetén is, mivel a szellőzés nem elég hatékony).

7) Határozottan *visszautasítottam* némely dohányos próbálkozását, ha engem vádolt hatalmaskodással. *Rámutattam*, éppen ő változtatja meg a normális, elvárható körülményeket, s csakis ő terrorizál dohányfüstjével (a „kis” terror is terror).

8) Ha a dohányos elvértve fizikai retorzióval-agresszióval fenyegetett meg (mert sajna ilyen is előfordult), tudomására hoztam, hogy bizton számolhat ennek *következményeivel*, akár följelentéssel is. Fokozottan ügyeltem,

hogy félreérthetetlen legyek (tökrészség esetén természetesen megvártam kijózanodását).

9) Minden fázisban *nagyon vigyáztam*, hogy ne veszítsem el önuralmam, ne kiabáljak, ne átkozódjak, stb. Az ironizálástól ugyanakkor nem tartózkodtam.

10) Néha *föjlajánlottam* (a konkrét helyzet függvényében), hogy a rendelkezésemre álló leszokási programokból szívesen adok, még hozzá térítésmentesen.

Az *egyenlegem* viszonylag pozitív. Ugyanis a két-három éves hetet követő néhány zsarátnokhónap eltelte után lépcsőházunk többnyire dohányfüstmentessé vált. A lakásukban nem dohányzó dohányos szomszédaink lelejártnak a ház elé rágyújtani (akár a III. emeletről is).

Tanulság: nem gyűlölködni vagy túrni kell tehát. Inkább lássuk be, hogy elkerülhetetlen nyíltan kiállnunk a magunk és dohányos embertársaink valós érdekéért, a dohányfüstmentességért. Higgadtan. Következtesen. Ami nem üldözés. Mert különben a nemdohányzók védelmének jogi szabályozása minden házban, a lépcsőháztól az országházig üres malaszt marad.

„Füstmentes fal”

A Magyar Rákellenes Liga pályázata általános és középiskolák részére

„Füstmentes fal” címmel a Magyar Rákellenes Liga
dohányzás elleni faliújság pályázatát hirdet általános és középiskolák részére

**SZERETNÉD, HA MINÉL KEVESEBB DIÁK, PEDAGÓGUS, DOLGOZÓ ÉS SZÜLŐ
DOHÁNYOZNA ISKOLÁDBAN!?**

**ALAKÍTSATOK KI OSZTÁLYOTOKBAN ÉS AZ ISKOLA FORGALMAS HELYÉN
DOHÁNYZÁSELLENES FALIÚJSÁGOT!**

Pályázatunkon azok az iskolák vehetnek részt, amelyek vállalják, hogy iskolájuk területén
egy külön dohányzásellenes faliújságot alakítanak ki.
Egy iskolából több osztály vagy csapat is adhat be pályázatot.

A faliújságnak a következőket kell tartalmaznia:

- Figyelemfelkeltő képeket,
- Mozgósító hatású szöveges anyagokat,
- Ötleteket és véleményeket gyűjtő dobozt (postaládát), ami interaktívvá teszi a faliújságot.

A pályázatok elbírálásának legfontosabb szempontjai:

- A faliújság pozitív üzenete, dohányzásellenes figyelemfelhívó ereje,
- A faliújságon szereplő saját készítésű anyagok és személyes példák aránya,
- A faliújság kialakításának munkájában résztvevők minél szélesebb köre: minél több diák, minél tágabb korosztályból, pedagógusok, védőnő, gyermekorvos és szülők is,
- A faliújság mennyire szólítja meg, aktivizálja a diákokat iskolai szintű, versenyekre, pályázatokra.

A beküldendő pályázati anyagnak következőket kell tartalmaznia:

- Legfeljebb 3 fotó, amelyeken jól látható és értékelhető a faliújság és annak iskolán belüli elhelyezkedése (a képek fájlmérete maximum 2MB/db, 1000 pixelszélesség; .jpg-kiterjesztés)
- A legfontosabb szöveges tartalmak, különösen azok, amelyek az értékelést segítik a zsűri számára (.doc- vagy .pdf-fájlformátumban).
- A faliújságot készítő diákok, pedagógusok, szülők védőnők, orvosok adatait a honlapunkról letölthető adatlapon (név; életkor; osztály; iskola neve, telefonszáma és e-mail címe)

A pályázatok értékelése:

A pályázatokat orvosokból, védőnőkből, civil szakemberekből és diákokból álló zsűri értékeli.
2011. február 4-én, a Rákellenes Világnapon megrendezésre kerülő díjkiosztó ünnepség keretein belül lesz az eredményhirdetés, ahol a győztes iskolák értékes sporteszközöket kapnak.
A pályázatokat postai úton: CD-n vagy papíron, illetve e-mailben lehet beküldeni a fenti megkötésekkel.

Beküldési határidő: 2010. november 30.

A hiányos vagy későn leadott pályázatokat sajnos nem tudjuk elbírálni!
Beküldési cím: Magyar Rákellenes Liga, 1507 Budapest, Pf.: 7., vagy rakligapalyazat@gmail.com (tárgy: Füst)
Elektronikusan elküldött pályázat esetén használjatok .pdf-fájlformátumot és a képek mérete ne haladja meg az előírtakat!

További információk, illetve az adatlap a Magyar Rákellenes Liga honlapján (www.rakliga.hu) található.

Kapcsolattartó: Bajor Bea, telefon: 06-1-787-3687 (9.00-13.00 óráig), e-mail: rakasz@rakliga

Jó munkát, sikeres pályázatot kívánunk!

„A férfiak fizikai aktivitása és szerepe a rák megelőzésében”

Konferencia a „Férfiak Egészségének Nemzetközi Hete” alkalmából
2010. június 16., Budapest

A Pápai Páriz Egészségnevelési Országos Egyesület Férfiak Egészségéért Szakcsoportja, Budapest Főváros XVII. kerületi Önkormányzat Egészségnevelése, a Magyar Rákellenes Liga, valamint az Országos Egészségfejlesztési Intézet 2010. június 16-án, Budapesten nagy sikerű konferenciát rendezett „A férfiak fizikai aktivitása és szerepe a rák megelőzésében” címmel.

A konferencia délelőttjén Prof. Dr. Métneki János megnyitóbeszéde után – többek között – Prof. Dr. Gombóc János (Semmelweis Egyetem, Testnevelési és Sporttudományi Kar) „Férfiak mozgásban”, Prof. Dr. Papp György (Állami Egészségügyi Központ) „Idősödő férfiak”, valamint Dr. Simon Tamás PhD., professzor emeritus, a Magyar Rákellenes Liga elnöke „Az élet könnyebben könnyebb” címmel tartott, nagy tetszéssel kísért előadást.

A délutáni programban Susánszky Anna antropológus, PhD.-hallgató (Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet) „Nemi különbségek a stressz és a mozgás összefüggésében”, Dr. Nádas György urológus főorvos (II. kerületi Járóbeteg-szakellátás – Férfi Egészségőr Egyesület) „Az urológiai rákbetegségek megelőzése fiatal kortól”, valamint Gábor Edina, az Országos Egészségfejlesztési Intézet főigazgatója „Az Országos Egészségfejlesztési Intézet tevékenysége a férfiak fizikai aktivitásáért” címmel tartotta meg élénk érdeklődéssel fogadott előadását.

A konferencia elnöki feladatait Prof. Dr. Métneki János (Országos Egészségfejlesztési Intézet) és Dr. Gritz Arnoldné (Budapest Főváros XVII. kerületi Önkormányzat Egészségnevelése) látta el.

A konferencia védnöke az *European Mens' Health Forum*.

Együttműködő partnerünk a *Férfi Egészségőr Egyesület*.

A konferenciát a Magyar Rákellenes Liga és a Sanofi–Aventis Magyarország támogatta.



**Dr. Gritz Arnoldné,
Dr. Falus Ferenc,
Dr. Simich Rita,
Prof. dr. Métneki János**

Prof. Dr. Gombócz János



**Dr. Simon Tamás PhD.,
professzor emeritus**



Dr. Gritz Arnoldné



CONTENTS

TRAININGS

Health – Promotion – Wellbeing Monitoring the Modern Health Concepts – Part I. <i>Prof. Dr. Lajos Székely, Dr. Frans Vergeer</i>	2
--	---

Sustainability and Community Health Plans <i>Katalin Szőke PhD</i>	12
---	----

SURVEYS

III rd Change Your Lifestyle – Workplace Team Competition – Part I. <i>Edit Czeglédi, Péter Csizmadia</i>	17
---	----

Study among Young Hungarian Women on Cervical Cancer, its Screening and the HPV Vaccine <i>Claudia Bettina Balla, Gábor Dobos</i>	22
--	----

BOOK REVIEW

How to Promote Health? <i>Bernadett Kiss</i>	25
---	----

SMOKING PREVENTION ACTIVITIES

About a Mathematical Smoking Prevention Campaign <i>Beáta Lobenwein Bajorné</i>	28
--	----

The Power of Living Voice <i>György Fekete</i>	31
---	----

„A Wall without Smoke” – a Call by Hungarian Cancer League	33
--	----

CONFERENCES

About International Mens’ Health Week Conference <i>16th June 2010, Budapest</i>	34
--	----

Megrendelőlap

Előfizetésben megrendelem az Egészségfejlesztés című lapot példányban.

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

Megrendelő (fizető):

Cím:

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

.....
aláírás

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