

Tartalom

TOVÁBBKÉPZÉS	
Fejleszthető (tervezhető) egészség	2
Módszertani útmutató egészségtervekhez – I. rész	
<i>Solymosy József Bonifác, Dr. Kishegyi Júlia</i>	
A munkahelyi alkoholkérdés kezelésének nemzetközi gyakorlata	11
<i>Dr. Szabó Gyula</i>	
Az egészségturizmus népegészségügyi és összetársadalmi pozitívumai	17
<i>Kocsis Csabáné, Dr. Bokor Judit PhD.</i>	
FELMÉRÉSEK	
Egészségi állapot és egészségmagatartás vizsgálata	21
aktív korú munkavállalók körében	
<i>Fügedi Balázs, Nagyvárad Katalin, Kocsis Csabáné</i>	
A szorongás, a depresszió, az önértékelés és a társadalmi tőke hatása	30
várandósok egészségképre és az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságára	
<i>Dr. Bödecs Tamás, Dr. Horváth Boldizsár PhD., Dr. Szilágyi Enikő, Diffelné Németh Marietta, Dr. Sándor János PhD.</i>	
TOVÁBBKÉPZÉS	
„Egyedül nem megy!”	39
Életmódváltás társas támogatottsággal	
<i>Bodnár Ilona</i>	
Asztmás gyermekek gyógyúszó programja mint nevelési színtér	43
<i>Dr. Jády György</i>	
Compliance – non-adherence a gyermekgyógyászatban	47
<i>Dr. Szőnyi László</i>	
AZ EGÉSZSÉG ÜGYE ANNO ÉS MOST	
A kutya egészségfejlesztési karrierje	49
<i>Pillerné Pál Anna, Solymosy József Bonifác</i>	

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 kézbesítőknel,
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

Fejleszthető (tervezhető) egészség

Módszertani útmutató egészségtervekhez – I. rész

Solymosy József Bonifác főigazgató-helyettes¹,
Dr. Kishegyi Júlia¹

¹Országos Egészségfejlesztési Intézet

I. Bevezető gondolatok

Ma Magyarországon alacsonyabb a születéskor várható élettartam, mint az Európai Unió más országaiban. Az okok elemzése itt nem feladatunk, de összegezve elmondható, hogy a koordinált, egy irányba mutató, az egészség ügyét szolgáló befektetések, valamint a programok, akciók közösségi támogattságának erősítése – a rendelkezésre álló források növelése nélkül is – a lakosság egészségi állapotának javulását eredményezheti.

Egészséget fejleszteni mindenhol, minden közösség számára, minden korcsoportban lehet és szükséges, de annak érdekében, hogy a különböző szintereken zajló fejlesztések egymás hatását erősítsék, érdemes az „egészségterv”-módszert alkalmazni.

Az egészségterv – célrendszerét tekintve – végső soron az egészségről szól, de nem az egészségügyi („betegségügyi”) ellátás terve. Nem pusztán több, hanem valami egészen más. Az egészségterv hozzásegít minket az uniós források sikeres megpályázásához, a források hatékony felhasználásához és a különböző szinterek szereplői életminőségének javításához.

A szintér olyan „hely”, ahol az egyén otthon van, ahol a probléma is „otthon van”, és ahová – a fentiekből adódóan – a beavatkozást is el kell juttatni. A lokális szinterek egészségtervei összekapcsolhatóak, kiegészítik egymást és megalapozzák a felsőbb szintű, komplexebb egészségtervet. Egy városi vagy kistérségi egészségterv akkor értelmezhető, ha a lokális szinterek kompetenciájukba nem tartozó problémáit térképezi fel és azok kezelésére törekszik.

A változás a fejekben kezdődik, a változások kezeléséhez szükséges aktivitások elindításához – tudatos előkészítő (közösségi) munka mellett – érési idő is szükséges. Az előkészítő szakasz idő- és energiaráfordítása később kamatozik. Az elnagyolt vagy siettetett előkészítő szakasz az egészségterv céljainak megvalósítását/megvalósulását veszélyezteti.

Amikor van jövőképünk, van misszióink, ismerjük jelenlegi helyzetünket és szembenéztünk problémáinkkal, akkor a stratégiaépítés következik, nem az azonnali problémamegoldás.

Mit tartalmazzon a projekt? Ha a projekt tervezési folyamatát igényfelmérés előzi meg, és a projektterv, illetve megvalósítása a megfelelő kommunikációt is magában foglalja, könnyebben válaszolhatunk erre a kérdésre. Az egészségterv ne csak egy-egy esemény, egészségnap, szűrés megvalósítására vonatkozzon, hanem olyan hosszú távú terv legyen, amelynek az egyes fázisaiban elért eredményeire épülnek a következő projektek. Méltatlan és életidegen is lenne, ha a meglévő közösségi gyakorlatok (klubok, rendezvények, stb.) nem kerülnének be az egészségterv állapotleírásába és a cselekvési tervet tartalmazó fejezetbe.

A pályázat többnyire a terv bemutatása – „tálalása” –, amely a megvalósítási és értékelési tevékenységre is utal, s a gyakorlat és jártasság mértékében fejleszthető. Hogy mit „főzünk”, az a célcsoport és a szakmai megvalósító közös ügye, a szakmai programterv.

A pályázat elbírálásakor nem önmagában a szakmai programtervet bírálják, hanem a „tálalás módját” is.

II. Fogalmi rendszer

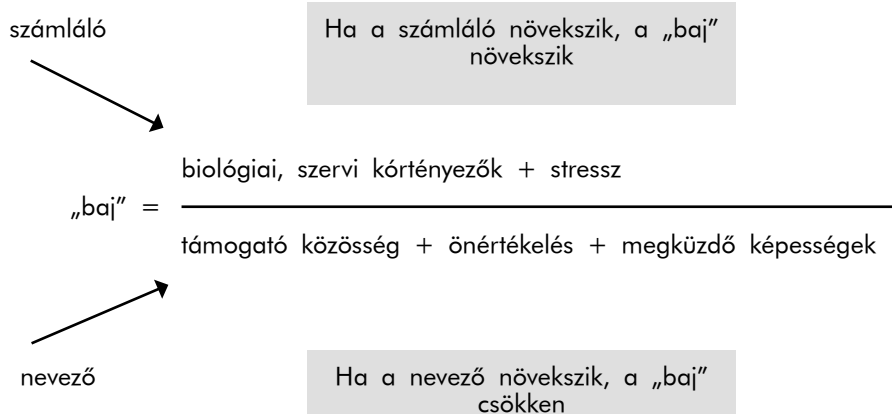
Az egészség a legtágabb értelemben optimális jól-létként értelmezhető, amely egyszerre eszköz, cél és erőforrás is. Az egészség előfeltételeinek és különböző szintű befolyásoló faktorainak alábbi áttekintéséből is következik, hogy az egészség nem lehet egy-egy tárca, szakterület vagy szervezet kizárólagos ügye, felelőssége, kompetenciája. Széleskörű és jól koordinált államigazgatási, üzleti és civil összefogással, az intézkedések és cselekvések egészséghatásának megfelelő mérlegelésével javítható a népesség egészsége.

Egy populáció egészsége jellemezhető többek között a születéskor várható élettartammal, és/vagy az akadályozottság szintjével. A magyarországi adatok jóval elmaradnak az Európai Unió mutatóitól. Az átlagolt adatok elfedik azon szélső értékeket, amelyek a jó és rossz egészségi állapotú részpopulációkat, s így az egészség-egyenlőtlenségeket jellemzik. Ma Magyarországon a keleti országrészben – a nyugati országrészhez képest – a születéskor várható

A tanulmány egy két részből álló cikksorozat első darabja. A második részt 2011/1–2. lapszámunkban olvashatják.

1. ábra

George Wilson Albee (1921–2006) képlete



élettartam kb. 7 évvel alacsonyabb. Az egészségi állapotban megmutatkozó jelentős egyenlőtlenségek csökkentése ösztönös társadalmi érdek, hiszen az állampolgári esélyegyenlőséget nem támogató, a gazdasági versenyképességet rontó állapot kezeléséről van szó.

A GDP mértéke, nemzetközi összehasonlításokban nem magyarázza a magyarországi, születéskor várható alacsony élettartam értékeit. Az oksági viszonyok elemzése itt nem feladatunk, de összegezve elmondható, hogy a koordinált és egy irányba mutató, az egészség ügyét szolgáló befektetések, programok, akciók közösségi támogatottságának erősítése – az összbefektetés mértékének növelése nélkül – is a lakosság egészségi állapotának javulását eredményezi.

Az egészség előfeltételének és forrásának (béke, lakhatás, élelem, jövedelem, oktatás, stabil ökológiai rendszer, fenntartható erőforrások, társadalmi igazságosság, társadalmi egyenlőség) megléte lehetővé teszi az egészség fejlesztését, amellyel nemcsak a megbetegedési/halálozási mutatók javulnak, de javul az ország gazdasági teljesítőképesége, versenyképessége is.

Egy populáció egészségét, egészségi állapotát (az előfeltételek megléte után) *globális szinten* a genetikai adottságok, a környezeti hatások, az életmód és az egészségügyi ellátórendszer minősége határozza meg, különböző súlyllyal. A populáció egészségi állapotát befolyásoló faktorok százalékos eloszlása az adott célpopuláció szempontjából kis mértékben változhat. Általánosságban elmondható, hogy az életmód 43%, a genetikai állomány 27%, a környezet 19%, az egészségügyi ellátórendszer 11% súlyú. Ezek az egymással is kölcsönhatásban lévő faktorok a befolyásolhatóság szempontjából más sorrendbe sorolhatóak, mint az befolyásolási súlyukból következne.

Specifikus szinten egy populáció egészségét a kulturális, gazdasági, politikai, egészségügyi ellátási, fizikai és társadalmi környezet kölcsönhatásának rendszere alakítja.

Lokális szinten (azokon a szintereken, ahol a mindennapi élet folyik) az egészséget a hétköznapi szabadság megélésének szubjektív érzete, a lakó-, a munkahelyi és a természeti környezet, a társas kapcsolatok és társas támogatottság, az anyagi helyzet, az értékek és ismeretek, valamint az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatásainak elérhetősége együttesen biztosítja.

Az egyén, elsődlegesen közösségi minták követésével alakítja viselkedését a különböző szinterek szereplőjeként. A legfontosabb, életmódot veszélyeztető rizikóviselkedések a dohányzás, az aránytalan táplálkozási és mozgási (energiaegyensúly) szokások, az alkoholfogyasztás minősége és mennyisége, valamint egyéb függőségek. Az életmód szempontjából is kiemelkedően fontos a biológiai, szervi adottságok és kórtényezők mellett a társas kapcsolatok megléte (támogató közösség), az önismeret, önértékelés, a problémákkal való megküzdési képességek és az egyéni stresszkezelési módok.

Ezen faktorok *Albee* képlete alapján az egyéni baj megélését egymással kölcsönhatásban alakítják: (1. ábra)

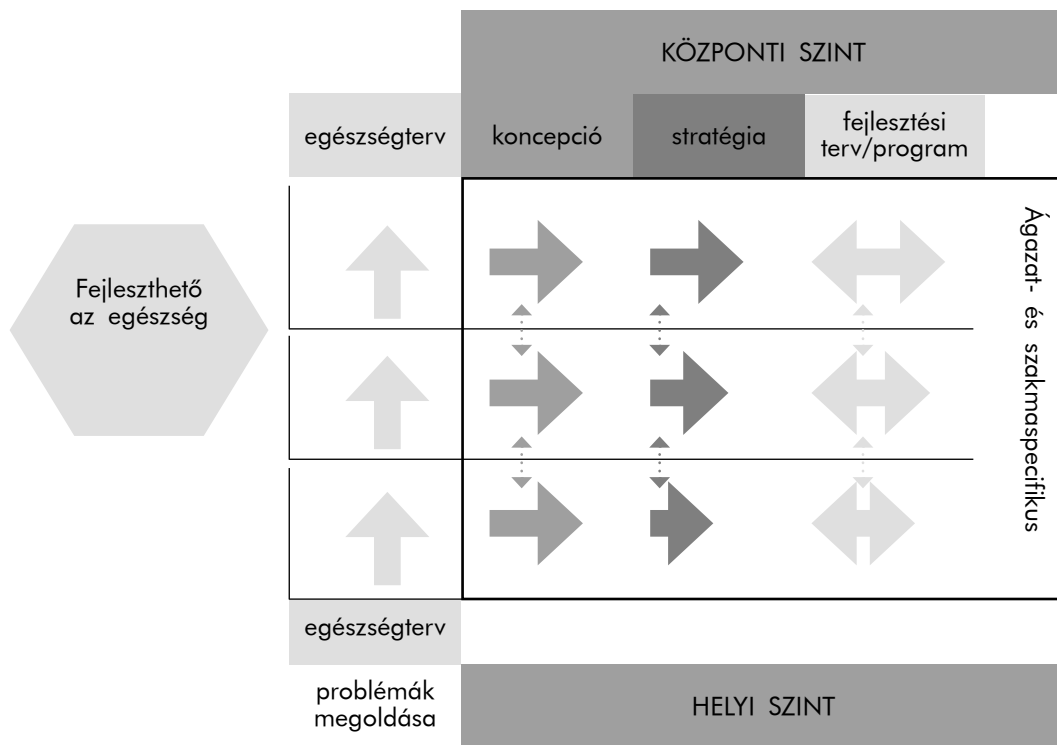
Az egészségfejlesztés szemléletmódként, képességként és folyamatként értelmezhető. Öt fő tevékenységi területe:

1. egészséget támogató közpolitika;
2. egészséget előmozdító környezet;
3. közösségi tevékenységek;
4. egyéni képesség fejlesztése;
5. egészségügyi ellátó rendszer új hangsúlyai.

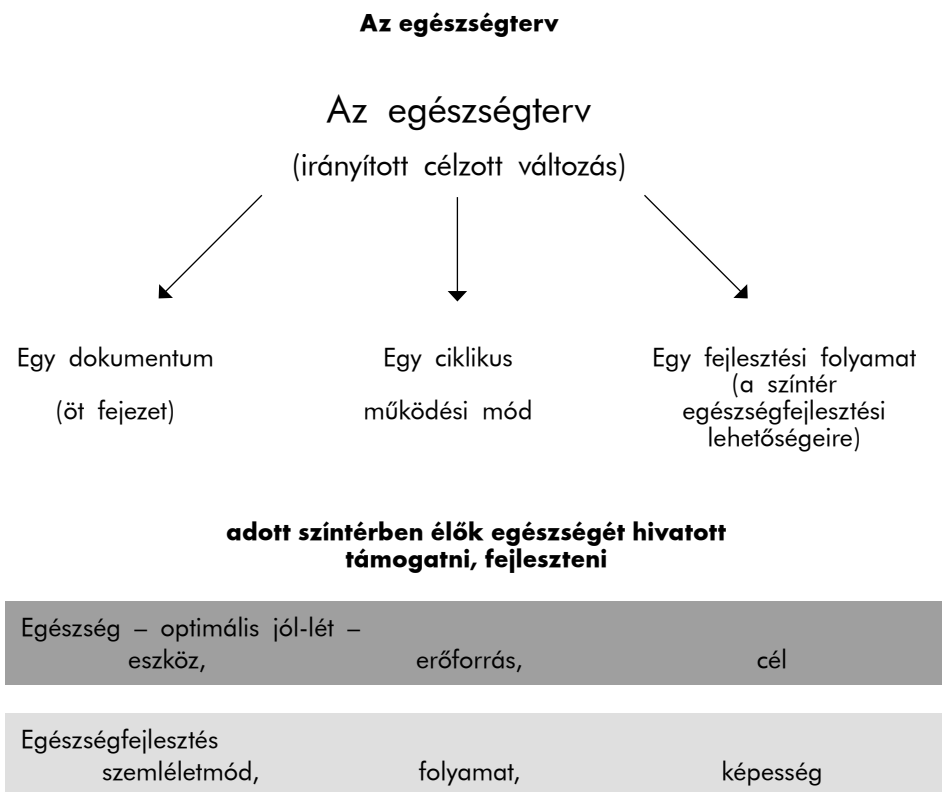
Eszközrendszere a felhatalmazás, közvetítés, propagálás.

A szintér alapú egészségfejlesztési tevékenység pozitív közösségi mintát szolgáltatva megkönnyíti az egyén „egészségesebb” választásait. Módszere az irányított, célzott változtatást segítő egészségterv. Jellemzője a partnerségi működési mód, és az, hogy a szintér közössége által saját kompetenciájukba sorolt problémák közös megoldását célozza

2. ábra



3. ábra



közös felelősségvállalással. Közös célnak a mindenki által elfogadható jobb létet – egészséget – jelöli meg. (2. ábra)

Az egészségterv ugyanakkor ciklikus fejlesztési folyamat is, amely a szintér adottságaira építve előkészítő, megvalósító és megerősítő szakaszokra bontva segít a „honnan–hová” probléma kezelésében. Az egészségterv módszertana keretjellegű, elsősorban a „hogyanok” megválaszolását rendszerezi, mivel a „mit/miket” meghatározását a szinterek kompetenciájába sorolja. A módszer gyakorlati alkalmazása egyfelől jelentős helyi erőforrásokat mobilizál, másfelől biztosíték, hogy a különböző – az egészség érdekében kifejtett – aktivitások egymás hatásait erősítsék.

Az egészségterv formailag egy dokumentum, amelyet az adott szintér szereplői és partnereik a közösség felhatalmazásával, közösen készítenek el. Őt lényegi eleme az állapotleírás; a problématerkép; a stratégia; a cselekvési terv és a visszacsatolás. (3. ábra)

Egészséget fejleszteni mindenhol, minden közösségben, minden korcsoportban lehet és szükséges, de annak érdekében, hogy a különböző szintereken zajló fejlesztések egymás hatását erősítsék, érdemes az „egészségterv”-módszert alkalmazni.

Az egészségterv célrendszerét tekintve végső soron az egészségről szól, de nem az egészségügyi („betegségügyi”) ellátás terve. Annál nem pusztán több, hanem valami egészen más.

Egy kis közösség (szintér) felelőssége az is, hogy úgy mondjon magáról valamit, hogy a felsőbb szinten tervezett koncepciók és fejlesztési stratégiák, tervek azt számításba is tudják venni. Ily módon biztosítható, hogy a helyben meglévő források kiegészítése, támogatása felhasználható és fenntartható módon valósuljon meg.

Az egészségtervek általános, hosszú távú (globális) célja

A társadalmi versenyképesség javítása, optimalizálása. Életminőségünk, egészségi állapotunk döntő mértékben meghatározza életkilátásainkat, jövőnket, egyéni, családi és közösségi szinten egyaránt. Az egészségterv tervezésével, megvalósításával olyan változások kezdődnek meg az autonóm módon szerveződő, korlátozott forrásokkal rendelkező, szinterekhez kötődő közösségekben, amelyek hatásuk összedadódásával a társadalmi versenyképesség erősödését segítik elő.

Az egészségtervek specifikus céljai

- Javuljon egy adott szintéren élő emberek életminősége és egészségi állapota.
- Az életminőség és az egészség, mint rendezőelv segítségével támogassa a szintéren élőket.
- A közösség szellemi és anyagi erőforrásainak bevonásával növelje a kompetenciájukba tartozó problémák belátható időn belül történő megoldásának esélyeit.

Az egészségtervek működési, konkrét céljai

- Az irányított változtatási folyamatban a szakemberek és a célcsoport partnerként működjenek együtt.
- Az állapot leírásában – az egészséget befolyásoló faktorok alapján – reális és egyedi képet adjanak a szinterről.
- Fogalmazzanak meg a közösséget, szintert érintő problémákat és tematizálják legalább saját kompetenciájuk és forrásigényük alapján.
- A saját kompetenciába tartozó problémák megoldását célzó programok tervezése, megvalósítása és értékelése során olyan ciklikus gyakorlat alakuljon ki, amely:
 - a közösség tagjainak a folyamatba való bevonását, a beleszólás és az aktív közreműködés lehetőségét biztosítja;
 - felszámolja a korábbi paternalista gyakorlat maradványait;
 - erősíti az egyének, közösségek autonómiáját, önbizalmát, s egyúttal felelősségérzetét.

III. Egészségterv – szintér alapú megközelítés

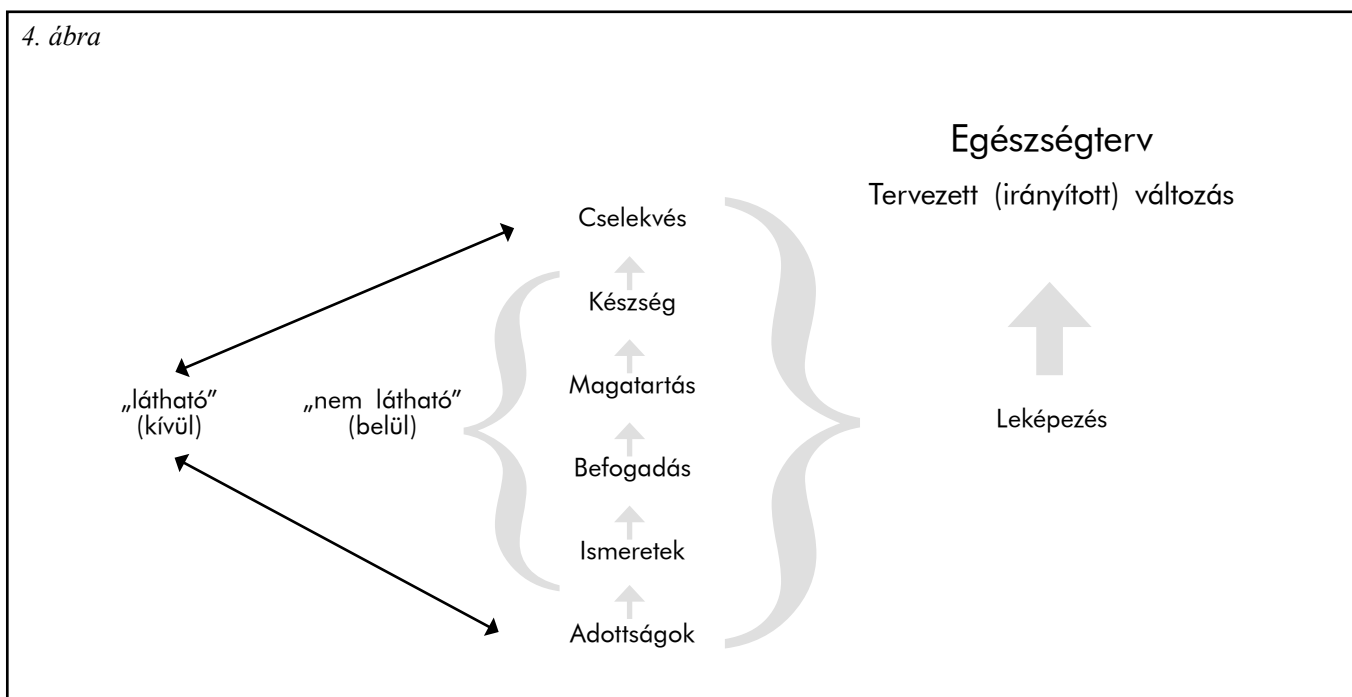
A szintér – a laikus megfogalmazás szerint – legegyszerűbben úgy határozható meg, hogy olyan közösségi tér, ahol az emberek köszönnek egymásnak. A szintér olyan „hely”, ahol az egyén otthon van, ahol a probléma is „otthon van”, és ahová – az előzőekből adódóan – a beavatkozást is el kell juttatni.

Tehát a szintérprogramok – a rizikócsoportos megközelítéstől eltérően – célcsoportjukat természetes „élőhelyén” találják meg, az egyének természetes, organikus társas kapcsolataiba ágyazottan fejtik ki hatásukat.

A Nemzeti Népegészségügyi Program (46/2003. (IV.16.) OGY határozat) tíz évre szóló (2003–2013) stratégiai program, azzal a célkitűzéssel, hogy Magyarország egészségi állapotát arra a szintre emelje, amely megfelel az ország társadalmi és gazdasági fejlettségéből adódó követelményeknek; és minden magyar állampolgár a lehető legegészségtesebben éljen. A 19 alprogram közül egy (4.) csak a szinterekről szól. (1. táblázat)

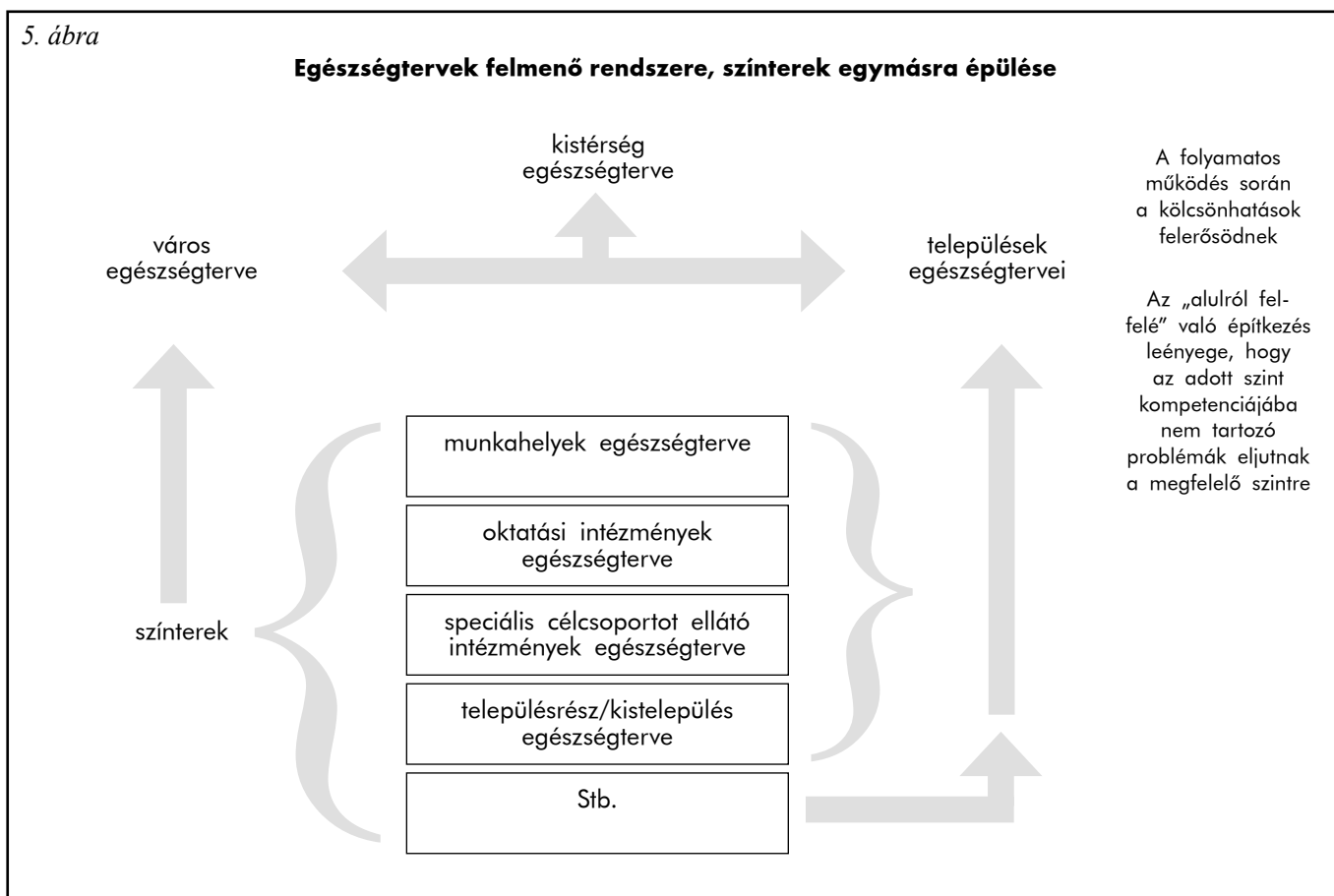
A szintér az a család utáni szocializációs szint, ahol az egyén társadalmi kapcsolatai és normakövetése megvalósul. Az egészségfejlesztésben alkalmazott szintér-megközelítés a mindennapi élet színtereinek tekintetében szűkebb értelemben minden önkéntes, közösségi (informális csoportos) rendszeres aktivitást. Tágabban azon formális csoportokat is ide sorolja, ahol mód van az informális kapcsolatok erősítésére, amellyel a közösségi támogatottságot, és így az egészséget is fejleszteni lehet (pl. oktatási intézmények, munkahelyek, speciális célcsoportot ellátó intézmények, kistelepülések, településrészek, lakótömbök, stb.). Az egyes szinterek további jelentőségét az adja, hogy nagy létszámú társadalmi csoportok csak egyes speciális szintereken érhetőek el.

Az egészségterv a szintéren kívüli megfigyelő szempontjából nem látható folyamatokat tesz látványossá. Folyamatos



1. táblázat

	Kiknek?			Hol?	Mivel?			
	1) Egészséges ifjúság	2) Idősek egészségi állapotának javítása	3) Esélyegyenlőség az egészségért	4) Egészségfejlesztés a mindennapi élet színterein	16) Népegészségügyi szűrővizsgálatok	17) Ellátás fejlesztés	18) Erőforrás fejlesztés	19) Monitorozás, informatika
Nemzeti Népegészségügyi Program – Alprogramok								
Mit?	5) Dohányzás visszaszorítása							
	6) Az alkohol- és drogmegelőzés							
	7) Egészséges táplálkozás és ételmiszerbiztonság							
	8) Aktív testmozgás elterjesztése							
	9) Közegészségügyi és járványügyi biztonság							
	10) Nemzeti Környezet-egészségügyi Akcióprogram							
	11) Koszorúér- és agyér-betegségek okozta megbetegedések, halálozások visszaszorítása							
	12) Daganatos megbetegedések visszaszorítása							
	13) A lelki egészség megerősítése							
	14) Mozgásszervi betegségek csökkentése							
	15) AIDS megelőzés							



működés esetén az állapot leírása és a cselekvések rendszerre jól tükrözi a szintér szereplőinek ismereteit, az új ismeretek befogadását, módosított magatartásaikat, készségeiket. (4. ábra)

A szintéren a szereplők és az általuk feltárt (kompetencia, forrásigény szerint csoportosított) problémák egy időben, egyszerre vannak jelen. A problémák egy része operatív, gyors beavatkozást, más részük tudatos, tervezett, irányított beavatkozást igényel a sikeres megoldás érdekében. Nyilvánvaló, hogy ami lokális szinten kompetencia hiányában nem oldható meg, az csak „magasabb” szinteken lehetséges. Ennek biztosítéka a szintek egészségterveinek egymásra épülése és az „alulról felfelé” való építkezés. (5. ábra)

A különböző lokális szintek egészségtervei megalapozzák a „magasabb” szintek egészségterveit. Így – megfelelő előkészítés után – mód nyílik akár egy város, akár egy kistérség egészségtervének elkészítésére is, a szubsidiaritás elvének érvényesülése mellett.

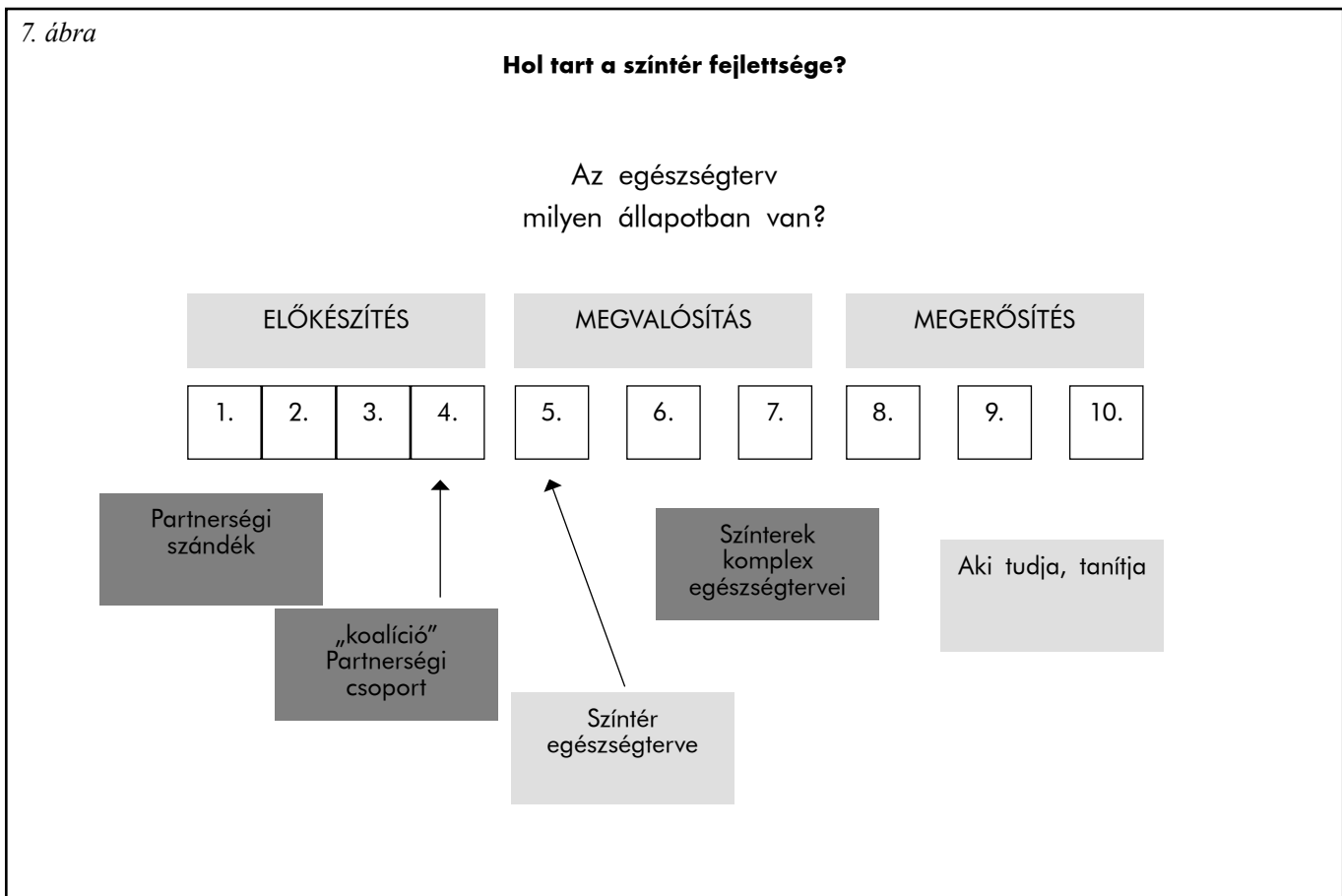
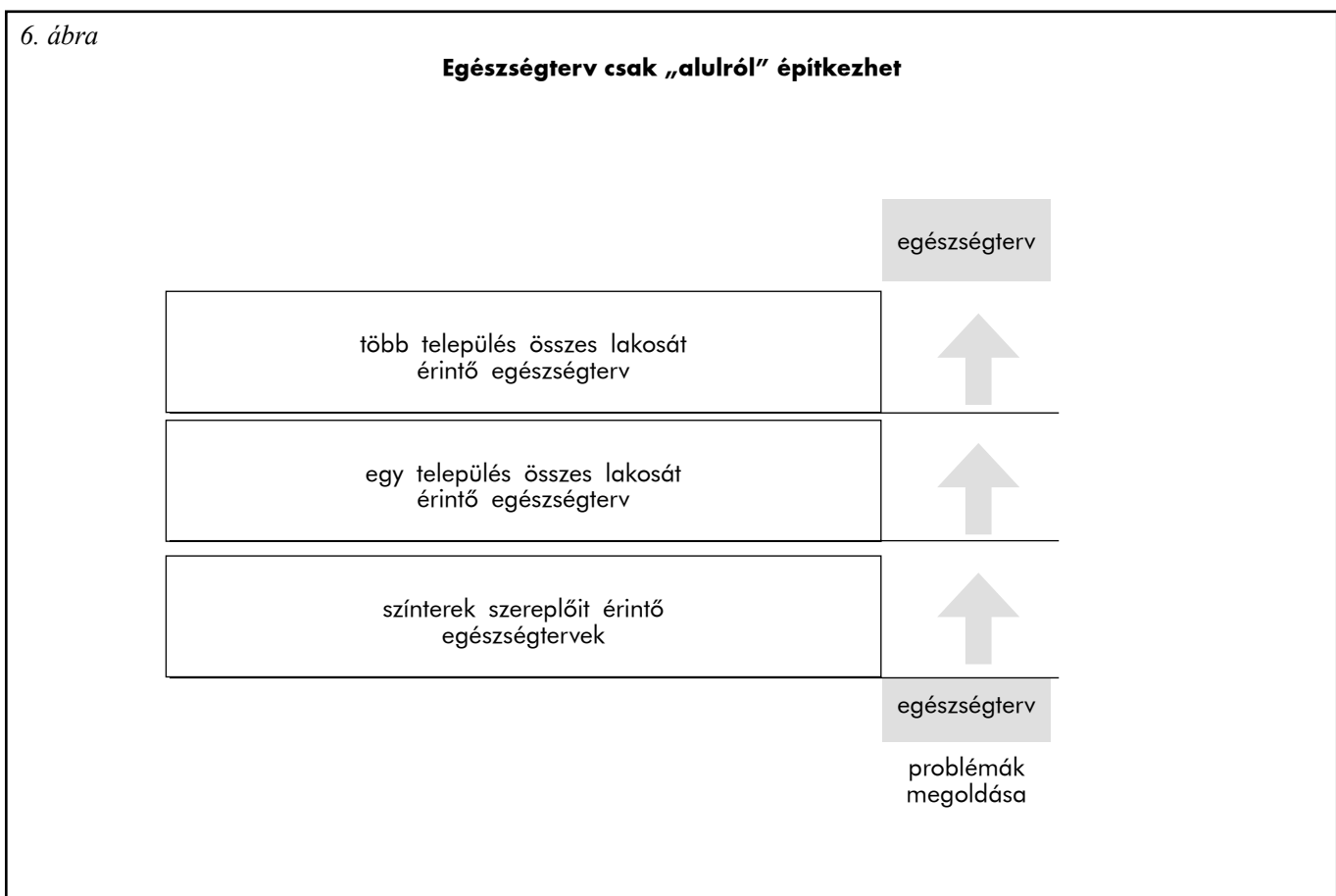
Egy városi vagy kistérségi egészségterv akkor értelmezhető, ha a lokális szintek kompetenciájukba nem tartozó problémáit térképezi fel és azok kezelésére törekszik. (6. ábra)

IV. Az egészségterv mint fejlesztési folyamat

Stratégia nélkül a problémamegoldási helyzetek sokaságában nem lehet hatékonyan működni, a stratégia jelöli ki azokat az irányokat, amelyek mentén a működési tevékenységek elemei összeadódnak, összeadóhatnak, és így hatásuk felerősödhet. A jó stratégia elveket, irányokat és működési módokat határoz meg, így egyrészt behatárolja a tevékenységi területeket, másrészt hosszú távú idő-ütemezést is ad.

Az egészség fejlesztése ugyanolyan stratégiai tervezést igényel, mint bármilyen más fejlesztési folyamat, a fejlesztés célja a jobb egészség, jobb életminőség lesz. Amikor az egészség előfeltételeit, „meghatározóit” fejlesztjük, nyilvánvalóan fejlesztjük az egészséget önmagát is – különösen akkor, ha a fejlesztések által adott lehetőségeket az életmód változtatásának irányában használjuk fel. A célzott egészségfejlesztési program az egészség jelen helyzetéből – egy közösség jelenlegi egészségi állapotából – kíván eljutni egy minőségileg jobb helyzet felé. Az egészségfejlesztési tervek-nél ugyanazon kérdéseket kell feltennünk, mint bármilyen más stratégiai terv, projekt megtervezésekor.

Az egészségterv elkészítése annyiban tér el más tervezési gyakorlatoktól, hogy egyfelől a célcsoport igényeit tekintti kiindulópontnak, másfelől a szintér (közösségi) fejlettségi szintjén alapul. A szintér fejlettségi szintje önmagában meghatározza azt, hogy a fejlesztési folyamat melyik lépcsőjére lehet/érdemes becsatlakozni.



8. ábra

MIT KELL FEJLESZTENI?

Előkészítő szakasz (egészségterv előtt)

1. Intézményi hálózat és szakmai humán háttér

2. Helyi, települési humán erőforrás

3. Közösségek

4. Helyi tervezési képességek

Várható kimenet:helyi humán erőforrás fejlődik,
projektek adaptálása,
projektek megvalósítása

9. ábra

MIT KELL FEJLESZTENI?

Megvalósítás (egészségterv a szintéren)

5. Egészségtervek megvalósítása

6. Egyéni ismeret, tudásszint, attitűd

7. Közösségi kohézió

Várható kimenet:helyi humán erőforrás fejlődik,
programok adaptálása,
programok megvalósítása

10. ábra

MIT KELL FEJLESZTENI?

Megerősítés (több szintér komplex egészségterve)

8. Életmódváltás közösségi minták alapján

9. Egészségi állapot javulása,
térsgégi egészségtervek elterjedése

10. Munkavégző képesség, foglalkoztathatóság

Várható kimenet:helyi közösség egészségállapota javul
komplex programok adaptálása,
megvalósítása,
intézményesülő gyakorlat, a tudás
átadása

A fejlettségi állapot nem csak a szinterek között, hanem a szintereken belül is különbözhet. Az egészségtervnek, mint fejlesztési folyamatnak minőségi kritériuma, hogy az egészségben is megmutatkozó különbségeket ne növelje. Fontos, hogy a jókból még jobbak legyenek, de legalább ilyen súlyú, hogy a fejlesztések a rossz érdekérvényesítési képességű, hátrányos helyzetű csoportokat is szükségleteiknek megfelelő módon elérjék.

Egészségterv szempontjából vannak olyan szinterek, ahol a fejlesztés gondolatata még fel sem vetődött, mások az egészségterv előkészítésénél tartanak, vannak, ahol projekteket valósítanak meg, és olyanok is, ahol már megvalósult fejlesztéseik hatására egy jobb egészségi állapotot fejlesztenek tovább, vagy éppen másokat segítenek az egészségterv elindításában. (7. ábra)

A deprivált vagy hátrányos helyzetű szintereken elsősorban a fejlesztés lehetőségének a felismerése, az előkészítés, a közösségfejlesztés és a partnerségi szándék kinyilatkoztatása a legfontosabb megvalósítandó cél.

A változás a fejekben kezdődik. Az éréshez idő kell. Az előkészítő szakasz idő- és energiárfordítása később kamatozik. Az elnagyolt, vagy siettetett előkészítő szakasz az egészségterv céljainak megvalósítását/megvalósulását veszélyezteti. (8. ábra)

Azokon a szintereken, ahol már jól működő közösségek vannak, elkezdődhet a stratégiai tervezés. A stratégiai tervezés kapcsán kialakítható az a működési mód, amellyel a fejlesztés fenntartható. (9. ábra)

Ahol a jól működő, helyi közösségek által elkészített egészségtervek már rendelkezésre állnak ott nyilvánvalóan az egészségterv fejlesztése és a közösség életmódjának megváltoztatása kerül előtérbe. (10. ábra)

Összefoglalás

A *Fejleszthető (tervezhető) egészség* című tanulmány a szintereken folyó egészségfejlesztési tevékenység elméleti és gyakorlati megvalósításának összefoglalója. Bemutatja,

IRODALOM

1. *Az egészségfejlesztés alapelvei (Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai). Egészségfejlesztési módszertani füzetek (1),* Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004.
2. *Egészségfejlesztés a szintereken. Egészségfejlesztési módszertani füzetek (3),* Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004.
3. Dr. Füzési Zsuzsa–Dr. Tistyán László: *Egészségfejlesztés és közösségfej-*

hogyan az egészség ügyének szolgálatában, az egészségterv módszertanának használatával hogyan valósítható meg a szubszidiaritás. Az egészségterv áttekintése három szempontból – mint dokumentum, mint működési mód és mint fejlesztési folyamat – történik.

A tanulmány célja, hogy koherens fogalmi keretek között segítse a TÁMOP-forrásokra pályázókat, valamint azokat, akik kistérségi szintű egészségtervezésre is gondolnak. Ezért kitér a szintereken folyó egészségfejlesztési programok általános minőségi kritériumaira, valamint a pályázati szereplők és érdekek bemutatására is. Külön fejezetben tárgyalja a kezdeteket, azt, hogy egy szintéren milyen előfeltételek mentén milyen fejlesztési célokat érdemes kitűzni.

Az *Országos Egészségfejlesztési Intézet* reményei szerint a tanulmányban bemutatott egészségterv-módszertan hozzájárul ahhoz, hogy a meglévő, mintaértékű kezdeményezések és helyi akciók vektorai összeadódnak és egy irányba mutassanak: a lakosság egészségi állapotának javulása, a társadalmi versenyképesség fokozása felé.

Summary

The essay „*Health that Can Be Developed (Planned)*” is a theoretical and practical implementation summary of health promotion activity in settings. It describes how subsidiarity can be implemented in the interest of health, applying the methodology of health plans. Health plans are reviewed from three aspects: from the aspect of a document, a mode of operation and a development process.

The aim of the essay is to help TÁMOP applicants and those who also pay attention to micro regional health planning, in a coherent conceptual framework. Thus, it mentions the general quality criteria of health promotion programmes in settings and it presents participants of applications and the applicants’ interests. A separate chapter describes the beginnings and it details what kind of development aims are worth to set in different settings and within different pre-conditions. The *National Institute for Health Development* hopes that the health plan presented in this essay will cumulate the effects of the various promising practices and local initiatives on improving the health status of the population and enhancing social competitiveness.

lesztés a szintereken. Egészségfejlesztési módszertani füzetek (4), Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004.

4. Vercseg Ilona: *Legalább ennyit a közösségfejlesztésről. Egészségfejlesztési módszertani füzetek (5),* Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004.
5. Kósa Karolina: „Van-e hazai közmegegyezés arról, hogy mi az egészségfejlesztés?” In: *Népegészségügy. Az Egészségügyi Minisztérium tudományos és egészségpolitikai folyóirata*, 88. évfolyam, 1. szám

A munkahelyi alkoholkérdés kezelésének nemzetközi gyakorlata

Dr. Szabó Gyula

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

Bevezető

Az *Európai Unióban* a káros és veszélyes alkoholfogyasztás évente 195 000 halálesethez vezet, ez így a harmadik legnagyobb kockázati tényező. Az alkoholfogyasztásnak tulajdonítható munkahelyi hiányzások következtében kieső termelés egyes becslések szerint 9–19 milliárd, illetve 6–23 milliárd euróba kerül.¹

Bebizonyosodott, hogy az alkoholra vonatkozó átfogó szabályozásokra szükség van, de ezeket a szabályozásokat országonként kell kialakítani, hogy a helyi sajátosságokat tükrözhessek, és jobban megfeleljenek az ott élők szokásainak, elvárásainak.

E tanulmányban a munkahelyi alkoholkérdés európai szintű jogi szabályozása, valamint a szakmai tartalomhoz nagymértékben hozzájáruló *ILO*-dokumentumok mellett példaként két helyi szabályozás rövid összefoglalóját is ismertetjük.

Újabb fejlemények az Európai Unióban

A munkahelyi alkoholkérdés kezelésére tett erőfeszítések nemzetközi szinten az európai alkoholstratégia² 2006-os elfogadása óta előrelépéseket hoztak (ld. összefoglaló³). Az *Európa Tanács* 2009-ben kiadott következtetéseiben a megkezdett munka folytatásához ad pontosítást. Továbbra is prioritásként szerepel az alkohollal kapcsolatos károk a felnőttek körében történő megelőzése és a munkahelyre gyakorolt kedvezőtlen hatások csökkentése.⁴

Az *Európai Unió Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Igazgatósága* 2009 végén elkészítette az *Európai Alkoholpolitika* megvalósulásának első előrehaladási jelentését.⁵ A jelentés főbb megállapításai a következők: 2009-ben a 29 tagállamból 18 rendelkezett nemzeti alkoholstratégiával, mindössze 11 tagállamban (köztük Magyarországon is) vagy alsóbb szintű, vagy hiányzik a szabályozás.

A legtöbb tagállamban több munkahelyen működik alkoholmegelőzés és -tanácsadás, és a tagállamok harmada folytatott az utóbbi időben széleskörű figyelemfelkeltő kampányt az alkohol munkahelyi hatásainak ismertetésére.

A legtöbb tagállamban a munkahelyeket alkoholmentes területeknek tekintik, és ezt jogszabályokkal vagy önkéntes megállapodásokkal biztosítják. Általában a jogi szabályozás alapján alkoholmentes az oktatás, az egészségügy, a közlekedés, a sport és az állami intézmények területe, míg a munkahelyek és egyházi területek helyi szabályozások vagy önkéntes megállapodások alapján alkoholmentesek.

Az *ILO* alkoholra és a kapcsolatos ártalmakra irányuló akciói és politikái

Az *ILO* (*International Labour Organisation, Nemzetközi Munkaügyi Szervezet*) munkahelyi alkoholra vonatkozó megközelítése a szervezet jellegéből adódóan eltér a korábban tárgyalattól. Itt a jogi környezetet nehezen változtatható peremfeltételként tekintik, és a hangsúly a munkáltatók és a munkavállalók játéktérére és célszerű viselkedésére irányul.

Bár az elmúlt időszakban részleges paradigmaváltás következett be a területen, az *ILO* egy gyakorlatban alkalmazható módszertan finomítását és következetes alkalmazását támogatja. Az *ILO* módszertana teljes kidolgozottságában két kézikönyvben hozzáférhető, és a gyakorlati alkalmazáshoz szükséges formában magyarul is elérhető.

Az *ILO* 1996-os *Munkahelyi alkohol- és kábítószer-menedzsment* című kézikönyve az alábbi alkohollal kapcsolatos munkahelyi korlátozásokat ismereti:⁶

- A munkavállalókkal vagy képviselőikkel folytatott konzultáció után a munkáltató korlátozhatja, vagy megtilthatja az alkohol birtoklását, fogyasztását és értékesítését a munkahelyen, beleértve a büfét, az étkezdét és a kávézót is.
- A munkavállalókkal vagy képviselőikkel folytatott konzultáció után a munkáltató megszüntetheti, vagy határozott mennyiségre, illetve jól behatárolt alkalmakhoz kötheti az alkohol reprezentációs célú fogyasztását.
- A munkáltató ugyanazokat a korlátozásokat alkalmazza a munkásokra és a vezetőkre, annak érdekében, hogy a szabályozás világos és következetes legyen.
- A fenti korlátozások vagy tiltások a munka természete, a nemzeti, kulturális és társadalmi környezetnek megfelelően lényegesen különbözhetnek.

- Tilos a bért alkoholban kifizetni.

Bár a fenti kézikönyv alapjaiban mai napig elfogadott ILO-módszertannak számít, azonban az utóbbi időben jelentős szemléletváltozás figyelhető meg:

A szigorúbb szabályok és a fokozott ellenőrzés bevezetése – a tapasztalatok szerint – nem elegendő a túlzott szerfogyasztás munkahelyi hatásainak csökkentésére. Ezzel ugyan általában csökken valamely szer, általában az alkohol hatása alatt munkát felvevők száma, de a megváltozott ivási szokások (pl. a szabadnapokon egyszerre fogyasztott nagyobb mennyiség) fokozottabb egészségromláshoz vezetnek. Ezzel bizonyos mértékben összefügg, hogy a megváltozott munkaképességűek és a munkanélküliek jelentős hányadát a drog- és alkoholproblémával küzdők teszik ki.⁷

Az ILO megközelítésében a felelősségvonnás, beleértve az elbocsátást, nem megfelelő válasz a szerekkel történő visszaélésre, hiszen a büntető megközelítés számos hátránnyal is jár:⁸

- A törvény, a kamarai bíróságok és a munkavállalói szervezetek egyre fokozottabban követelnek konstruktív választ a munkáltatóktól,

- Az elbocsátás költséges, és értékes munkások elvesztéséhez vezethet,

- Az új személyzet felvétele és betanítása költséges és időigényes,

- Az elbocsátás a helyzetet tovább rontja, hiszen az egyén még inkább társadalmi teher lesz, és e teher viselése – mint a társadalom tagjára – részben ismét a vállalatra hárul,

- Ha a munkahelyi környezet közrejátszott a probléma kialakulásában, akkor az elbocsátás nem megoldás.

Az ezredfordulón megfigyelhető szemléletváltással a munkahelyi alkohol- és drogférdés üldözendő cselekvésből kezelendő állapottá vált. Az új megközelítésben a megoldást a mérsékelt ivást elfogadó, önmegfigyelést alkalmazó „zöld zóna” felfogás, azaz az átfogó megelőző tevékenység jelenti. Ebben a munkáltató és az alkalmazott kölcsönös előnyökkel küzdi le az alkoholproblémát, hiszen:

- A megelőző tevékenység az alkalmazottak egészségére teszi a hangsúlyt, így ez pozitív megközelítés, amelyet a vezetők és a dolgozók is elfogadhatnak.

- A prevenciós programmal a vállalat is profitál, hiszen csökkennek az alkohollal kapcsolatos veszteségei, pl. hiányzás, erőszakos cselekedetek, balesetek.

Az ILO szükségesnek ítéli a programok fenntarthatóságának biztosítását, és ennek anyagi feltételeit hosszú távon a vállalat saját forrásai terhére képzeli el, bár elismeri külső (állami és nem állami) források szükségességét is a program beindításához.

Az ILO-stratégia elsőnek a felsővezetést kívánja az alkoholfogyasztással kapcsolatos vállalati politika ügye mellé állítani, amelynek megvalósítása során sok múlik a vállalatvezetés elkötelezettségén. A stratégia lényege olyan programok bevezetése, amelyek a káros alkoholfogyasztás megelőzésére, a kábítószeres és az alkohol iránti kereslet csökkentésére összpontosítanak az alkalmazottak körében. Szintén fontos elem a gyógyuló alkohol- és drogfogyasztók rehabilitációja. Végül pedig a program ösztönözi a közös

ség bevonását is, mivel ez hidat képez a munkahely, a család és a társadalom között. A stratégia elemeit a magyarországi munkahelyek foglalkoztatási viszonyait figyelembe véve kell alkalmazni.⁹

A programokban – a munkavédelmi törvény hagyományos munkaegészségügyi szabályozási gyakorlatán túlmenően – a jelenleginél nagyobb hangsúlyt kell, hogy kapjon – a vállalati társadalmi felelősségvállalás egyik lehetséges irányaként és területeként – a munkahelyi drog- és alkoholmegelőzés. E tevékenység kapcsán nagyobb mértékben jelenjen meg egy új közösségi politika, a munkáltatói felelősség a drog és alkohol okozta társadalmi-szociális problémák kezelésének igényére, illetve a munkavállalók és családtagjai támogatására. A munkaadók ne csak bűnösnek tekintsenek az alkohol- és drogfogyasztó munkavállalóra, hanem úgy is, mint aki bajba került és segítségre szorul. Nemcsak azt kell egyértelművé tenni, hogy az alkohol- és drogfogyasztás a munkahelyen tilos, hanem azt is, hogy az alkohol- és drogfogyasztással küzdő munkatársak segítséget kaphatnak a munkahelyen.¹⁰

Az ILO a prevenciós programot más egészségre és biztonságra irányuló tevékenységekbe ágyazva tartja fenntarthatónak, azaz a vállalaton belül – szerencsés esetben – a foglalkozás-egészségügyi vagy a munkabiztonsági szervezet gondozhatja a programot.

Az ILO megközelítésében a megoldás központi eleme a munkahelyi alkoholpolitika. A kézikönyv (és a hazai adaptáció) kidolgozott példákat is tartalmaz. A kézikönyv főbb elemei:¹¹

- *A program indoklása* (a dolgozók egészsége, biztonság, jóllét)

- *Célkitűzések* (rövid távú és hosszú távú mérhető célok)

- *Kiterjedés* (dolgozók, vezetők, esetleg családtagok is)

- *Bizalmasság* (a programban résztvevők személyére vonatkozóan)

- *Szerepek és felelőségek* (vezetői elköteleződéssel)

- *A lefedett anyagok* (alkohol, marihuána, illegális kábítószerek)

- *Hozzájárás, birtoklás és használat*: a politikának világosan meg kell határozni, hogy mely szereket szabad a vállalati területre behozni; mely szereket lehet bejelentés mellett használni; mely szereket lehet árusítani az étkezési területeken és vállalati eseményeken.

- *Képzés, figyelemfelkeltés*

- *Vizsgálat, támogatás, a kezelés helyének, módjának meghatározása*

- *Tesztelés*: A testnedvek alkohol- vagy drogirányú tesztelése nagyon ellentmondásos, és korlátozások vagy tiltások alá eshet bizonyos nemzeti szabályozásokban. Másrészt a törvények előírhatják a dolgozó tesztelését a szerhasználat megállapítására. A politikának ezért pontosan meg kell határozni, hogy van-e tesztelés, kit, milyen körülmények között és milyen pszichotrop anyag vizsgálatára tesztelnek. A tesztelési program kidolgozására és megvalósítására – az ügy bonyolultsága miatt – szakértőt kell bevonni.

- *A munkakörre gyakorolt hatás*. A politikának világosan ki kell mondania, hogy azok, akik korábban is szenvedtek

hasonló problémáktól, vagy alávetették magukat a jelenlegi szerre irányuló kezelésnek, azonos munka- és előmeneteli lehetőséget élveznek. Lehetnek azonban olyan nemzeti szabályozások, amelyek megtiltják bizonyos munkakörök betöltését ebben a helyzetben.

• *A politika megszegésének következménye.* A képzést, tanácsadást, kezelést, stb. a felelősségrevonással szemben előnyben kell részesíteni. Ha azonban a dolgozó megszegi a szabályokat, vagy megtagadja az együttműködést, a munkáltató szankciókkal élhet (pl. a szabályszegés súlyosságától függően írásbeli figyelmeztetés, felfüggesztés, elbocsátás). Súlyos esetben, ha pl. az alkalmazott drogot ad el a munkahelyen, akkor feljelentésre is sor kerülhet.

A helyesen megtervezett és végrehajtott munkahelyi alkoholpolitika eredményeként nemcsak az egészségügyi kiadások csökkennek, az alkoholpolitika bevezetése 40–50%-kal csökkentheti a betegség miatti hiányzásokat, 80%-kal a munkahelyi baleseteket. A morbiditás és a mortalitás csökkenése mellett további előnye, hogy nő a munkahelyi produktivitás és a helyes életmódra nevelés hatására nemcsak a munkahely, hanem általában az alkoholfogyasztás is csökken.¹²

Az ILO felismeri a tesztelés fontosságának problematikáját, ennek megfelelően külön foglalkozik a tesztelés technikai kérdéseivel:

- kit tesztelnek,
- milyen anyagokat vizsgálnak,
- az egyes anyagoknál milyen szinteket ellenőriznek,
- mikor hajtják végre a tesztet,
- milyen gyakran végzik el a tesztet,
- milyen specifikus tesztről van szó, és ezt milyen lépések követik,
- milyen következménnyel jár egy pozitív teszteredmény,
- milyen megoldásokkal biztosítják a bizalmasságot és a titokvédelmet.

A munkahelyi alkoholfogyasztás szabályai Olaszországban

Már az 1956-os, a munkahelyi higiéniáról kiadott *D.P.R. n. 303 Köztársasági Elnöki rendelet 42. paragrafusában (az élelmiszerek megóvására és az italokra vonatkozó szabályozás)*¹³ kimondta, hogy

- A munkavállalónak biztosítani kell a feltételeket élelmiszereinek tárolására, melegítésére és a mosogatásra.
- A munkahelyeken tilos bor, sör és egyéb alkoholtartalmú italok kiszolgálása.
- Étkezési időben azonban lehetőség van kis mennyiségű bor és sör kiszolgálására az étkezésben.

Törvény az alkoholról és az alkoholproblémákról

A *125/2001 törvény Az alkoholról és az alkoholproblémákról*¹⁴ megteremtette a megfelelő alapot az átfogó intézkedésekhez. Az egészségügyön (a megelőzésen, vagy az alkoholfüggők gondozásán és szociális rehabilitációján) kívül több olyan társadalmi és kulturális területre is kiterjed, mint

pl. a reklám, a közúti biztonság, az értékesítés szabályozása és a munkahelyi biztonság.

A *125/2001 törvény 15. paragrafusa* különösen releváns, hiszen közvetlenül a munkakörnyezetre irányul:

- Az alkoholtartalmú italok és szeszesitalok fogyasztásának és kiszolgálásának tilalma a fokozottan veszélyes munkahelyeken.
- Az egyéb jogszabályokban meghatározott orvos és foglalkozás-egészségügyi orvos joga az alkoholvizsgálat elvégzésére.
- Az alkoholfüggő alkalmazottak terápiás és rehabilitációs programokban való részvételi lehetősége. Ezt részletesen a kábítószerkről és pszichotróp anyagokról, a kábítószertől függő állapot megelőzéséről, kezeléséről és a rehabilitációról szóló *D.P.R. n.124. Köztársasági Elnöki rendelet (309/1990)* szabályozza.

• A rendelkezés megszegését a jogszabály pénzbírsággal rendeli büntetni.

Ez a törvény egyébként a közúti közlekedési szabályait is módosította, a megengedhető legmagasabb alkoholszintet 0,8-ról 0,5 g/l-re csökkentve.

Nyomonkövetés

A *125/2001 törvény* betartásáról évente jelentést készítenek, amelyben az előírások országos és helyi szinten történő megvalósulását értékelik. A jogszabály felépítésének megfelelően ezekben a jelentésekben a munkahelyi alkoholszabályozásban elért eredmények is szerepelnek.¹⁵

A legutóbbi jelentés megállapítja, hogy Olaszországban 1981 és 1998 között az átlagos, egy főre jutó tiszta alkoholfogyasztás kifejezve jelentősen csökkent az alkoholfogyasztás (–33,3%), ami főleg a borfogyasztás visszaesésének köszönhető. Egyidejűleg az egyik legfontosabb alkoholfogyasztás okozta egészségkárosodási mutató, a májcirrózisos halálozási arány 1990-től 2004-ig – 100 000 főre vetítve – fokozatosan 22,60-ról 10,73-ra csökkent.

A *6.1.9. fejezet* a munkahelyi biztonság megteremtése érdekében kifejtett tevékenységeket vagy projekteket ismerteti, amelyek tartományonként szerveződnek, és területi különbségeket mutatnak. Példaként két tartományt ismertetünk.

Veneto tartomány

A foglalkoztatási szereplők tevékenységét összehangolták a munkahelyi biztonsággal kapcsolatos tevékenységekkel. A fő célcsoportok: a munkavállalók, a munkaadók, a szakszervezeti képviselők, a foglalkozás-egészségügyi orvosok, a biztonsági személyzet és a munkahelyi szakmai szövetségek.

A tanácsadást, a konkrét célok megfogalmazását és tudatosítását követően a fő célkitűzés az alkoholhoz köthető foglalkozási betegségek és sérülések kockázatának csökkentése.

Emilia-Romagna tartomány

A *Modenai Egészségügyi Központ (AUSL – Azienda Unitá Sanitarie Locali)* koordinálásával megvalósult az „Alkohol

és Munka” regionális projekt, amelynek célja a munkahelyi alkoholproblémák megelőzése, csökkentése.

A projekt fő célkitűzései:

- „Alkohol és Munka” regionális koordinációs csoport létrehozása kutatásra, szervezésre, megelőzésre, beavatkozásra,

- a beavatkozás modelljeinek meghatározása, majd a munkahelyi alkoholproblémák prevenció programjának végrehajtásához szükséges eszközök és anyagok előkészítése,

- multidiszciplináris munkacsoport létrehozása a projektben résztvevő összes területen, amelynek feladata a beavatkozások végrehajtása és a prevenció tevékenység folytatása,

- a projektben dolgozó munkacsoport tagjainak kiválasztása,

- technikai, szakmai és tudományos támogatás nyújtása a regionális projektek elfogadása és végrehajtása érdekében (ideértve a működtetéshez használt eszközök biztosítását),

- az együttműködés fejlesztése a *Patológiás Függőségi Szolgálatok (Ser.T)* és a *Munkahelyi Biztonsági és Megelőzési Szolgálatok (SPSAL)* között.

A Nemzeti Alkohol és Egészség Terv

Az olasz alkotmány változását követően az Egészségügyi Minisztérium az „125/2001 törvény Az alkoholról és az alkoholproblémákról” előírásainak betartása érdekében alkotta meg a *Nemzeti Alkohol és Egészség Tervet (Nazionale Alcol e Salute PNAS)*.

A 2007-ben elkészített terv a *125/2001-es törvény* szellemében megalkotott programadó dokumentum, azzal a céllal, hogy előmozdítsa a megvalósítást, megerősítse a megelőző tevékenységet, és csökkentse az alkohollal kapcsolatos betegségeket és halálozásokat Olaszországban.

A terv a 2007-től 2009-ig terjedő időszakot fogja át és központi és tartományi forrásokból valósul meg.

A *Nemzeti Alkohol és Egészség Tervben (PNAS)* nyolc prioritást határoztak meg az alkohollal kapcsolatos halálozás, a megbetegedések és az ártalmak csökkentése és megelőzése érdekében:

- Tájékoztatás
- Ittas vezetés
- Környezet és munkahelyek
- Az ártalmas alkoholfogyasztás és alkoholfüggőség kezelése

- A gyártás és kereskedelem felelőssége
- Szociális képesség az alkoholfogyasztásból eredő kockázatok leküzdésére

- Az önkéntes szervezetek, kölcsönös segítők és nem-állami szervezetek lehetőségei

- Az alkohollal kapcsolatos ártalmak nyomon követése

A célkitűzések között a munka világára vonatkozóan az alábbiak szerepelnek:

- Az olyan alkohollal kapcsolatos kockázatok csökkentése, amelyek meghatározott környezetben fordulnak elő, például családban, munkahelyeken, ivó közösségekben vagy vendéglátóhelyeken.

A cselekvési tervben a munkahelyekre vonatkozó célkitűzés:

- A munkahelyeken az alkoholtermékek ártalmának csökkentése, különösen a biztonságra és egészségre ártalmas munkahelyeken, ahol balesetek és erőszakos cselekmények fordulhatnak elő.

Megvalósítandó akciók:

- A résztvevők (üzleti világ, szakszervezetek, tartomány) együttműködésének serkentése,

- olyan munkahelyi politikák előmozdítása, amelyek oktatáson és egészségfejlesztésen alapulnak,

- a kockázatok korai (ön)felismerésének és elfogadásának lehetősége, a magánélet teljes tiszteletben tartása mellett,

- integrált kezelés elérhető egészségügyi és szociális szolgáltatásokkal.

Munkahelyi alkohollpolitikák jogi háttere Victoria államban (Ausztrália)

Victoria államban – mint a legtöbb ausztrál államban és területen – tilos 0,05%-nál magasabb véralkoholszinttel vezetni. Victoria államban a tanuló és próbaidős vezetők véralkoholszintjének 0-nak kell lennie.

A szeszital ellenőrzés reformjáról szóló 1998. évi törvény korlátozza a 18 év alatti fiatalok engedélyezett helyeken való tartózkodását és/vagy szesz italal való kiszolgálását.

Alkoholfogyasztás a munkahelyen

Nincs általános jogszabály, amely tiltaná a munkahelyi alkoholfogyasztást.

Speciális foglalkozási csoportok esetében azonban a (köz)biztonságvédelmi szabályok korlátozzák vagy tiltják az alkohol- és kábítószerhasználatot. Ilyen szektorok pl. a közlekedés (kereskedelmi közúti szállítás, vasúti közlekedés, polgári légitársaság, tengeri szállítás), a vasút-biztonság és a bányászat. (*Occupational Health and Safety (Mines) Regulations, 2002*).

Általános munkahelyi jogszabályok

Sem az alkohol, sem a kábítószer témáját nem említi külön a *2004. évi Victoria állambeli Foglalkozás-egészségügyi és Biztonsági (FEB) Törvény (OHS Act 2004)*, és a legtöbb más FEB-jogszabály Ausztráliában, kivéve Tasmaniát és Dél-Ausztráliát. A 2004. évi FEB-törvény általános rendelkezései:

- *A munkáltatókkal szembeni elvárás:*

- biztonságos és egészségi kockázatoktól mentes munkakörnyezet nyújtása és fenntartása, ami (nem kizárólagosan) a következőket foglalja magában: tájékoztatás nyújtása, betanító képzésben való részvétel, felügyelet, a dolgozók egészségének és munkafeltételeinek ellenőrzése, stb. (*21. és 22. szakasz*)

- harmadik személyek védelme (pl. közönség, látogatók, önkéntesek) a vállalat tevékenysége okozta egészségi és biztonsági kockázatoktól (*23. és 24. szakasz*).

- konzultáció a munkavédelmi ügyekben érintett munkavállalókkal, többek között az ilyen ügyek azonosítása és felmérése esetén, illetve az ezek ellenőrzését célzó lépéseket illető döntésekkel kapcsolatban (35. szakasz). Ebből következően bármilyen alkohollal és a munkával kapcsolatos szakpolitika vagy eljárás kidolgozása és megvalósítása esetén a munkáltatóknak egyeztetniük kell a munkavállalókkal.

- *A munkahelyeket irányító vagy ellenőrző személyek*, amennyiben gyakorlati szempontból indokolt, kötelesek szavatolni a biztonságos, egészségi kockázatoktól mentes munkahelyre való be- és kilépés feltételeit (26. szakasz).

- *A munkavállalókkal szembeni elvárás:*

- saját és mások egészségével és biztonságával ésszerűen törődjenek,

- működjenek együtt a munkáltatóval a FEB-előírások betartásában (25. szakasz).

- *Mindenkitől* elvárt, hogy gondatlanságból ne veszélyeztessen bármely más személyt a munkahelyen (32. szakasz).

Ausztráliában még nem egyértelmű, hogy a munkavállaló függőségét fogyatékoságnak tekintsek-e vagy sem. Amennyiben igen, ez hatással lenne az elbocsátási szabályokra és az antidiszkriminációs törvényekre, abban az esetben, ha alkoholproblémával rendelkező személyt bocsátanak el (vagy nem alkalmaznak).

Tesztelés

A kötelező munkahelyi alkohol-és kábítószeresztet kérdése bonyolult, amellyel kapcsolatban a jogszabályok és az esetjog még nem határoztak meg egyértelmű szabványokat vagy szabályokat.

A 2004. évi FEB-törvényben nincs olyan jogi előírás, amely kimondottan megkívánná a munkahelyi alkoholtesztet. Külön rendeletek szerint azonban a teszt kötelező egyes foglalkozási csoportok esetében (pl. közlekedési szektor, bányászat).

Amennyiben egy munkavállaló pozitív eredményt ér el a kábítószer-szűrési teszten, a munkáltató jogában áll javító intézkedést hozni, amely lehet büntető vagy rehabilitációs jellegű.

A munkavállalót nem lehet fizikailag arra kényszeríteni, hogy kötelező tesztet végezzenek el rajta. A kérdés az, hogy a foglalkoztatás feltételeként a munkáltató miként kérheti beleegyezését.

A személyes információk gyűjtését, felhasználását és közlését a következő törvények szabályozzák:

- *Az információs titoktartásról szóló 2000. évi törvény (Information Privacy Act, Victoria állam)*

- *Az egészségügyi adatokról szóló 2001. évi törvény (Health Records Act, Victoria állam)*

- *A magánszféráról szóló 1988. évi törvény (Privacy Act, Államközösség).*

A törvény részét képező *Nemzeti Magánvédelmi Elvek* szerint a személyes adatok gyűjtésének szükségesnek, törvényesnek és jogosnak kell lennie, és nem történhet indokolatlanul beavatkozó módon. Az egészségügyi információknak számító adatokra szigorúbb szabályok vonatkoznak.

Azonban „munkavállalói adatok mentessége” [Amagánszféráról szóló 1988. évi törvény, 7B szakasz (3)] szerint a törvény előírásai a magánszektor szervezeteinél egyes esetekben nem vonatkoznak a munkavállalói adatokra. A mentesség gyakorlatilag azt jelenti, hogy ha egy munkáltató a munkavállalóval kapcsolatos adatokat gyűjt, azoknak nem kell megfelelniük a magánszektorról szóló törvény beleegyezési rendelkezéseinek.

A jelenlegi esetjog alapján várható, hogy a vizeletmintán elvégzett véletlenszerű vizsgálatot nehezebb lesz hosszú távon igazolni a szájjavaldék teszteléssel szemben, mivel ez utóbbi kevésbé beavatkozó jellegű.

Összegzés

Az Európai Unió 2006-os alkoholstratégiája megvalósításának félidejében kialakultak az uniós keretek és feladatok. Bár a tagállamok többsége elkészítette és aktualizálja nemzeti alkoholstratégiáit, hazánkban ez a folyamat el sem kezdődött.

Az alkoholkérdés kezelésében a teljes tiltás helyett egyre erősebben jelenik meg a mérsékelt fogyasztásra való ösztönzés, de a munkahely – az egészségügyhöz, a sporthoz, az oktatáshoz, az egyházi élethez hasonlóan – alkoholmentes területnek tekintendő.

A munkahely mentesítése az alkohol káros hatásai alól elsősorban önkéntességen alapuló megegyezéseken, önkormányzati és munkahelyi szabályozásokon keresztül valósulhat meg. Ennek része az érintettekkel számára az elvárások egyértelmű megfogalmazása, következetes betartása és megkövetelése, valamint szabályozott ellenőrzési rendszer kialakítása (pl. tesztelés). A munkahelyeken azonban a korai felismerés és kezelés lehetőségeit is meg kell teremteni, továbbá az általános helyi egészségügyi/szociális ellátórendszerbe csatolni.

Az olasz alkohol-kerettörvény példaértékű az alkoholkérdés nemzeti szintű szabályozására, és olyan környezetet hozott létre, amelyben az egyes régiók a helyi sajátosságokhoz illő rendszereket alakíthatnak ki és működtetnek. Hasonlóan jól kidolgozott és követendő Victoria állam (Ausztrália) alkoholra vonatkozó szabályozása és rendszerei.

Összefoglalás

Mára nem kérdéses a nemzeti alkoholstratégiák fontossága a káros alkoholfogyasztás következményei elleni küzdelemben. Általánosan elfogadott az is, hogy a munkahelyek olyan színterek, amelyeknek alkoholmentesnek kell maradniuk. Ennek ellenére a létrejövő nemzeti alkohol-szakpolitikák, szabályozások és intézkedések különböző mértékben felelnek meg a várakozásoknak.

Ebben a cikkben áttekintjük az Európai Unió alkoholstratégiájának megvalósulását, valamint az ILO munkahelyi alkoholra vonatkozó dokumentumait. A jó gyakorlat megismertetése érdekében bemutatjuk az olasz, valamint az ausztrál Victoria állambeli helyi alkoholszabályozást, külön kiemelve a munkahelyekre vonatkozó elemeket.

Kulcsszavak: alkoholfogyasztás, munkahely, jogi szabályozás, egészségfejlesztés, legjobb gyakorlatok

Abstract

The importance of the national alcohol strategy in the fight against the harmful consequences of alcohol today is not questionable. It's widely accepted that the workplace is such a schene, which must remain alcohol-free. Nevertheless, the resulting national policies, mesures and regulation fulfill differently the expected goal.

JEGYZETEK

1. Anderson, P.–Baumberg, B.: *Alkohol Európában Népegészségügyi perspektívából. Jelentés az Európai Bizottság részére*. Institute for Alcohol Studies, UK, 2006.
ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_sum_hu_en.pdf
2. A tagállamokat az alkohollal kapcsolatos károk csökkentésében támogató uniós Stratégia. Brüsszel, 24.10.2006 COM(2006) 625 végleges, A Bizottság Közleménye a Tanácsnak, az Európai Parlamentnek, az Európai Gazdasági és Szociális Bizottságnak és a Régiók Bizottságának (*EU Alkohol stratégia 2006 hu.pdf*)
3. Szabó, Gy.: „A munkahelyi alkoholkérdés nemzetközi jogi szabályozása”, *Egészségfejlesztés*, LI., 2010./1–2.
4. A Tanács 2009. december 1-jei következtetése az alkohorról és az egészségről. (2009/C 302/07), <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:302:0015:0018:HU:PDF>
5. *First Progress Report on the Implementation of the EU Alcohol Strategy*. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_progress.pdf
6. *Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace. An ILO code of practice* Geneva, International Labour Office, 1996.
7. Kaucsek, Gy.–Simon, P. (szerk): „Maradj a Zöld Zónában!”. *Munkahelyi drog- és alkoholmegelőzési program, Módszertani füzetek, 1. A program bevezetése során alkalmazott módszerek: előzetes tapasztalatok*. Szociális és Munkaügyi Intézet, Budapest, 2008.
8. *Alcohol and drug problems at work. The shift to prevention* International Labour Office, 2003.
9. *Munkáltatók és dolgozók mozgósítása a káros alkoholfogyasztás és a kábítószerhasználat megelőzésére. Kézikönyv a programok szervezéséhez*. Az ILO/UNDCP projekt kiadványa alapján a magyar változatot készítette Kaucsek Gy. és mtsi, Budapest, 2005.
10. Kaucsek, Gy.–Simon, P. (szerk.): „Maradj a Zöld Zónában!” *Munkahelyi drog- és alkoholmegelőzési program, Módszertani füzetek, 1. A program bevezetése során alkalmazott módszerek: előzetes tapasztalatok*. Szociális és Munkaügyi Intézet, Budapest, 2008.
11. *Alcohol and drug problems at work The shift to prevention* International Labour Office, 2003.
12. Morvai, V.: *Egészségmegőrzés a munkahelyen*. XVII./4. Alkohol.
13. D.P.R. n.303 *Decreto del Presidente della Repubblica n.303 del 19/3/1956 Norme generali per l'igiene del lavoro Per un immediato riscontro sono state evidenziate in neretto le modifiche*.
14. LEGGE 30 marzo 2001, n.125 *Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati*.
15. *Relazione Del Ministro Del Lavoro, Della Salute E Delle Politiche Sociali Al Parlamento Sugli Interventi Realizzati Ai Sensi Della Legge 30.3.2001 N. 125 “Legge Quadro In Materia Di Alcol E Problemi Alcolcorrelati” Dipartimento Della Prevenzione E Della Comunicazione Direzione Generale Della Prevenzione Sanitaria Dell'ex Ministero Della Salute (C_17_pubblicazioni_926_allegato.pdf)*

Az egészségturizmus népegészségügyi és társadalmi pozitívumai

Kocsis Csabáné mestertanár¹,
Dr. Bokor Judit PhD., egyetemi docens¹

¹Nyugat-magyarországi Egyetem, Savaria Egyetemi Központ, Művészeti, Nevelés- és Sporttudományi Kar, Szombathely

Bevezetés

Az egészségturizmus a legdinamikusabban fejlődő turizmusforma szinte az egész világon. Mi ennek az oka? Egyrészt gazdasági magyarázata van, mivel több milliárdos bevételt eredményez. Mindenütt húzóágazat, különösen hazánkban jelentős a gazdasági teljesítménye, nemzetgazdasági haszna. Az egészségturizmus középpontba kerülésének másik oka a társadalmunkban tapasztalható egészségi állapot alakulását befolyásoló prediktív tényezők, negatív tendenciák felerősödése, amelyek változást sürgetnek. Az egészségvédő magatartási attitűdök, az egészségérték középpontba állításának, tudatosításának egyik módja, lehetséges eszköze lehet az egészségturizmus preferálása, amely hozzájárulhat az egészségi készségek, az egészségi szokások automatikusá tételéhez, egészségkultúránk fejlesztéséhez.

1. Az egészségturizmus fogalmának változása

1. 1. Egészségturizmus

Az egészségturizmus összetett fogalmat jelent, amelynek definiálásában nem alakult ki konszenzus a turizmus és az egészségügy szakemberei között. Az egészség-, gyógy-, wellnessturizmus fogalmaknál nem tisztázott rész–egész viszonyuk, gyakori szinonim- és/vagy gyűjtőfogalomként való leírásuk. Napjainkban az egészségturizmus rendszerét aktív és passzív wellnesstre, valamint gyógyturizmusra osztjuk. Mindkettőnél jelentős szerepet kap a motiváció által indukált kereslet, valamint a folyamatosan fejlődő kínálat következtében létrejövő erőforrások/szolgáltatások (12).

Dr. Kincses Gyula, az ESKI vezető munkatársa két nagy szektorra prevenciós, rekreációs turizmusra és gyógyturizmusra osztotta az egészségturizmust. A wellnesst és a medical wellnesst a prevenciós, rekreációs turizmushoz, a rehabilitációs és az orvosi tevékenységen alapuló turizmust a gyógyturizmushoz sorolta. Mindkettőnek szerves része a turisztikai és az egészségügyi szolgáltatás, míg az előbbieknél a turisztikai, addig természetesen a gyógyturizmusnál az egészségügyi szolgáltatások dominálnak (5).

Fontos, hogy ezek a szektorok egymást ne gyengítsék, hanem – szinergikus hatásként – erősítsék egymás funkcióit.

1. 2. Wellnessturizmus

Az egészségturizmus rendszerében a sporttudomány oktatási területének kompetenciája a prevenciós, rekreációs turizmus, ezen belül a wellnessturizmus.

A rekreációs turizmus az egészségi állapot általános megőrzése, javítása céljából igénybevett komplex szolgáltatás, amely az egészségfejlesztő szolgáltatások (pl. fitness) mellett tartalmazhat prevenciós célú egészségügyi szolgáltatásokat is.

A wellnessturizmus jellemzői a komplexen értelmezett egészség összhangjának megteremtése, megőrzése, a betegségek megelőzése és a programokon való aktív részvétel (5). A *wellness* terminológia harmonizációja még nem történt meg, amelyből komoly gazdasági hátrányok is származhatnak (3). Az amerikai *Nemzetközi Wellness Intézet* megfogalmazása alapján: „*A wellness aktív folyamat, amely által az emberek tudatossá válnak és egy sokkal sikeresebb létezés mellett döntenek*” (10). A *Német Wellness Szövetség és K. Illing* szerint a *wellness*: „*A teljes jól-lét folyamata, amely egészségfejlesztő tényezőkkel függ össze. Laikus módon kifejezve: élvezettel egészségesen élni.*” Továbbá „*a wellness a teljes törekvés a testi, szellemi és lelki jól-létre, vitalizáló és lazító eszközök/programok által, amelyeket különleges egészségközpontokban alkalmaznak*” (4). A legelfogadottabb definiálás *Rátz* nevéhez fűződik, mely szerint a *wellness* „*egészséget jelent a szó holisztikus értelmében, a fizikai, szellemi és értelmi képességek harmonikus egyensúlyát*” (7). Szemlélete a testi, lelki, szellemi, ökológiai és társadalmi egyensúly harmóniáját hirdeti. Hangsúlyozza az egyéni és a társadalmi felelősségvállalás fontosságát. Egyfajta életformát jelent, amelynek jellemzői: önként választott, nyitott, optimista, pozitív, örömteli, kiegyensúlyozott, egészségtudatos. Alapelemei: fizikai fittség, egészséges táplálkozás, stresszkezelés, szellemi és lelki harmonizálás, szépségápolás, környezettudatosság. Az egészségtudatos életvezetés

fontosságára már a XIX. század derekán élő, Európában a wellness „atyjaként” tisztelt *Sebastian Kneipp* is felhívta a figyelmet. Véleménye szerint az emberi lelket és testet egy-ségben kell kezelni. Az általa kifejlesztett módszer lényege a víz, a mozgás, a táplálkozás, a gyógynövények és az élet-felfogás közötti harmónia megteremtése.

2. Az egészségturizmus fejlesztésének érvei

2. 1. *Hozzájárulhat a 2006-ban érvényben lévő Nemzeti Népegészségügyi Program első három területének megvalósulásához (1).*

1. Egészséget támogató társadalmi környezet kialakítása (egészséges ifjúság, idősek egészségi állapotának javítása, egészségfejlesztés a mindennapi élet színterein).

2. Az egészséges életmód programja, az emberi egészség kockázati tényezőinek csökkentése (dohányzás visszaszorítása, alkohol- és drogmegelőzés, egészséges táplálkozás, aktív testmozgás elterjesztése, környezetegészségügyi program).

3. Az elkerülhető halálozások, megbetegedések, fogyatékoságok megelőzése (a lelki egészség megerősítése, mozgásszervi betegségek csökkentése).

2. 2. *Pozitív irányba befolyásolhatja a magyar felnőtt populáció kedvezőtlen epidemiológiai mutatóit és egészségmagatartási jellemzőit.*

Az *Egészségünkért Együtt Civil Kezdeményezés* megbízásából az *EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft.* által kiadott „*Egészségjelentés 2010*” című tanulmány „*Jelentés egy egészségben elmaradott országból*” mondattal kezdődik (9). Ebben a munkában összehasonlították az Európai Unió fejlettebb (EU15), valamint a hasonló történelmi, társadalmi múlttal rendelkező V4 országainak adatait, és látható, hogy a magyar paraméterek szinte mindenben kedvezőtlenebbek a referenciaországok adataihoz képest.

– Ha a *természetes szaporodást és fogyást* vizsgáljuk, kitűnik, hogy hazánkban a halandóság és a születés különbsége nagyon magas, így megállapítható, hogy a magyarországi népesség határozottan csökken.

– A *várható élettartam* nálunk a legrövidebb, elsősorban a férfiak körében. Példaként említhető, hogy 2007-ben az EU15 tagországokban született fiúkra a magyaroknál átlagosan több, mint 8 évvel hosszabb élettartam vár.

– A *kor-specifikus halandóság* túlnyomó többségében az aktív munkaképes korosztályt érinti, leginkább a 30–44 éveseket. A férfiak veszélyeztettsége – a másik nemhez viszonyítva – valamennyi korcsoport esetében magasabb. Ez az egészség-egyenlőtlenség szinte minden országban, de különösen hazánkban jellemző, amely egyrészt biológiai eltéréssel, másrészt, főként a férfiakra háruló és egyre növekvő társadalmi kihívásokra, elvárásokra reagáló megfelelési kényszer negatív hatásaival magyarázható.

– A korai halálozás jellemzésére szolgáló egyik speciális mutató az *elkerülhető halálozás*. Egy 2000–2002-es, 14 ország rangsorát tartalmazó elemzés szerint a férfiaknál az utolsó, a nőknél az utolsó előtti helyen álltunk.

– A másik jellemző referenciaérték a *többlethalálozás*, amely szintén negatív, például 1987–2005 között – az ausztriai mortalitási számokat feltételezve – hazánkban közel 1 millióval kevesebb haláleset fordult volna elő. Fontos megemlíteni, hogy a magyar halandóság az 1970-es évek közepéig az osztrák helyzethez hasonló volt.

– A *betegségek előfordulási gyakorisága* – az asztmát és a fertőző betegségeket leszámítva – nálunk a legmagasabb. Hazánkban a többi országhoz képest jóval gyakoribb az agyérbetegségek, a magas vérnyomás és a mozgásszervi betegségek száma.

– A *betegségek társadalmi terheinek becslésére alkalmazott mutató (DALY)* a magyarországi és a referenciaországok betegcsoportjaiban az alábbiakat jelezte: a magyar értékek legjobban a keringési, az emésztőrendszeri, a csont- és izomrendszeri, valamint a sérülések esetében haladták meg az EU15 országainak adatait. A V3 országaival történő összehasonlítás alapján az emésztőrendszer betegségei, a nők körében az isémiás szívbetegségek és a sérülések aránya magasabb. Megfigyelhető, hogy hazánkban és a világ más fejlett országaiban is a neuropszichiátriai betegségek okoznak egyre nagyobb terhet egyéni és társadalmi szinten egyaránt.

A *Demográfiai portré 2009, Ok-specifikus halandóság* című tanulmányának adatai alapján a következő megállapítások vonhatók le (6):

– Az *ok-specifikus halandóságot* tekintve – bár a legtöbb európai országban javult a helyzet –, de nemzetközi összehasonlításban még így is legmagasabb a cardiovascularis betegségek okozta mortalitás. A rosszindulatú daganatok okozta haláloki faktor főként a légzőszervi daganatok esetén magas. Szintén nőtt az emésztőrendszeri betegségek okozta halálozási gyakoriság, pozíciónk a referenciaországokhoz viszonyítva romlott.

– A *külső halálokok* területén javulás érzékelhető. Az öngyilkosság, az emberölés valamint a balesetek okozta mortalitás a fejlettebb régiókhöz viszonyítva magasabb, a kelet-európai országok adataihoz viszonyítva azonban alacsonyabb.

– Kifejezetten magas hazánkban az *alkoholfogyasztáshoz* és a *dohányzáshoz*, mint a két legismertebb rizikófaktorhoz köthető halálozási ráta.

Az *Országos Lakossági Egészségfelmérés 2003.* évi adatai alapján elmondható, hogy a felnőtt populációban magas a rizikófaktorok és az egészségkárosító magatartásformák jelenléte. Alacsony a szűréseken való részvétel, jellemző a fizikai inaktivitás, gyakori a dohányzás és a mértéktelen alkoholfogyasztás (13). Sajnálatos, hogy a 2003. évi mutatók kedvezőtlenebbek, mint a 2000. évi adatok (2).

2. 3. *Az egészségturizmus fejlesztésének szakmai érvei széleskörűek (5).*

Kedvező a startpozíciónk, kiváló hazánk geopolitikai helyzete. Nagy múltú fürdőkulturával rendelkezünk, orvosaink szaktudása világszínvonalú. Az elmúlt évek beruházásai szintén garanciát jelentenek. A termék jól megjeleníthető és kommunikálható, növekvő érdeklődés tapasztalható iránta

belföldön és külföldön egyaránt. A gyógy- és termálfürdők, gyógy- és wellness szálláshelyek országos lefedettség megfelelő, így a különböző fizetőképességű célcsoportok igényüknek/pénztárcájuknak megfelelően választhatnak a kínálatból. Gazdaságilag is előnyös, mivel szezonális csekély, jellemző a vendégek hosszabb tartózkodási ideje és kifejezettebb pénzköltési affinitásuk is.

Egészségturisztikai kínálatunk nemzetközi viszonylatban is nagyon jó ár-érték arányú.

A fejlesztés célja, hogy hazánk árelőny helyett minőségi előnyt, hiánypótló szolgáltatást biztosítson, amely jelentősen javítaná piaci pozíciókat.

A szakemberek – többek – között az elavult jogszabályi háttér harmonizálásától, az ellentmondásos hazai fürdőszabályozás újragondolásától, az egységes feltételrendszer kidolgozásától, az elyben már irányadó, de a gyakorlatban még nem mindenütt konzekvensen alkalmazott uniós szabványok meghonosításától az ágazat további kedvező irányú változását remélik (11). Fontos lenne a magas ÁFA-kulcsok csökkentése, valamint a szakmai képzés színvonalának emelése. Javasolt a desztinációs marketing erősítése, amelytől a vendégkör számának emelkedése várható. Az üdülési csekk óriási népszerűségnek örvend, maximálisan bevalótta a hozzáfűzött reményeket, mivel a hazai turizmus sajátos fizetőeszköze, munkahelyeket teremt és tart fenn, nyereségadót és egyéb költségvetési bevételt eredményez.

2. 4. Az egészségturizmus a világ legdinamikusabban fejlődő üzletága, gazdasági haszna jelentős.

2007-es adatok szerint az egészségügyi szolgáltatásokon alapuló turizmus bevétele hazánkban 36–56 Mrd Ft-ot ért el (5). A 2006-os amerikai elemzések alapján bevételük 60 milliárd dollár volt, az üzletág prosperitását jelzi, hogy 2012-re tervezett bevételük eléri a 100 milliárd dollárt (14).

3. Az egészségturizmus fejlesztésének várható hatásai

3. 1. Népegészségügyi hatása

Az egészségfejlesztés kritériumai a megfelelő egészséggel kapcsolatos ismeretek, a pozitív attitűdök, a kívánt, elvárt magatartásformák, az öntevékenység, az egészség fenntartásában való aktív részvétel (8). Ezeknek a gondolatoknak a fókuszba állítása jelenik meg az egészségturizmus definiálásánál is. Az egészségturizmus a turizmusnak azon területét jelenti, ahol a turista utazásának fő motivációja az egészségi állapot javítása vagy megőrzése, tehát a gyógyulás vagy a megelőzés (7). Az egészségturizmus az egészséges életmód meghatározó részévé válik, hangsúlyozza az egészségi állapot alakításában való aktív részvételt, az egészségpromóciót, az egészség értékjellegét. Ezért mondhatjuk, hogy az egészségturizmus által megerősített báziskompetenciák és ezek a mindennapok tevékenységeibe való integrálása kedvezően befolyásolhatják a magyar populáció életminőségét.

3. 2. Az egészségturizmus fejlesztésének közvetett hatásai

Gazdasági hatása:

– A források koncentrációja (összefogás külföldi, belföldi partnerekkel egyaránt).

– Gazdaságélénkítés: a kereslet–kínálat bővítése.

– A munkahelyi hiányzások csökkentése, a munkahelyi produktivitás, a kreativitás növelése, a munkaerő megtartása, munkahelyteremtés.

Az egészségügyre gyakorolt hatása:

– Enyhítheti a hazai egészségügyi ellátás fenntartási, finanszírozási problémáit.

– Bővítheti a szolgáltatási skálát.

– Javíthatja az ellátás színvonalát.

– Csökkentheti a várólisták számát.

Az oktatásra gyakorolt hatása:

– Segítheti az egészségfejlesztési képességek, készségek kialakítását, sztereotip viselkedéssé válását, az egészségfejlesztési ismeretek, az egészségkultúra, az egészség értékutadatának fejlesztését.

– Hozzájárul a kapcsolatteremtés kultúrájának elsajátításához.

– Fontos a piacképes ismeretek, a gyakorlatorientált oktatás megvalósítása.

Szocializációs lehetőségei, egyéb társadalmi hatásai:

– Pozitív egészségmagatartási attitűdök kialakítása.

– A magyar lakosság hatékony megszólítása, érdeklődésének felkeltése.

– Szemléletváltást eredményezhet.

– Társadalmi (állami, önkormányzati, civil szervezetek közötti) együttműködést tesz lehetővé és szükségessé.

– Biztosíthatja a közlekedési, az oktatási és a humáninfrastruktúra fejlődését.

Összefoglalás

Rohanó világunk civilizációs ártalmi, nagyszámú rizikó-faktora miatt olymértékű negatív hatás, betegségteher jelent meg egyéni és társadalmi szinten egyaránt, amelyet már kezelni, orvosolni kell. A probléma nem újkeletű, hiszen szociológusaink már jóval korábban jelezték a kedvezőtlen társadalmi tendenciák felerősödését. Jellemzővé vált az individualizált, felgyorsult, az anyagi haszonra fókuszáló, a teljesítményt hajszoló instant kultúra és ennek negatív következményei. Ezek a tények is alátámasztják az egészséget középpontba állító, pozitív életvitel kialakítására aktivizáló, társadalmi együttműködést igénylő egészségturizmus fejlesztését, amely segítheti az értékek hierarchiájában háttérbe szoruló egészség felértékelődését, egészségkultúránk fejlődését.

Kulcsszavak: epidemiológiai mutatók, egészségturizmus, pozitív egészségmagatartási attitűdök, életminőség javulás, komplexitás

Summary

Due to the load of hazards and risk factors of our civilisation and fast society, such largescale negative effects and illnesses have appeared both on the level of individual and society which need to be managed and treated. The problem is not recent as our sociologists have already recorded the increase of unfavourable social tendencies. Individualist environment, speeded-up and financial profit-oriented, performance-based instant culture and all the negative effects of

these have become typical. Also all these facts support the development of health tourism which is health-focused and activates the forming of positive lifestyle and requires social cooperation. It can help the appreciation of health and development of our health culture which are in the background regarding the hierarchy of values.

Keywords: epidemiologic indexes, health tourism, positive health behaviour attitudes, life quality development, complexity

IRODALOM

1. Ádány, R. (2006 a): „A megelőző orvostan és népegészségtan tárgya.” In: Ádány, R. (szerk.): *Megelőző orvostan és népegészségtan*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, pp. 28–29.
2. Ádány, R. (2006 b): „A magyar populáció demográfiai helyzete és egészségi állapota.” In: Barabás, K. (szerk.): *Egészségfejlesztés. Alapismeretek pedagógusok számára*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, pp. 28.
3. Fóris, Á. (2007): „A wellness terminológiája.” In: Laczkó, T. (szerk.): *Wellness alapismeretek I.* PTE ETK, Pécs, pp. 24–36.
4. Illing, K. (2002): *Medical Wellness und Selbstzahler. Zur Erschliessung neuer Märkte für Rehabilitations-, Kurkliniken und Sanatorien*. TDC Verlag, Berlin.
5. Kincses, Gy.–Borbás, I.–Mihalicza, P.–Udvardy, E.–Varga, E. (ESKI) (2009): *Az orvosi szolgáltatásokra alapuló egészségturizmus tendenciái*. pp. 6–40.
6. Kovács, K.–Óri, P. (2009): „Ok-specifikus halandóság.” In: *Demográfiai portré 2009. Jelentés a magyar népesség helyzetéről*. KSH Népeségtudományi Kutató Intézet, Budapest, pp. 68–69.
7. Rátz, T. (2004): „Zennis és Lomi Lomi, avagy Új trendek az egészségturizmusban.” In: Aubert, A.–Csapó, J. (szerk.): *Egészségturizmus*. Bornus Nyomda, Pécs, pp. 46–65.
8. Simon, T. (2001): „Az egészségvédelem.” In: Dési, I. (szerk.): *Népegészségtan*. Semmelweis Kiadó, Budapest, pp. 497–498.
9. Vitrai, J.–Bakacs, M.–Juhász, A.–Kaposvári, Cs.–Nagy, Cs. (2010): *Egészségjelentés 2010*. EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft., Budapest, pp. 4–21.
10. Zsigmond, E. (2007): „A wellness koncepció története.” In: Laczkó, T. (szerk.): *Wellness alapismeretek I.* PTK ETK, Pécs, pp. 3–21.
11. *Turizmus Panoráma Bulletin*, X. évfolyam, 2010/130.
12. *Turizmus Bulletin* 2002/2, <http://www.hungarytourism.hu/Szakmai/oldalak/Turizmus> KPMG Consulting Utazási, Szabadidő és Turizmus csoportja
13. *Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) 2003.*; <http://www.oszmk.hu>
14. <http://www.usatoday.com/news/health/2009-08-22-medical-tourism> N.htm

Egészségi állapot és egészségmagatartás vizsgálata aktív korú munkavállalók körében

Fügedi Balázs egyetemi docens¹,
Nagyváradai Katalin tanársegéd²,
Kocsis Csabáné mestertanár¹

¹Nyugat-magyarországi Egyetem, Sporttudományi Intézet, Szombathely

²Nyugat-magyarországi Egyetem, Egészségfejlesztési Intézet, Szombathely

Irodalmi áttekintés

Szűrővizsgálatok

Az általános kultúrának azt a szegmensét, amely egészségünkkel kapcsolatos magatartásformáinkat szabályozza, egészségkultúrának nevezzük. Egy ország egészségkultúrájának szintjét jelzi egyrészt az, hogy lakói milyen protektív, illetve prediktív egészségmagatartási attitűddel élnek, másrészt az, hogy milyen szintű együttműködésük az egészségüggyel.

A betegségmegelőzésnek három, egymással szoros kohéziót mutató szintjét különböztetjük meg: *a primer, a szekunder és a terciér prevenciót.*

A prevenció legideálisabb formája (egyéni és társadalmi szinten egyaránt) az elsődleges megelőzés, amely arra irányul, hogy a betegségek ne forduljanak elő. Ennek eszköze az egészségpromóció tudatosítása, az egészségvédő magatartásformák kialakítása, a betegségekkel szembeni fogékony-ság, illetve a negatív környezeti expozíciók csökkentése.

A *szekunder prevenció* lényege a betegség korai, premorbiditási stádiumban történő felfedezése. A szűrővizsgálatok a preventív tevékenység szerves részét, a szekunder prevenció legfontosabb eszközét jelentik.

A *tercier prevenció* a már kialakult, irreverzibilis károsodást szenvedő betegek kezelésére, rehabilitációjára, a komplikációk megelőzésére, palliatív kezelésre irányuló komplex feladat.

A megelőző munka hatékonyságának két pillére a rizikócsoport-stratégia és a populáció-stratégia. Míg az előbbi a fokozott kockázatnak kitett egyén és csoportok esetén alkalmazott célzott szűrővizsgálatokra irányul, addig az utóbbi az egész populációt érintő, az egészségmagatartást és az egészségi állapotot befolyásoló tényezők pozitív irányú változtatásával, valamint a kockázati faktorok csökkentésével a betegségek megelőzésére fókuszál (Ilyés 2006).

Az alapellátásban végzett szűrések – életkor és kockázati faktorok alapján – gyakorlati szempontból három csoportba sorolhatóak: újszülött-, csecsemő- és gyermekkorban vég-

zett szűrővizsgálatok, életmódbeli (ezen belül kiemelt fontosságúak a cardiovascularis események) rizikótényezők feltárása, daganatos betegségek felismerésére irányuló szűrések. A szűrővizsgálatok általában nem adnak biztos diagnózist, de segítségükkel a morbiditás kezdeti szakaszában kiemelhető a beteg, időben elkezdhető a gyógyítás, így lassítható a folyamat progressziója, elérhetővé válik a teljes gyógyulás.

A szűrővizsgálati módszerekkel szemben támasztott követelmények a következők:

- gyorsan elvégezhetőek,
- viszonylag olcsók,
- a lakosság számára nem megterhelőek,
- ártalmatlanok legyenek.

Fontos, hogy a szűrővizsgálati módszerek legyenek:

- pontosak,
- torzításmentesek,
- reprodukálhatóak.

A szűrővizsgálatoknál alkalmazott diagnosztikus eljárásoktól elvárható a megbízhatóság.

Megebízhatósági mutatók:

- érzékenység (szenzitivitás),
- fajlagosság (specificitás) (Dési 2001).

A szűréseknek meg kell felelniük az etikai követelményeknek. Szűrést csak abban az esetben szabad elvégezni, ha biztosított a kiszűrtek haladéktalan kivizsgálása és rendelkezésünkre áll az orvostudomány által biztosított leghatékonyabb gyógykezelés valamennyi feltétele. Hazánkban vannak nem kötelező és kötelezően előírt szűrővizsgálatok. A diagnosztikus teszt lehet kvalitatív és kvantitatív is (Paksy 2001).

Keringési rendszer

Napjainkban már egyértelműen bizonyított tény, hogy az artériák rugalmatlanná válása (*artériás stiffness*) igen fontos és független előrejelzője a szív- és érrendszeri megbetegedéseknek. A nagyartériák funkcionális és strukturális elváltozásai egyrészt életkorfüggőek, másrészt számos állapot-összefüggést mutatnak az ütőerek falának rugalmatlanná válásából következő – akár halmozottan jelenlevő rizikófaktorok

torokkal (dohányzás, hipertónia, hiperlipidémia, diabetes, obesitas, stb). Ezen tényezők az erek korai előregedését, rugalmatlanná válását eredményezhetik. Mindezek következményei az egyre fiatalabb életkorban bekövetkező érbetegségek (végtagi artériák, koronáriák meszesedése, szűkülete, súlyosabb esetben elzáródása), amely stroke, myocardialis infarktusz vagy hirtelen halál formájában nyilvánulhat meg (Benczúr 2008).

A tüneteket, panaszokat okozó érbetegségek kialakulásához hosszú idő, akár több évtized is kell. Ezért célszerű lenne a veszélyeztetett egyéneket a folyamat korai stádiumában alaposan kivizsgálni és kezelni addig, amíg a korai meszesedés folyamata megállítható, visszafordítható.

Az érfali tágulékonyság vizsgálata az utóbbi években a klinikai érdeklődés középpontjába került, amelynek egyik oka, hogy az *artériás stiffness* paramétereinek önálló prognosztikai, kockázatot előrejelző szerepét egyre több adat mutatja. Másrészt egyre inkább elérhetőek azok a vizsgálati módszerek, amelyekkel ezen paraméterek elemezhetőek (Ilyés 2006).

A vérkeringés lényege a vér folytonos áramoltatása, amely egy zárt csőrendszerben valósul meg. A szív, mint a keringés mozgatórugója, hemodinamikus pumpaként működik. A keringés élettani jelentősége az anyag kicserélődése a vér és az extravaszkuláris folyadék között. Ezt a hajszálerek elvékonyodása és a nyomáskülönbség teszi lehetővé. Az érrendszerben a vér állandó nyomás alatt van, ezt nevezük vérnyomásnak (élettani alapok, bővebben ld. Fonyó 2003). A vérnyomást a kamrák szolgáltatják, oly módon, hogy a magas nyomású szívkamráktól az alacsony nyomású pitvarokig áramoltatják a vért. Ennek a nyomásnak köszönhető, hogy a plazma a hajszálerek falán át az extravaszkuláris térbe préselődik. A kamrák maximális szisztole esetén is tartalmaznak vért, a kamra nem ürül ki teljesen. A nyugalmi verőtér fogat a kamra térfogatának 60%-t teszi ki. Ez a szív működésének gazdaságosságát biztosítja, ugyanis a *Laplace-törvény* értelmében viszonylag kis rövidülés is elég a verőtér fogat továbbításához. A *Frank-Starling-féle szívtörvény* értelmében pedig erős a korreláció a szívizom nyugalmi hossza (végdiasztole) és az összehúzó ereje között. A kilökődő vér folytonos áramlását az érfal rugalmas felépítése biztosítja. Ez azért is lényeges, mert a kamrák a szisztole alatt, azaz meghatározott időközönként, pumpálják a verőtér fogatot az aortába. Így szisztole alatt kitágul az aorta, és képes a verőtér fogat 95%-ának befogadására. Az értágulat hatására érfalfeszülés jön létre, ez az érfalfeszülés pedig képes áramoltatni a vért a diasztole alatt. A kamrák által kifejtett nyomás a szisztolés vérnyomás, míg a kitágult érfal feszülése által létrehozott nyomás a diasztolés nyomás. Miután a rugalmas falú artériák a nagy ellenállást jelentő arteriolákban folytatódhatnak, a vérkeringés ezen szakaszán megszűnik a pulzáció, és az arteriolák után a vér tovaterjedése folytonossá válik (élettani alapok, bővebben ld. Fonyó 2003). Az erekben a vér áramlására a lamináris áramlás a jellemző. Ez az erek fala, a vér és a vér egyes alkotórészei közötti súrlódás miatt alakul ki. Lényege, hogy az érfal mentén az áramlás lassú, míg az áramlás tengelyében nagy sebes-

ségű. Ha a sebesség kritikus érték fölé emelkedik, turbulens áramlás alakul ki. Ez viszont a keringési idő megnyújtásával jobban terheli a szívet. A véráramlás mértékét, az úgynevezett térfogati áramlást a perfúziós nyomás (a vizsgált érszakasz bemenetén és kimenetén mért nyomásérték-különbség) és a véráramlással szemben fennálló ellenállás szabja meg. Az átáramló vér mennyisége (térfogati áramlás) a perfúziós nyomás és a keringési ellenállás hányadosa (élettani alapok, bővebben ld. Fonyó 2003).

A kivizsgálás egyik hatékony módja a *CARDIO VISION* számítógépes vizsgálat, ahol az *artériás stiffness-index* (érfalrugalmasság) és a *Doppler-index* – amely az alsóvégtagi érbetegségek felismerésére szolgál – határozható meg.

Tápláltsági állapot

Az elhízottság ma már társadalmi szinten jelentkező veszélyforrás. Bizonyított, hogy az utóbbi 10–15 évben népbetegséggé nőtte ki magát, olyannyira, hogy a dohányzás mögött a második helyet foglalja el a megelőzhető haláloki tényezők között (Alpert és Powers 2005). Újabb problémát okoz, hogy a fejlett országok mellett a fejlődő országokban is egyre nagyobb az elhízottak száma (WHO 1996, 1997, 2000).

Magyarországon ugyancsak a lakosság mind nagyobb hányadát érinti (Ilyés 2001), így az elhízottság jelentős mértékben hozzájárul ahhoz, hogy a magyar népesség egészségi állapota az egyik legrosszabb Európában (Zsoffay 2007). A százezer lakosra számolt halálozási érték az európai országok között az egyik legmagasabb, de az obesitással erős korrelációt mutató cardiovascularis megbetegedések okozta halálozás is a felnőttkori mortalitás több mint 50%-t teszi ki (Zajkás 1993, ESKI 2005). Mivel az obesitas szoros kapcsolatban áll a morbiditással és a mortalitással, a népesség egészségi állapota jelentősen javítható lenne az obesitas kialakulását befolyásoló tényezők visszaszorításával. A testösszetétel témakörében megjelent tanulmányok azt bizonyítják, hogy az elhízottság kialakulását az energiafelvétel és -felhasználás között fennálló tartós aránytalanság indukálja, ez viszont főként a táplálkozási szokásokkal és a mozgásszegény életmóddal magyarázható (Bíró 1996, Bouchard et al. 1994, Bodzsár 1998, Claessens et al. 2008, Gyenis et al. 2007, Tóth és Buda 2007). A megállapítás következményeként a rendszeres fizikai aktivitás preventív tényezőként a legegyszerűbb és a legolcsóbb módszerként szerepelhet az obesitas visszaszorításában (Barthalos et al. – közlésre elfogadott tanulmány, Hill és Wyatt 2005, Kiss et al 2008, Suskovics 2005, 2006, Wilmore et al. 2008).

Az elhízottság nem csupán az egyének szintjén jelentkezik veszélyforrásként, társadalmi szinten ugyancsak komoly gondot jelent. Nagyarányú emelkedése súlyos következménnyel jár, hiszen az egészségügynek ennek következtében jóval több pácienset kell ellátnia, ami sok elkerülhető, és leginkább megelőzhető költséggel jár. Ugyanakkor az elhízott emberek nagyobb valószínűséggel és gyakrabban hiányoznak a munkából, így nagyobb terhet rónak a munkáltatókra és a társadalombiztosítóra. Az adatokkal is mérhető többletköltségek közvetve viszont az egész társadalomra,

azaz az egészséges, munkaképes egyénekre hárulnak. Hogy az ő arányukat növelni lehessen, s az obesek száma csökkenjen, nagy szükség lenne egy egészség tudatosabb szemlélet kialakítására.

Egészségtudatosság, egészségmagatartás

A fizikai aktivitás egészségre gyakorolt hatása kiemelkedő, részben az inaktív életmód elterjedtsége miatt, részben azon egészséget befolyásoló körülmények nagy száma miatt, amelyeket a fizikai aktivitás hiánya befolyásol (pszichológiai válaszok, sokféle, sokszor halálos kimenetelű betegség kialakulása, mozgáskorlátozottság, mindennemű funkcionális kapacitás megváltozása, a mentális egészség és az életminőség alakulása). A lényeges, egészségre gyakorolt hatások már mérsékelt napi aktivitás mellett is jelentkeznek (Fritz 2006).

A fokozottabb testmozgás összefüggésben áll a jobb funkcionális képességekkel és közérzettel, ami javíthatja az életminőséget is, így az egészségfejlesztés egyik fontos eszköze kell, hogy legyen.

A jóléti társadalmakban a népesség fizikai aktivitása drasztikusan csökkent, megszokottá vált az ülő életmód, a tévézés, a videózás, a számítógépezés. Tetézi a problémát a helytelen táplálkozási szokások rögződése is (Fritz 2006).

A Magyarországon általános mozgásszegénység sok tényezőre vezethető vissza. Gazdasági okok mellett a társadalom e téren jellemző tudatlansága is nyilvánvaló. Ez nehezíti a helyzetet, azonban a halálozási és betegségi statisztikák, valamint a jövő iránt érzett felelősség alapján egyértelmű, hogy a nehézségeket leküzdve hatékony megoldást kell találnunk.

A rendszeres fizikai aktivitás vitalitásban, egészségben gazdagabb életet, ezáltal jobb közérzetet is biztosít, ami saját egészségi állapotunkról kialakult véleményünk javulását is maga után vonja (Fritz 2006).

A testmozgás az egyik legjelentősebb preventív erővel bíró egészségmagatartási tényező, ezért különösen aggasztó, hogy nagyon magas azok aránya, akik egyáltalán nem, vagy nem megfelelő mértékben végeznek testmozgást. Az *Egészségügyi Világszervezet* becslése szerint világszerte a fizikailag inaktív felnőttek aránya mintegy 17%, míg azoké, akik valamennyit mozognak ugyan, de nem eleget, 41% (WHO 2002).

A dohányzás, mint az egyik legjelentősebb életmódbeli kockázati tényező, jelentősen növeli az egyes egyénekre és a társadalomra nehezedő betegségterheket, s nagymértékben hozzájárul a halálozások magas számához is: az *Egészségügyi Világszervezet* becslése szerint a világon bekövetkező halálozások 8,8%-áért tehető felelőssé (WHO 2002). A tüdőrák a férfiak esetében mintegy 90%-ban, a nők esetében 70%-ban a dohányzás következménye. A tüdőrákon kívül a dohányzás bizonyítottan oksági kapcsolatban áll számos betegség kialakulásával (Report of the Surgeon General 2004). A dohányzás következtében megromlott egészségi állapot nemcsak az egyén számára okozhat problémát, hiszen az egészségügyi ellátások gyakoribb igénybevételéhez és a kiesett munkanapok

számának emelkedéséhez vezethet, ez pedig jelentősen növeli a társadalmi költségeket is.

Az alkoholfogyasztás – mértékétől függően – kifejthet jótékony, vagy éppen ellenkezőleg, káros hatást is az egészségre. A mértékletes ivás tudományos bizonyítékok szerint csökkenti a szív- és érrendszeri betegségek kialakulásának kockázatát az absztinensekhez és a nagyívókhoz viszonyítva. A nagyívás viszont jelentősen növeli egyes betegségek (például májcirrózis, stroke, szájüregi, nyelöcső- és emlőrák, születési rendellenességek) gyakoriságát és a korai halálozások számát (Committee on Health and Behavior 2001). Magyarországon 1999-ben a 35–64 év közötti férfiak körében bekövetkezett korai halálozások közül minden negyedik a túlzott alkoholfogyasztással volt összefüggésben (KSH 2003). A betegségek kialakulásában játszott szerepe mellett az alkoholfogyasztás ön- és közveszélyes módon hozzájárulhat sérülésekhez vagy akár halált okozó közúti balesetek bekövetkezéséhez. Ugyancsak nem elhanyagolható szempont az a lelki teher sem, amit például valamely családtag (házastárs, szülő, stb.) italozása vált ki – az Egyesült Királyságban például becslések szerint a gyermekvédelmi esetek 30–60%-ában szerepet játszik az alkoholfogyasztás, a családi ivás mintegy 1,3 millió gyermeket érinthet károsan (The Academy of Medical Sciences 2004).

Az egészségmagatartás mindazon magatartási mintákat, cselekvéseket és szokásokat magában foglalja, amelyek hozzájárulnak az egészség fenntartásához, az egészség helyreállításához vagy javításához (Gochman 1997). Az egészségmagatartási tényezők kiemelt jelentőségét az adja, hogy – mint azt a WHO számszerűen is kimutatta – a vezető halálokok következtében fellépő halálozás szignifikáns hányadát az egyéni magatartás okozza, illetve az, hogy ezek a magatartási tényezők megváltoztathatóak (Conner 1996). Az egészségmagatartási tényezők közül az OLEF 2003 kutatáshoz hasonlóan az életmódhoz kötődő faktorokat emeltük ki, nevezetesen a dohányzást, az alkoholfogyasztást, a testmozgást, valamint az elhízást.

Kutatási cél

– A vizsgált minta egészségi állapotának elemzése testösszetétel-analízis és az érfali rugalmasságot jelző paraméterek alapján.

– A szombathelyi aktív korú munkavállalók egészségmagatartásának vizsgálata, nemek szerinti megoszlásban.

– A kapott értékek összevetése az országos mutatókkal (OLEF 2003), amelyek cáfolhatják, illetve alátámaszthatják a globális adatok mögött rejlő térségi egyenlőtlenségeket (Ádány 2006).

Hipotézisek

1. Feltételezzük, hogy a vizsgált személyek egészségi állapota eltérést mutat az országos adatokhoz képest. (OLEF 2003)

2. Úgy véljük, hogy az egészségmagatartás tekintetében az országos eredményekhez viszonyítva (OLEF 2003) pozitívabb eredményeket kapunk.

3. Feltételezzük (az *OLEF 2003* eredményei alapján), hogy a nők körében – az általunk vizsgált mintában is – kisebb arányban fordulnak elő rizikómagatartásformák (dohányzás, alkohol- és kábítószerfogyasztás).

Anyag és módszer

Minta

Kutatásunk alapja egy 2008-ban zajló egészségi és biológiai állapotfelmérés, amelyet Szombathelyen és vonzáskörzetében élő, 21–65 éves (M:42.22; SD+10.328), aktív korú munkavállalók körében végeztünk. A mintaválasztás során a kutatás etikai és személyi tényezőit is figyelembe véve kvótás mintavételi eljárást alkalmaztunk (*Sajtos, Mitev 2007*). A tisztított mintába 161 fő (nő: N=123; 76.4%, férfi: N=38; 23.6%) adatai kerültek be.

Lakóhelyüket tekintve 83,9%-uk városban (ebből 78,3%-uk megyeszékhelyen) lakik, míg 16,1%-uk ennél kisebb közigazgatási településen. 95%-uk a felmérés idején is aktív dolgozó, csak 5%-uk munkanélküli különböző okokból kifolyólag.

A biológiai és egészségi állapot elemzésére szolgáló módszerek

A következő módszereket alkalmaztuk: testösszetétel vizsgálat, cardiovascularis mutatók vizsgálata arteria brachialis, az artéria merevségi mutatója – *ASI*, vérnyomás, boka–kar index – *ABI*. A vizsgálatok lefolytatásához a „*CardioVision 2000*” diagnosztikai műszert használtuk.

A tápláltsági állapot elemzése a *Bioelektromos Impedancia Analízis (BIA)* módszer felhasználásával történt (*InBody 720*). Ennek során a test vízháztartását, ásványianyagtartalmát, a fehérje, a testzsír és az izom arányát, a relatív testzsír-százalékot elemeztük (*InBody 720*). A kapott eredmények lehetővé teszik a biológiai és egészségi állapot elemzését, a túlsúly megállapítását a testtömeg index (*BMI*), a testzsír-százalék és a derék–csípő arány (*WHR*) segítségével. Lehetővé válik a zsír és a zsírmentes tömeg szegmensenkénti elemzése is.

Kérdőíves módszer

Ezzel a módszerrel az egészségmagatartást alapvetően determináló motivációs háttérrel, fizikai aktivitást, táplálkozási szokásokat, stresszkezelő, stressztűrő képességet, addiktív viselkedést és szociális háttérrel vizsgáltuk. A kérdőív egy részét adaptáltuk (*OLEF 2003, 2005*), míg másik részét a célcsoportra vonatkoztatva alakítottuk ki. Validálását pilot study kísérlet során végeztük (Cronbach alfa = 0.748).

Adatelemzés

A tisztított mintát az eltérő életkori és nemi sajátosságok miatt több csoportra bontottuk, majd a csoportok közötti különbségeket elemeztük. Az adatok feldolgozása leíró statisztikával

történt. A csoportok közti különbségek tesztelésére t-próbát vagy egyszempontos varianciaanalízist alkalmaztunk. Az elektronikus feldolgozás a Microsoft Excel és az SPSS statisztikai programcsomag segítségével valósult meg.

Eredmények

Tanulmányunkban eredményeinket a cardiovascularis mutatók (4), a testösszetétel mutatók (4) és az egészségmagatartási tényezők (4) mentén kívánjuk bemutatni. A felmérés összetettsége és az adatok sokasága miatt minden esetben csak 4–4 változót emeltünk ki, amelyek az egészségi állapot legfontosabb mutatói. Szintén terjedelmi okok miatt eltekintettünk a különböző csoportosításoktól (kor, lakóhely, munkakör, stb.), és csak nemek szerinti bontásban ismertetjük eredményeinket.

Az 1. táblázatban láthatóak a pulzusnyomás, a pulzusszám, az artéria merevségi mutató és a boka–kar index (perifériás vérnyomás) eredményei az egész mintán és nemek szerinti bontásban. Megállapítható, hogy az átlagértékek mind az egész minta, mind a nemek tekintetében a normál kategóriába tartoznak.

A t-próba során a nemek között szignifikáns eltérést csak a pulzusnyomás (mmHg) ($p < 0,001$; df: 159; $t = -4,985$); a bal ($p < 0,038$; df: 154; $t = 2,098$), és a jobb ($p < 0,050$; df: 54; $t = 1,976$) boka–kar index (*ABI*) esetében találtunk. A pulzusnyomás esetében a férfiak, míg a boka–kar index esetében a nők eredményei mutattak magasabb értéket.

A 2. táblázatból megállapítható, hogy az artéria merevségi mutatók a kockázati kategóriák tekintetében – a minta egészében és nemek szerinti bontásban is – többségében a normál értékek felé közelítenek. Azonban érdemes megemlíteni, hogy a nők, habár szignifikáns eltérést nem találtunk, lényegesen magasabb arányban tartoznak a rizikófaktor nélküli csoportba.

A 3. táblázatban a testösszetétel mutatók közül csak a legfontosabbakat emeltük ki, amelyek rizikófaktor képezhetnek, illetve az egészségi állapot fontos paraméterei. Mind a négy változó esetében – az átlagokat tekintve – a normál értéken belül találhatóak a minta eredményei, azonban meg kell jegyeznünk, hogy minden esetben a felső értékeket érintik. Ez – a szórást is figyelembevéve – jelentős számban kóros elváltozást jelent.

A t-próba során csak a fittségi mutató esetében ($p < 0,001$; df: 159; $t = -3,888$) találtunk szignifikáns különbséget a nemek között, a férfiak javára.

A 4. táblázatban két mutató rizikófaktor-elemzését láthatjuk, ahol megállapítható, hogy mind a hasüregi zsír, mind a testtömeg index esetében jelentős mértékben fordulnak elő a mintában a normál (zsigeri zsír: 100; BMI: 24.9) érték feletti eredmények. Igaz ez a nemek tekintetében is.

Az egészségmagatartási tényezők közül a sportolási szokásokra, a dohányzásra, az alkoholfogyasztásra és a kábítószerhasználatra kérdeztünk rá. Ennek alapján megállapítható, hogy a szombathelyi aktív korú munkavállalók 50,9%-a sportol, míg 49,1%-a nem végez rendszeres sporttevékenységet. A rendszeresen sportolók közül heti 1–2 alkalommal

1. táblázat

Cardiovasculáris mutatók

Cardiovasculáris mutatók – vegyes					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Pulse pressure (mmHg)	161	35	98	58,41	10,633
Pulse (BpM)	161	38	120	70,34	11,773
ASI	161	32	189	65,14	26,923
LeftABI	156	,77	1,31	1,0169	,09942
RightABI	156	,72	1,29	1,0156	,09601
Cardiovasculáris mutatók – nők					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Pulse pressure (mmHg)	123	35	98	56,24	9,797
Pulse (BpM)	123	48	120	71,28	11,611
ASI	123	32	165	62,88	24,122
LeftABI	119	,77	1,31	1,0261	,09829
RightABI	119	,82	1,29	1,0240	,09073
Cardiovasculáris mutatók – férfiak					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Pulse pressure (mmHg)	38	49	90	65,42	10,310
Pulse (BpM)	38	38	89	67,26	11,922
ASI	38	38	189	72,47	33,816
LeftABI	37	,79	1,17	,9873	,09851
RightABI	37	,72	1,22	,9886	,10827

Jelmagyarázat: ASI (Arteria Stiffness Index) – artéria rugalmassági mutatója;
ABI (Ankle Brachialis Index) – boka-kar érrugalmassági mutató

24,2%-uk, míg heti 3–4 alkalommal 11,8%-uk végez sporttevékenységet. 10,5%-uk ennél gyakrabban, a többiek ennél ritkábban (vagy nem válaszoltak). Saját bevallása szerint 34,8%-uk végez naponta rendszeres, nem sport jellegű fizikai munkát, 23,6%-uk heti 1–2 alkalommal, 13,0%-uk heti

3–4 alkalommal, míg 6,2%-uk heti 5–6 alkalommal (a többiek ennél ritkábban). Érdekes eredményt kaptunk azon kérdéseinkre, hogy a megkérdezettek munkahelye támogatja-e a sportot? 34,8%-uk válaszolta azt, hogy igen, 55,9%-uk azt, hogy nem (a többiek nem válaszoltak). A sporttámogatás for-

2. táblázat

Kockázati kategóriák

Kockázati kategóriák – ASI (N Engl J Med, 344(21), 1608–1621)				
Kategóriák	Vegyes		Nők	
	Gyakoriság	Százalék	Gyakoriság	Százalék
A	111	68,9	88	71,5
AC	46	28,6	33	26,8
C	1	,6	–	–
ACD	1	,6	1	,8
AD	2	1,2	1	,8
Összesen	161	100,0	123	100,0

Jelmagyarázat: A:0–80 – nincs; AC:81–209 – normál; C:210–310 – magas; D:310+ – nagyon magas

3. táblázat

Testösszetétel mutatók

Testösszetétel mutatók – vegyes					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Hasüregi (zsigeri) zsír	161	5,00	190,00	95,4236	38,05052
Testtömeg index	161	16,80	42,00	25,1913	4,10327
Fittségi mutató	161	50	93	75,09	8,002
Cholesterin	85	3,00	7,37	4,8739	,85431
Testösszetétel mutatók – nők					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Hasüregi (zsigeri) zsír	123	24,10	177,00	95,5138	33,17302
Testtömeg index	123	16,80	42,00	24,9846	4,33302
Fittségi mutató	123	50	93	73,78	7,313
Cholesterin	69	3,00	7,37	4,9467	,88980
Testösszetétel mutatók – férfiak					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Hasüregi (zsigeri) zsír	38	5,00	190,00	95,1316	51,30610
Testtömeg index	38	19,60	33,60	25,8605	3,20915
Fittségi mutató	38	55	91	79,32	8,746
Cholesterin	16	3,97	5,65	4,5600	,60699

máját az 5. táblázat mutatja be. A szombathelyi aktív korú munkavállalói mintában 14,9%-uk vallotta magát rendszeres dohányosnak, 6,8%-uk alkalmi dohányosnak, 16,8%-uk leszokott, míg a többiek soha nem dohányoztak. A dohányosok közül viszont igen magas arányban – 23,6% – már igen korán, 15–20 évesen elkezdte káros szenvedélyét, 15 éves kora előtt 4,3%, míg 20 év felett 11,2%. (A többiek nem válaszoltak.) A kapott válaszok alapján csak 1,2%-uk szív napi egy doboznál több cigarettát, 10,6%-uk napi egy dobozzal, míg a többiek ennél kevesebbet.

Az alkoholfogyasztás tekintetében 8,1%-uk vallotta magát rendszeres fogyasztónak (naponta, hetente többször), 80,8%-uk alkalmi alkoholfogyasztó, 11,2%-uk soha nem fogyaszt

alkoholt. Mértékletes fogyasztónak minősül 75,8%-uk, mivel alkalmanként csak 1–2 italt fogyasztanak, míg a többiek ennél többet.

Káros szenvedélyekre irányuló következő kérdésünk a kábítószerfogyasztásra és -használatra vonatkozott. Ennek során 8,1%-uk válaszolta azt, hogy kipróbált már valamilyen kábítószer, 89,4%-uk válaszolta azt, hogy még nem, míg a többiek nem válaszoltak. Két adatot érdemes még megemlítenünk: 5,6%-uk a serdülőkor előtt vagy alatt próbálta először, 4,3%-uk egyszer, 2,5%-uk tíznél kevesebbszer, 1,2%-uk ennél többször. Ez a korosztályt tekintve (21–65) nem meglepő adat.

4. táblázat

Testösszetétel mutatók rizikófaktorai

Testösszetétel mutatók értékelése				
Hasüregi zsír	Vegyes		Nő	
	Gyakoriság	Százalék	Gyakoriság	Százalék
alatta	88	54,7	68	55,3
felette	73	45,3	55	44,7
Testtömeg index	Vegyes		Nő	
	Gyakoriság	Százalék	Gyakoriság	Százalék
alatta	1	,6	1	,8
normál	85	52,8	67	54,5
felette	75	46,6	55	44,7

5. táblázat

Munkahelyi sporttámogatás

	Gyakoriság
kedvezményes fitnessterem használat	7
kedvezményes uszoda használat	5
munkahelyi sportnapok	5
munkahelyi torna	20
kedvezményes sportszervásárlási lehetőség	1
egyéb	20
nem válaszolt	103
Összesen	161

Következtetések, összegzés

Vizsgálataink során figyelmünk először a cardiovascularis mutatók felé fordult. A cardiovascularis rendszer élettani működését a biokémiai változók mellett a biofizikai törvényszerűségek befolyásolják. Magát a keringés mechanikáját, az ezzel kapcsolatos változásokat, összefüggéseket főleg az utóbbi határozza meg, az élettani funkciókra biomechanikai hatások hatnak. A cardiovascularis rendszer biomechanikai jellemzőinek feltárásával foglalkozó tudományág a hemodinamika. Mivel vizsgálatainkat a *Cardio Vision 2000* típusú műszerrel végeztük, így a kutatásunk szempontjából lényeges elemeket emeltük ki.

A keringési rendszer megbetegedéseire visszavezethető halálozás a felnőttkorban elhunytak több mint 50%-t érinti (Zajkás 1993, ESKI 2005). Ez a magas arányszám a vérkeringés bonyolult és sérülékeny felépítéséből adódik, aminek következtében gyakrabban fordulnak elő kóros elváltozások. A keringési rendszer megbetegedései a fejlett országok mellett ma már a fejlődő országokban is egyre jellemzőbb halállokká váltak (WHO 2000). A közvetlenül a cardiovascularis rendszert érintő megbetegedések okozta korai halálozás a nyolcvanas években ért el először jelentős hányadot a mortalitás oki tényezői között Magyarországon (Zsoffay 2007). Ez főleg a férfiak körében jelentkezett nagyobb arányban. A magyar férfiak esetében az első maximumot 1984-ben regisztrálták. Ezt követően csökkent az arány, majd az átmeneti visszaesés után 1993-ban újabb csúcs jelentkezett, amely meghaladta az előző mutatót. A magyar nők körében 1981-hez köthető a keringési rendszer megbetegedéseire visszavezethető halálozás maximuma. A 0–64 éves nőknél ebben az időszakban volt a legmagasabb a halálozás, az ezt követő időszakban a nők mutatói csökkentek. A vizsgálatunk során kapott eredmények arra engednek következtetni, hogy mintánk esetében – kevés kivételtől eltekintve – alacsony a magas rizikófaktorú személyek száma, s a nemek tekintetében is kiegyensúlyozottság figyelhető meg.

Kutatásunkban szintén fontos szerepet tulajdonítottunk a testösszetétel jellemzőinek. Az optimálistól eltérő testösszetétel többletkockázatot jelent, az életminőség és a morbiditások területén egyaránt prediktív faktornak minősül

és domináns tényező a haláloki struktúra alakulásában. A kóros soványság, illetve a kóros kövérség (obesitas) különböző fokozatainak kialakulásában természetesen genetikai-biológiai és patológias faktorok egyaránt szerepet játszhatnak. Az esetek döntő többségében azonban, mivel az alacsonyagsere és az enterális felszívódás között nincs jelentős különbség, oki tényező a negatív egészségmagatartási attitűdre visszavezethető energiabevitel és energialeadás közötti egyensúlyvesztés. A zsírszövet eloszlása pontos kockázati indikátor. A megnövekedett hasüregi zsír, az abdominális obesitas szoros összefüggést mutat a cardiovascularis megbetegedések és a 2. típusú cukorbetegség előfordulásával.

A vizsgálatban kapott értékek megfelelnek az átlagpopulációnak. A nemek arányát tekintve a nők esetében gyakoribb a normálérték alatti, míg a férfiaknál normál érték feletti eltérés. A BMI-érték objektivitását nem tartják megfelelőnek húsz éves kor alatt, 65 év felett, speciális ételszokásokban pl. terhesség, szoptatás alatt, illetve erős izomzattal rendelkező sportolók esetén. A testtömeg index azonban megfelelő tápláltsági mutató a 20–65 éves korosztályban.

Az *OLEF 2003* kutatási beszámolóban szerepelt adatok alapján a nők 29%-a, a férfiak 38%-a volt túlsúlyos. A jelen kutatásunkban kapott értékek kedvezőtlenebbek az előbbieknél, a nőknél 44,7%, a férfiaknál 52,6% normál érték feletti (a nőknél 18,5 kg/m² alatti alacsony értéket is regisztráltunk). A releváns irodalom szerint a 45 év alatti nők között több a sovány, mint a kövér, amely mutató az életkor előrehaladtával megfordul. A férfiak esetében a 35–65 éves korosztálynál gyakoribb a magas BMI-érték. Az optimálistól eltérő testtömeg index egészségkárosító hatása bizonyított. Alacsony érték esetén jelentős az osteoporosis veszélye, magas index esetében csökken a várható élettartam, növekedhet a TC és LDL mértéke, magasabb a hipertónia (magas diasztole), a szív- és érrendszeri betegségek incidenciája, a felnőttkori diabetes, az epekő, a nőgyógyászati és az epehólyag-daganatok előfordulási gyakorisága.

A koleszterinszint alakulása az életkorral változik. A hazai és nemzetközi vizsgálatok alapján a férfiaknál kissé gyakoribb a magasabb koleszterinszint, és ez az érték korral együtt gyorsabban nő, mint a nők esetében. Kutatásunk eredménye nem támasztja alá az előbbieken leírtakat. A vizsgálatban

résztevő nőknek magasabb volt az össz-koleszterinszint értéke, mint a férfiaké.

Az egészségmagatartás tényezőit az *OLEF 2003* eredményeivel hasonlítottuk össze. Az *OLEF 2003* eredményei szerint a felnőtt magyar lakosság csaknem 8%-a egyáltalán nem végez testmozgást (az idős nők 20,5%-a, az idős férfiak 18,7%-a). Azok aránya, akik valamennyit mozognak ugyan, de kevesebbet, mint az ajánlott heti 2,5 óra, hasonló nagyságú: a nők 8,5%-a, a férfiak 7,9%-a tartozik ebbe a kategóriába. Az önbevallott testmozgási időtartamok alapján a lakosság több mint 80%-a megfelelő mennyiségű testmozgást végez. Az *OLEF* a megfelelő mértékű és időtartamú testmozgásra helyezi a hangsúlyt, ami lényegesen bővebb kategória, mint a sportolás, sportolási szokások. Mintánk esetében – habár különválasztottuk a testmozgást-fizikai munkát és a sportolási szokásokat –, de mindkét esetben elmondható, hogy a szombathelyi aktív korú felnőtt lakosság az országos átlag feletti eredményekkel rendelkezik.

Az *Országos Lakossági Felmérés (2003)* eredményei szerint a nők 27,9%-a, a férfiak 40,5%-a dohányzik. Többségük napi rendszerességgel rágyújt: a nők csaknem negyede (24,6%), a férfiaknak több, mint harmada (36,9%). Erős dohányosnak tekinthető, azaz naponta legalább 20 szál cigarettát elszív a nők tizede és a férfiak csaknem negyede. Alkalmi dohányosok mindkét nemből leginkább a legfiatalabb korcsoportban fordulnak elő: a 18–34 év közötti nők 5,1%-a, a férfiak 6,4%-a tartozott ebbe a kategóriába. A férfiak körében a jelenleg dohányzók mellett igen jelentős azok aránya is, akik valaha dohányoztak, de már leszoktak: az idős férfiaknak például a fele, a középkorúaknak pedig több mint negyede. A nőknél valamivel kisebb a leszokottak aránya, de közülük is minden nyolcadik (12,4%) ide tartozik. Soha nem dohányzott a nők több mint fele (59,8%), a férfiaknak több mint harmada (35%). A nőknél jelentős eltérés figyelhető meg ebben a csoportban az életkor szerint: míg a fiatalok és a középkorúak nagyjából hasonló arányban (52%, illetve 52,3%) szerepelnek a soha nem dohányzók között, addig az idős nők 86,6%-a tartozik ebbe a kategóriába. A férfiaknál nem figyelhető meg hasonló kapcsolat az életkorról, sőt, ott éppen a legfiatalabbak között a legmagasabb a soha nem dohányzók aránya (41,4%). Habár nemenkénti elemzésre még nem került sor, a szombathelyi kutatás nem igazolta az országos eredményeket, ugyanis a rendszeres és aktív dohányosok aránya jóval alacsonyabb, az *OLEF 2003* adataihoz viszonyítva.

Az *Országos Lakossági Felmérés (2003)* eredményeiben a nők csaknem kétharmada, a férfiaknak pedig több mint negyede állította, hogy nem szokott alkoholt fogyasztani. Mindkét nemből a legidősebb korosztály tagjai tartoztak a legnagyobb arányban ebbe a kategóriába: a 65 év feletti nők több mint háromnegyede, a 65 év feletti férfiaknak több mint 40%-a. Az alkalmi fogyasztók aránya nagyjából megegyezik a két nemből: a nők valamivel több, a férfiaknak valamivel kevesebb, mint negyede iszik alkalmanként alkoholtartalmú italokat. Mindkét nemnél a fiatalok közül tartoznak a legtöbben ebbe a kategóriába: valamivel több, mint

harmaduk alkalmi alkoholfogyasztó, míg a középkorúaknak csak a negyede (nők), illetve ötöde (férfiak), az időseknek pedig hetede (nők), illetve tizede (férfiak). Mértékletes alkoholfogyasztónak tekinthető a nők 7,7%-a és a férfiak 31,3%-a, mindkét nemből a középkorúaknál figyelhető meg a legmagasabb arány: a nők 10%-a, a férfiak 36,3%-a tartozik ebbe a csoportba. Az önbevallott alkoholfogyasztás alapján nagyívónak minősíthető a nők 2,5%-a és a férfiak 17,7%-a. Elvégzett kutatásunk alapján megállapítható, hogy a szombathelyi aktív korú munkavállalók sajnálatos módon a kapott eredmények alapján túlszárnyalják az országos átlagot.

Kutatásunk alapján úgy véljük, hogy ismét itt lenne az ideje egy országos lakossági felmérés elvégzésének, azonban az igazán lényeges paraméterek és mutatók feltárásának érdekében mindenképpen szükséges lenne a regionális megkülönböztetés. Véleményünk szerint Magyarország regionális vizsgálata során lényegesen különböző eredményeket kapnánk, mint ahogyan ezt vizsgálatunk is igazolta. Ugyanakkor a tényleges egészségi állapot felmérését a szubjektív (kérdőíves) vizsgálati módszerek nem elég hatékonyan tárják fel, ezért objektív (orvosdiagnosztikai) vizsgálatokkal történő összekapcsolásukat tartjuk szükségesnek.

Összefoglalás

Az életmód komplex módon befolyásolja egészségi állapotunkat. Az egészségfejlesztés egyik legfontosabb célja életmódunk megváltoztatása, amelynek eléréséhez az egyéni törekvéseken túl társadalmi szintű akarat és cselekedet, valamint a lakosság egészét megcélzó intervenciós programok szükségesek. Ezek azonban csak a háttértényezők alapos és adekvát felmérése után lehetségesek. A kutatási terület komplexitása szükségessé teszi az egészségmagatartási szokások kialakulását befolyásoló protektív, illetve prediktív tényezők együttes monitorozását. Értelmezésünkben a hatékony megelőzés, illetve a befolyásoló tényezők feltárásának eredményes módja az, ha a szubjektív adatokat diagnosztikai felméréseken alapuló adatokkal egészítjük ki.

Kulcsszavak: testösszetétel, érfalrugalmasság, egészségmagatartás

Summary

Life style has a complex influence on our health status. One of the most important aim of the health care system is to change people's life style for a healthy way. Over the individual effort, global mind and act are needed on national and society level. These are possible only if the background factors are well explored. The complexity of the research area is require collective exploration of protective and predictive factors. In our point of view the effective way of this if the subjective data are completed with medical diagnostic data. Here we introduce a possible method.

Keywords: body composition, arterial stiffness, health behavior

IRODALOM

- Alpert, J. S.–Powers, P. J. (2005): „Obesity: A Complex Public Health Challenge.” In: *Am. J. Med.*, 9, 118–140.
- Ádány, R. (2006): „A magyar populáció demográfiai helyzete és egészségi állapota.” In: Barabás, K. (szerk.): *Egészségfejlesztés*. Medicina Könyvkiadó, Budapest
- Barthalos, I.–Bognár, J.–Ihász, F.–Kányai, R.–Ráczné Németh, T. (közlésre elfogadva): „Idős nők antropometriai és motoros mutatói egy 15 hetes mozgásos intervenció hatására.” In: *Magyar Sporttudományi Szemle*.
- Benczúr, B. (2008): *Beszámoló a Magyar Artériás Stiffness Társaság IV. Nemzetközi Artériás Stiffness Szimpóziumáról, illetve a MAST II. Kongresszusáról*. 2008. április 2. Letöltve 2008. december 12.; www.arterialstiffness.org
- Bíró, Gy. (1996): „A magyarországi lakosság egy csoportjának táplálkozási vizsgálata.” In: *Népegészségügy*, 77/4; 11–12.
- Bodzsár, É. B. (1998): *Secular Growth Changes in Europe*. Eötvös University Press, Budapest
- Bouchard, C.–Shephard, R. J.–Stephens, T. (1994): *Physical Activity, Fitness and Health. International Proceedings and Consensus Statement. Champaign. Human Kinetics*.
- Claessens, A.–Beunen, G.–Malina, R. (2008): „Anthropometry, Physique, Body Composition, and Maturity (Chapter 3).” In: Armstrong, N.–Mechelen, W. (eds.): *Paediatric exercise science and medicine*. Oxford, 23–36.
- Committee on Health and Behavior: *Research, Practice and Policy*. Board on Neuroscience.
- Behavioral Health: Health and Behavior: The Interplay of Biological, Behavioral, and Societal Influences 2001*. letöltve http://www.nap.edu/html/health_behavior
- Conner, M.–Norman, P. (eds.): *Predicting Health Behaviour*. Open University Press, Buckingham, 1996.
- Dési, I. (2001): *Népegészségtan*. Semmelweis Kiadó, Budapest
- ESKI (2005)* <http://eski.hu>
- Fonyó, A. (2003): *Az orvosi ételtan tankönyve*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1053.
- Fritz, P. (2006): *Mozgásos rekreáció*. Bába Könyvkiadó, Szeged
- Gochman, D. S. (ed.): *Handbook of Health Behavior Research*. Plenum Press, New York, 1997.
- Gyenis, Gy.–Joubert, K.–Radnóti, L. (2007): „Physique, Socio-economic Factors, Nutritional Habits and Intelligence.” In: Bodzsár, É. B.–Zsákai, A. (eds.): *Growth and Ageing: Facts and Factors. Humanbiologia Budapestinensis*, 31; 67–74.
- Hiatt, W. R. M.D. (2001): „Medical Treatment of Peripheral Arterial Disease and Claudication.” In: *N Engl J Med*, 344(21); 1608–1621.
- Hill, J. O.–Wyatt, H. R. (2005): „Role of Physical Activity in Preventing and Treating Obesity.” In: *Journal of Applied Physiology*, 99; 765–770.
- Illyés, I. (2001): *Az elhízás mai szemlélete*. Medicina Kiadó, Budapest
- Kiss, K.–Fodor, Á.–Mavroudes M.–Osváth, P.–Mészáros, Zs.–Zsidegh, M. (2008): „Egyetemisták tápláltsági állapota és futóteljesítménye.” In: *Magyar Sporttudományi Szemle*, 36; 45–47.
- KSH (2003): *Az alkohol hatása a halandóságra Magyarországon, 1970–1999*. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest
- „OLEF 2003.” In: *Epinfo 11. szám, 2004*. Letöltve 2009. április 23.; <http://www.oek.hu/oek.web?nid=604&pid=1>
- Paksy, A. (2001): „Általános epidemiológia.” In: Dési, I. (szerk.): *Népegészségtan*. Semmelweis Kiadó, Budapest
- Suskovics, Cs. (2005): „Relationship between sexual maturity of the girls and their physical performance.” In: *Kalokagathia*, XLIII. évf. 3; 35–46.
- Suskovics, Cs. (2006): „Sexual Maturation and Sport Abilities.” In: *New Horizons – Fitness Research*, 23; 199–209. Wrocław
- Tóth, G.–Buda, B. L. (2007): „Study on the Physique of 60–80–Year-old Hungarian Women at the Beginning of the 21st Century.” In: *Papers on Anthropology*, 16; 273–277.
- The Academy of Medical Sciences (2004): *Calling Time. The Nation's drinking as a major health. Report from an Academy working group.*
- The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General 2004*. <http://www.surgeongeneral.gov/library/smokingconsequences/>
- WHO (1996): *Obesity: Take it Seriously, Deal with it now*. WHO Feature, 190; Geneva, 1–3.
- WHO (1997): *Obesity Epidemic Puts Millions at Risk from Related Diseases*. WHO Press, 46; Geneva
- WHO (2000): *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. Technical Report Series, 894; Geneva
- WHO (2002): *The World Health Report 2002*. <http://www.who.int/whr/2002/en/>
- Wilmore, J. H.–Costill, D. L.–Kenney, W. L. (2008): *Physiology of Sport and Exercise*. Human Kinetics. Champaign, Illinois. 495–510.
- Zajkás, G. (1993): „Élelmezés és táplálkozáspolitikai Magyarországon.” In: *Magyar Tudomány*, 38; 1305–1311.
- Zsoffay, K. (2007): „Az obesitas gyakorisága a magyar iskolás gyermekek-nél.” In: *Folia Anthropologica*, 5; 111–114.

A szorongás, a depresszió, az önértékelés és a társadalmi tőke hatása várandósok egészségképére és az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságára

Bödecs Tamás adjunktus, M.D.¹,
 Horváth Boldizsár főiskolai tanár, M.D., PhD.²,
 Szilágyi Enikő pszichiáter, M.D.³,
 Diffelné Németh Marietta adjunktus¹,
 Sándor János, főiskolai tanár, M.D., PhD.⁴

¹Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Népegészségtani, Rekreációs és Egészségfejlesztési Intézet, Védőnői Tanszék, Szombathely

²Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Ápolás és Betegellátás Intézet, Szülésznői Tanszék, Szombathely

³Markusovszky Kórház, Pszichiátriai Osztály, Szombathely

⁴Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Népegészségtani, Rekreációs és Egészségfejlesztési Intézet, Népegészségtani és Epidemiológiai Tanszék, Pécs

Bevezetés

A depresszív és szorongásos zavarok a várandósság leggyakoribb pszichiátriai rendellenességei közé tartoznak. A prenatális depresszió gyakorisága a fejlett országokban 7% és 17% közötti (1–5), míg a várandós kismamák kb. 10%-a valamilyen szorongásos zavarban szenved (1, 5–7). A depressziós-szorongásos zavarok és a romló egészségmagatartás kapcsolatát számos hazai és nemzetközi tanulmány igazolta (8–10), ám továbbra is nyitott kérdés, hogy a lelki, hangulati élet zavarai milyen konkrét mechanizmusokon keresztül fejtik ki hatásukat. Több tanulmány látszik alátámasztani, hogy a depresszív-szorongásos zavarok a stressz-szint növelése és az adaptív viselkedés beszűkítése révén maladaptív, önkárosító magatartásformákra (dohányzás, alkoholfogyasztás, mozgásszegény életmód, evészavarok, szuicid kísérletek) hajlamosítanak (11–12). A rövid távon feszültségoldó, hosszú távon egészségkárosító magatartásformák, mintegy „öngyógyító kísérletként”, a lelki zavarok okozta pszichés tünetek enyhítését szolgálják.

A másik lehetséges mechanizmus, hogy a depresszív-szorongásos zavarok – kognitív torzításai révén – torz egészségképet tartanak fenn, ilymódon csökkentik az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságot, és fenntartják az egészségre káros magatartási tendenciákat. Az egészségjavító intervenciókra elsősorban azok fogékonyak, akik egészségüket kontrollálhatónak tartják, és saját magukat képesnek érzik sorsuk irányítására. A depresszív, szorongó

egyen viszont diszfunkcionális attitűdjei és kognitív torzulásai miatt helyzetét kontrollálhatatlannak tartja, önértékelése csökken (13–14), ez bénultságérzéshez, a kezdeményezőkézség, illetve az én-hatékonyság csökkenéséhez vezet (15–16). A szorongók hajlamosak egészségüket külsődleges okokkal magyarázni, és egészségük kontrollját mások kezébe adni (17). A depresszív-szorongásos zavarok csökkent társas támogatottsággal, szociális izolációval társulnak (18), ez mind kognitív, mind technikai értelemben a cselekvési tér beszűkülését vonja maga után. A társadalmi bizalom és kölcsönösség hiányával, valamint az alacsony civil támogatottsággal leírható csökkent társadalmi tőke rossznak ítélt saját-egészséggel (19), és a szorongásoldó-nyugtató gyógyszerek megnövekedett használatával (20) jár együtt. Mindent összevetve, a szorongásos-depresszív zavarok a hozzájuk társuló alacsony önértékeléssel és csökkent társadalmi tőkével karöltve csökkentik az egészség kontrollálhatóságába vetett hitet, külső okokból álló egészségmagyarázatokra hajlamosítanak, csökkentik az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságot, ilymódon korlátozzák azok hatékonyságát.

A fentiekből kiindulva tanulmányunkban elsődlegesen azt vizsgáltuk, milyen hatással van a prenatális szorongás, a depresszió, valamint az ezekkel összefüggő önértékelés és a társadalmi tőke a várandós nők egészségképére. Mivel egy korábbi közleményünkben az egészségkép és az intervenciók iránti nyitottság szoros kapcsolatát tártuk fel, célszerűnek láttuk, ha vizsgálatunkat egyidejűleg kiterjesztjük az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságra is (21).

1. táblázat

A szorongás, depresszió, önértékelés és a társadalmi tőke értékeinek megoszlása

	Átlag	95%-os megbízhatósági tartomány
Szorongás	39,23	38,38–40,09
Depresszió	5,98	5,28–6,68
Önértékelés	32,86	32,35–33,36
Bizalom hiánya	1,70	1,61–1,79
Kölcsönösség	1,89	1,78–2,00
Támogatottság	2,40	2,31–2,48

Minta és módszer

Szombathely város 18 védőnöi körzetéből 10 körzetet vontunk be felmérésünkbe. Az így kialakított területen populációs alapú monitoringot hoztunk létre, ahol 2008. 02. 01. és 2009. 02. 01. között minden nyilvántartásba kerülő várandós-ról rendszeres adatgyűjtést folytattunk. A vizsgálatban való részvétel önkéntes és anonim volt. Az adatgyűjtés részletes bemutatását, valamint függő változóink, az egészségkép faktorainak meghatározását és az elvárt intervenciók kérdőívének részletes bemutatását illetően korábbi közleményünkre utalunk, a továbbiakban ezeknek csak rövid leírását adjuk (21).

Egészségkép

Válaszadóink egészségről-betegségről alkotott hiedelmét *Staiton Rogers* kérdőívének (*Health and Illness Scale*) második blokkjával mértük fel (22). Az egészség-hiedelmek belső struktúrájának vizsgálatára a fenti kérdőív tételeit faktorelemzésbe vontuk, amelynek során először főkomponens elemzéssel az egynél nagyobb sajátértékű faktorok számát állapítottuk meg. Az alacsony kommunalitású tételektől lépésenként megválvá, a maradék tételekkel, Varimax rotációval, legnagyobb valószínűség becsléssel faktoranalízist végeztünk. Az adott faktorba tartozás feltételül a 0,40-nél magasabb faktorsúlyt vettük (23). Az ennél kisebb faktorsúlyú tételektől lépésenként megváltunk. Az így kapott faktorstruktúrának megfelelően az egyes egészségmagyarázó faktorokat új standardizált változóként kezeltük a további elemzésekben.

Elvárt segítség

Válaszadóink hét intervenciósi lehetőséget pontozhattak annak megfelelően, hogy az számukra mennyire jelentene segítséget várandósságuk alatt. (1 = egyáltalán nem segítene, 5 = feltétlenül szükségem lenne rá). Felajánlott intervencióink az alábbiak voltak: „egészségügyi ellátás javítása”, „ismeretadás”, „érzelmi támogatás”, „technikai dolgok begyakorlása”, „hasonló helyzetű kismamákkal való találkozás”, „lelki problémák megbeszélése”, „tápanyagok vitaminnal történő dúsítása”.

Független változók

A depressziót a *Beck Depresszió Kérdőív (BDI)* (24) magyar nyelvű, hazai viszonyokra adaptált, rövidített, 9 tételes változatával (25) mértük, melynek pontszámait az eredeti 21 tételes kérdőív pontszámaira konvertáltuk (26). A szorongást a *Spielberger-féle szorongás kérdőív* magyar nyelvű változatának vonás-szorongásra vonatkozó blokkjával (*STAI-T*) mértük (27–28). Az önértékelést a *Rosenberg-skálával (RSEC)* (29), a társadalmi tőkét a környezetbe vetett bizalom, a kölcsönösség, és a civil szférából érkező támogatás dimenziói mentén vizsgáltuk (30). A bizalmat és a kölcsönösséget a „*Az emberek általában önzőek, mások rovására próbálnak boldogulni*”, illetve a „*Ha valami jót teszek valakivel, joggal várhatom el azt, hogy velem szemben is így viselkedjenek*” kérdésekre adott válaszok 0–3 közötti skáláival (0 = nem értek vele egyet, 3 = teljesen egyetértek) mértük. A támogatottságot a „*Nehéz helyzetben mennyi segítségre számíthat?*” kérdésre adott válaszokkal értékeltük (0 = nem számíthatok; 1 = kevés segítségre számíthatok; 2 = mint általában az emberek; 3 = több segítségre számíthatok).

Demográfiai adatok

Kérdőívünkben az alábbi demográfiai változókat rögzítettük: életkor, iskolai végzettség, családi állapot, szocio-ökonomiai státusz, testvérek száma, rendelkezik-e munkahellyel (igen-nem). A szocio-ökonomiai státuszt a négy változóból (autó-, számítógép-, saját szoba-tulajdon és családi nyaralás) képzett *Családi Jómódúsági Skálával* mértük (31).

Adataink feldolgozásához az SPSS for Windows v. 11,5 software-t használtuk, összefüggéseinket többváltozós lineáris regresszió segítségével elemeztük. Kategorikus változóinkat (iskolai végzettség, a családi állapot, és a munkahellyel való rendelkezés) „dummy” változóként léptettük be modelljeinkbe.

Eredmények

Résztevőink átlagéletkora 29,57 év (standard deviáció/SD = 5,17), átlagosan 1,7 testvérük van (SD = 1,6). Válaszadóink 58,3%-a férjezett, 33,9%-a élettársi kapcsolatban él,

7,8% egyedülálló (hajadon vagy elvált). Közép- vagy felsőfokú végzettségű 35,1%, illetve 38,7%, míg 26,2%-nak középfokúnál alacsonyabb iskolai végzettsége van. Munkahellyel 84,3%-uk rendelkezik. Demográfiai változóink részletes megoszlásának bemutatását illetően a már említett korábbi közleményünkre utalunk (21). A szorongás, a depresszió, az önértékelés és társadalmi tőke elemeinek átlagértékeit az 1. táblázatban tüntettük fel.

Egészségkép

Az egészségkép vonatkozásában a fenti módszerrel egy hat faktoros egészségkép-modellt kaptunk, melyben faktoraink együttesen az eredeti változókészlet varianciájának több mint a felét (56,8%-át) magyarázták (21). Első faktorunkat (lelki állapot) az „erőim felhasználása”, a „pozitív gondolkodás”, a „boldogság-keresés”, a „belső konfliktusokkal való szembenézés”, és a „sorsom irányítása” tételek alkották. A II. faktor (környezet) a „lakáshelyzetem alakulása”, „munkahelyi környezet”, „családi körülmények”, „munkahelyi kapcsolatok” tételekből állt össze. A III. faktort (végzet) az „időjárás”, „jó- vagy balszerencse”, „véletlen”, „természetfeletti erők” és a „jövőbeli váratlan események” tételek alkották. A IV. faktor (külső hatások) alkotói: „szakkönyvek tanácsainak megfogadása”, „orvosi kezelések”, „életkor”, „fertőzések”, „káros környezeti hatások elkerülése” és a „vitaminok, erősítő-szerek szedése” tételek voltak. Az V. faktort (megelőzés) mindössze két tétel alkotta: „orvosi szűrővizsgálaton való részvétel” és „orvosi tanácsok megfogadása”. A VI. faktorba (közeli kapcsolatok) szintén két tétel került: „családommal, barátaimmal való kapcsolat” és „családomtól, barátaimtól kapott tanácsok”.

Az egyes intervenciók iránti nyitottság

Válaszadóink szignifikánsan a legmagasabb átlagpontszámmal az „élelmiszerek dúsítása” intervenciót illették, azaz ezt tartották legfontosabbnak. Ugyancsak szignifikáns mértékben, a leginkább az „érzelmi támogatást” utasították el, ez kapta a legalacsonyabb átlagpontszámot. A többi lehetséges intervenció preferenciái között nem volt szignifikáns különbség (21).

Az egészség-kép és az egészségjavító intervenciók iránti nyitottság összefüggései a szorongással, a depresszióval, az önértékeléssel, a társadalmi tőkével és a demográfiai tényezőkkel

A továbbiakban először az egészségkép hat faktorát, majd a hét intervenció lehetőségét, mint függő változókat, egyenként összevetettük független változóinkkal, hogy lássuk, a szorongás, a depresszió, az önértékelés és a társadalmi tőke, demográfiai tényezőink kontroll alatt tartásával, mennyiben határozzák meg válaszadóink egészségképét és az adott intervenciók iránti nyitottságát. A hat egészségkép

faktorok és a hét intervenció lehetőségnek megfelelően hat, illetve hét modellt kaptunk. A 2. és a 3. táblázat tartalmazza az így felépített modellek szignifikancia-szintjeit (modell p), a modellek magyarázó-értékeit (modell R²) és az egyes változókkal való összefüggéseket. Az egészségkép vonatkozásában a „környezet” és a „külső hatások” faktorokra nem kaptunk szignifikáns modellt, csakúgy, mint az „ismeretadás” intervenció esetében. Szignifikancia-közeli modellt kaptunk a „lelki problémák megbeszélése” intervenció lehetőségére. Minden további modellünk szignifikáns volt (p<0,05), a magyarázóerők az egészségkép faktorainak esetében 7,8% és 15,7% között voltak, az intervenciók esetében 7,8% és 9,6% között mozogtak.

Megbeszélés

A depresszió egyetlen tényező tekintetében mutatkozott szignifikáns hatásának: negatívan korrelált a „megelőzés” faktorral. A szorongás ellenben pozitívan korrelált ugyan ezen faktorral, csakúgy, mint az „élelmiszerek dúsítása” intervencióval. A szorongás pozitívan korrelált még a „lelki problémák megbeszélése” intervencióval is, ám ez esetben maga a modell csak marginálisan volt szignifikáns. Az önértékelés a „lelki állapot” és a „megelőzés” faktorokkal korrelált pozitívan, bár az utóbbi esetben a hatás csak szignifikancia-közelinek mutatkozott. A társadalmi bizalom hiánya az „érzelmi támogatás” és az „élelmiszerek dúsítása” intervenciókkal mutatott fordított irányú kapcsolatot. Szignifikancia-közeli volt a kölcsönösség szerepe a „technikai jellegű ismeretek begyakorlása” intervenció vonatkozásában, míg a civil támogatottság a „kortárs csoportokban való részvétel” és a „technikai jellegű ismeretek begyakorlása” intervenciókra volt pozitív hatással.

A demográfiai tényezők közül a munkahellyel való rendelkezés és a szocio-ökonómiai státusz hatástalannak bizonyultak, bár az utóbbi marginális hatással volt a „kortárs csoportokban való részvétel” vonatkozásában. A „végzet” szerepét hangsúlyozták azok, akiknek több testvérük van. A felsőfokú végzettségük nem tartják fontosnak az „egészségügyi ellátás javítását”, a középfokúnál alacsonyabb végzettségük pedig (marginális szignifikancia mellett) elutasítják a „lelki állapot” szerepét. A legmeghatározóbb szerepet kétségtelenül az életkornak, és a családi állapotnak kell tulajdonítanunk. Az életkor pozitívan korrelált a „lelki állapot” egészségkép-faktorral, és negatívan korrelált a „technikai jellegű ismeretek begyakorlása” és a „kortárs csoportokban való részvétel” intervenciókkal. Az egyedülálló fontosnak tartják a „lelki állapot” és a „közeli kapcsolatok” egészségkép-faktorokat, valamint az „élelmiszerek dúsítása” intervenció szerepét. Az élettársi kapcsolatban élők a lehetséges intervenciók közül az „érzelmi támogatást” és a „lelki problémák megbeszélését” preferálnák, ez utóbbi modellt, mint tudjuk, csak marginálisan szignifikáns. Mind az egyedülállók, mind az élettársi kapcsolatban élők (szignifikancia-közeli szinten) fontosnak tartják a „megelőzést”.

Összegezve megállapíthatjuk, hogy modelljeink az egészségkép faktorait 7,8%–5,7%-ban, az intervenciók lehe-

tőségek iránti nyitottságot 7,8%–9,6%-ban magyarították. Tekintettel arra, hogy az egészségkép és az intervenció preferencia igen szerteágazó gyökerekből táplálkozó kognitív struktúrák, a fenti magyarázóerők meglehetősen jónak mondhatók. A szorongás, a depresszió, az önértékelés és a társadalmi tőke, a demográfiai tényezők kontroll alatt tartása mellett is, hatással voltak várandósaink egészségképére és intervenció preferenciáikra, bár ez a hatás mérsékeltnak mondható. A társadalmi tőke egyáltalán nem volt hatással az egészségképre, de hétből öt intervenció preferenciát befolyásolt. Azok, akik környezetükkel szemben bizalmatlanok, sem az interperszonális kapcsolatra épülő érzelmi támogatásra, sem a személyes részvételt egyáltalán nem igénylő élelmiszer-dúsításra nem fogékonyak, azaz intervenció szempontból igen nehéz célcsoportnak tekinthetők. Mérhető viszont a civil támogatottság pozitív szerepe: azok, akik kiterjedt emberi kapcsolatrendszerrel jellemezhetők, még inkább igénylik a kortárs kapcsolatokat, és nyitottak a szintén társas helyzeteket feltételező technikai jellegű oktatásokra, képzésekre. Bár nem szignifikáns szinten, de hasonló hatás mérhető a kölcsönösség vonatkozásában is. Az önértékelés az intervenció preferenciákra nem volt hatással, viszont elmondhatjuk, hogy a magasabb önértékelésűek fontosabbnak tartják a lelki állapot egészségben betöltött szerepét, és nyitottabbak az orvosi szűrővizsgálaton való részvétel, és az orvosi tanácsok megfogadása irányába.

Demográfiai tényezőink hatásait elemezve megállapíthatjuk, hogy a testvérek számának és az iskolai végzettségnek csekély szerepe volt. Az, hogy akiknek több testvérük van, inkább vélekednek úgy, hogy egészségüket végzettszerű hatások befolyásolják, inkább valamilyen kulturális (vallási, etnikai?) háttérű zavaró tényező szerepét valószínűsítik. A felsőfokú végzettségűek egészségügyi ellátással szembeni elutasító attitűdje több módon is értelmezhető. Lehet, hogy eleve jó egészségi állapotnak örvendenek, és az ellátás javítása nem jelenik meg szükségletként, másrészt eddig is hozzáfértek ahhoz, amire e vonatkozásban szükségük volt. Nem szorul értelmezésre, hogy inkább a fiatalok igénylik a kortársak támogatását és a technikai dolgok begyakoroltatását, az idősebbek pedig fontosnak tartják a lelki állapotot. Az egyedülállók és az élettársi kapcsolatban élők egészségképéből és intervenció preferenciáiból pedig egyértelműen az emberi kapcsolatok és az érzelmi, lelki támogatás iránti igény fogalmazódik meg!

Kiinduló kérdésünk, a szorongás és a depresszió hatásainak tekintetében kijelenthetjük, hogy szám szerint mindössze három tényező esetében bizonyultak szignifikánsnak. A szorongók igénylik a lelki támogatást és preferálják az élelmiszerek dúsítását. Mindkettőből tükröződik a szorongásos kognitív beállítódás: a dependencia igény, és a kontroll átengedése. Látszólag ellentmond ennek, hogy a szorongás pozitívan korrelált az egyéni aktivitást feltételező „megelőzés” faktoral. Ne feledjük azonban a faktort alkotó tételeket („*orvosi szűrővizsgálaton való részvétel*”, „*orvosi tanácsok megfogadása*”), és joggal feltételezhetjük: a szorongásra jellemző aggodáson túl megjelenik itt a nemzetközi szakirodalomban „*Powerful Others Health Locus of*

Control”-nak aposztrofált fogalom – a kontrollt az általuk hatékonynak, „*erősnek*”, „*hatalmasnak*” ítélt személyek kezébe adják át (17). A depresszió ellenben negatívan korrelált a „megelőzés” faktoral, azaz tetten érhető, hogy a depressziós kognitív torzulások, a reménytelenség és a jövőtlenség érzése, egy egészségkép faktor elutasításán keresztül szignifikánsan beszűkítik a megelőzés lehetőségeit. Mindezekből megállapítható, hogy a szorongás és a depresszió hatása egyáltalán nem érdektelen az intervenció szempontjából: míg a szorongás – igaz, torzult kognitív sémákból kiindulva – de növeli a megelőző jellegű beavatkozások iránti nyitottságot, addig a depresszió épp ellenkező hatású.

Összefoglalás

Korábbi tanulmányokból ismeretes a szorongás, a depresszió és a rossz egészségmagatartás összefüggése. Vizsgálatunkban a prenatális szorongás, depresszió, valamint az ezekkel összefüggő önértékelés és társadalmi tőke várandós nők egészségképére, és egészségjavító intervenció iránti nyitottságára gyakorolt hatását igyekeztünk feltárni. Fenti változóink (a demográfiai tényezők kontroll alatt tartásával) a hat egészségkép faktorból a „*megelőzés*” faktorra gyakorolták a legmarkánsabb hatást, a szorongás és az önértékelés növeli az orvosi tanácsadások és szűrővizsgálatok iránti nyitottságot, míg a depresszió csökkenti ezt. A lelkiállapot fontosságát vallják a magasabb önértékelésűek, a szorongók szerint az élelmiszerek dúsításával, és a lelki problémák megbeszélésével segíthetünk a legtöbbet. A társadalmi tőke nem volt hatással az egészségképre, de az intervenció iránti nyitottságra igen: a környezetükkel szemben bizalmatlanok mind az élelmiszerek dúsítását, mind az érzelmi támogatást elutasítják, míg a nagyobb civil támogatottságot élvezők nyitottabbak a kortársak támogatására és a technikai jellegű ismeretek elsajátítására. Demográfiai tényezőink közül az életkor és a családi állapot volt a legerősebb hatással: az idősebbek fontosnak tartják a lelki állapotot, a fiatalok a technikai jellegű ismeretek begyakoroltatását és a kortárs csoportokban való részvételt igénylik. Az egyedülállók és az élettársi kapcsolatban élők az emberi kapcsolatokat és az érzelmi, lelki támogatást igénylik.

Summary

As it is known from previous studies, there is a correlation among anxiety, depression and improper health behavior. In our study we are aiming at looking into the impact of prenatal anxiety, depression as well as self-esteem and social capital on health-belief and openness towards health-improving interventions in case of pregnant women. The above mentioned factors (while keeping the demographical factors under control) have made the most remarkable impact from the six health-belief factors on the „*prevention*” factor. Anxiety and self-esteem increase openness towards medical counseling and screening tests, whereas depression decreases it. Those with higher self-esteem consider mental health very important, on the contrary those suffering from anxiety

consider food-fortification and talking over mental problems the best possible help. Social capital seems to have no impact on health-belief but a considerable one on openness towards interventions; those who lack social trust reject both food-fortification and emotional support, while those enjoying greater civil support are more open-minded towards peer support and the acquisition of technical knowledge. Among

the demographical factors age and marital status have created the biggest impact; the older ones consider mental health very important, while among the younger ones there is a demand for drilling in technical knowledge and for participation in peer groups. The single ones and those living in life partnerships show demand for human relationships as well as for emotional and mental support.

IRODALOM

1. Andersson, L.–Sundström-Poromaa, I.–Bixo, M.: „Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study.” In: *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 3(189), 148–154. (2003)
2. Bennett, H. A.–Einarson, A.–Taddio, A.–Koren, G.–Einarson, T. R.: „Prevalence of depression during pregnancy: systematic review.” In: *Obstetrics and Gynecology*, 103(4), 698–709. (2004)
3. Evans, J.–Heron, J.–Francomb, H.–Oke, S.–Golding, J.: „Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth.” In: *British Medical Journal*, 323: 257–260. (2001)
4. Gavin, N. I.–Gaynes, B. N.–Lohr, K. N.–Meltzer-Brody, S.–Gartlehner, G.–Swinson, T.: „Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence.” In: *Obstetrics and Gynecology*, 106(5), 1071–1083. (2005)
5. Heron, J.–O’Connor, T. G.–Evans, J.–Golding, J.–Glover, V.: „The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample.” In: *Journal of Affective Disorder*, 80(1), 65–73. (2004)
6. Andersson, L.–Sundström-Poromaa, I.–Wulff, M.–Aström, M.–Bixo, M.: „Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome.” In: *Obstetrics and Gynecology*, 104 (3), 467–476. (2004)
7. Berle, J. O.–Mykletun, A.–Daltveit, A. K.–Rasmussen, S.–Holsten, F.–Dahl, A. A.: „Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy.” In: *Archives of Womens’ Mental Health*, 8, 181–189. (2005)
8. Pajulo, M.–Savonlahti, E.–Sourander, A.–Helenius, H.–Piha, J.: „Antenatal depression, substance dependency and social support.” In: *Journal of Affective Disorder*, 65(1), 9–17. (2001)
9. Döme, P.–Rihmer, Z.–Gonda, X.–Pestality, P.–Kovács, G.–Teleki, Z., et al.: „Cigarette smoking and psychiatric disorders in Hungary.” In: *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 9, 145–148. (2005)
10. McConnel, S.–Jacka, F. N.–Williams, L. J.–Dodd, S.–Berk, M.: „The relationship between depression and cardiovascular disease.” In: *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 9: 157–167. (2005)
11. Kopp, M.–Skrabski, Á.: *Magyar lelkiállapot. Végeken Alapítvány, Budapest, 1995.*
12. Kopp, M.: „A reménytelenség szerepe a betegségek létrejöttében, ennek jelentősége a mai magyar társadalomban.” *Kórház*, 3, 4–10. (1997)
13. Seretti, A.–Olgiate, P.–Colombo, C.: „Components of self-esteem in affective patients and non-psychiatric controls.” In: *Journal of Affective Disorder*, 88, 93–98. (2005)
14. Benetti, C.–Kambouropoulos, N.: „Affect-regulated indirect effects of trait anxiety and trait resilience on self-esteem.” In: *Personality and Individual Differences*, 41, 341–352. (2006)
15. Pakenham, K. I.–Smith, A.–Rattan, S. L.: „Application of a stress and coping model to antenatal depressive symptomatology.” In: *Psychology, Health, & Medicine*, 12(3), 266–277. (2007)
16. Roesch, S. C.–Weiner, B.–Vaughn, A. A.: „Cognitive approaches to stress and coping.” In: *Current Opinion in Psychiatry*, 15(6), 627–632. (2002)
17. Asadi-Pooya, A. A.–Schilling, C. A.–Glosser, D.–Tracy, J. I.–Sperling, M. R.: „Health locus of control in patients with epilepsy and its relationship to anxiety, depression, and seizure control.” In: *Epilepsy & Behavior*, 11, 347–350. (2007)
18. Kopp, M.: „A hangulatzavarok népegészségügyi jelentősége.” In: Szádóczky, E.–Rihmer, Z., (szerk.): *Hangulatzavarok. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 418–432. 2001.*
19. Subramanian, S. V.–Kim, D. J.–Kawachi, J.: „Social trust and self-related health in US communities: A multilevel analysis.” In: *Journal of Urban Health*, 79, 521–534. (2002)
20. Johnell, K.–Lindström, M.–Melandar, A.–Sundquist, J.–Eriksson, Ch.–Merlo, J.: „Anxiolytic-hypnotic drug use associated with trust, social participation, and miniaturization of community: A multilevel analysis.” In: *Social Science & Medicine*, 62, 1205–1214. (2006)
21. Bödecs, T.–Horváth, B.–Kovács, L.–Diffellné Németh, M.–Sándor, J.: „Az egészségkép hatása az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságra magyar várandósok körében.” In: *Egészségfejlesztés*, 50, 33–40. (2009)
22. Staiton Rogers, W.: *Explaining Health and Illness: An Exploration of Diversity. Wheatsheaf, London, 1991.*
23. Füstös, L.–Kovács, E.–Meszéna, Gy.–Simonné Mosolygó, N.: *Alakfelismerés: Sokváltozós statisztikai módszerek. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest, 2004.*
24. Beck, A. T.–Ward, C. H.–Mendelson, M.–Mock, J.–Erbaugh, J.: „An inventory for measuring depression.” In: *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571. (1961)
25. Skrabski, Á.–Kopp, M.–Rózsa, S.–Réthelyi, J.–Rahe, R. H.: „Life meaning: An important correlate of health in the Hungarian population.” In: *International Journal of Behavioral Medicine*, 12, 78–85. (2005)
26. Pék, Gy.–Égerházi, A.–Kovács, M.: „Pszichológiai tesztek, diagnosztikai kérdőívek, tünetbecslő skálák.” In: Kovács, M.: *Időskori depresszió és szorongás. Springer Tudományos Kiadó, Budapest, 141–157. 2003.*
27. Spielberger, C. D.–Goesuch, R. L.–Luschene, R. E.: *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, 1970.*
28. Sipos, K.–Sipos, M.: „The development and validation of the Hungarian form of the State-Trait Anxiety Inventory.” In: Spielberger, C. D.–Diaguerro, R. R.: *Cross-Cultural Anxiety. Hemisphere Publishing Corporation, Washington. New York. London, 27–39. 1983.*
29. Rosenberg, M.: *Society and the Adolescent Self-Image. Princeton University Press, Princeton NJ, 1965.*
30. Skrabski, A.–Kopp, M.–Kawachi, I.: „Social capital and collective efficacy in Hungary: cross sectional associations with middle aged female and male mortality rates.” In: *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 340–5. (2004)
31. Aszman, A.: *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest, 2003.*

2. táblázat

**A szorongás, a depresszió, az önértékelés,
a társadalmi tőke és a demográfiai tényezők hatása az egészségképre**

Lelki állapot	Modell p<0,001 Béta	Modell R ² : 0,157 p
Önbecsülés	0,19	0,01
Szorongás	-0,01	0,93
Depresszió	0,06	0,44
Bizalom hiánya	-0,01	0,9
Kölcsönösség	-0,04	0,5
Civil támogatottság	-0,05	0,44
Életkor	0,21	0
Munkahely	0,05	0,47
Szocio-ökönómiai státusz	0,03	0,62
Testvérek száma	0,03	0,67
Családi állapot		
Egyedülálló	0,15	0,01
Élettárs	0,06	0,32
Iskolai végzettség		
Szakmunkás	-0,13	0,07
Középfokú	-0,08	0,24

Környezet	Modell p: ns. Béta	Modell R ² : 0,063 p
Önbecsülés	0,12	0,09
Szorongás	0,15	0,07
Depresszió	-0,05	0,54
Bizalom hiánya	-0,04	0,53
Kölcsönösség	0,1	0,12
Civil támogatottság	-0,04	0,56
Életkor	-0,12	0,08
Munkahely	0,09	0,22
Szocio-ökönómiai státusz	-0,03	0,66
Testvérek száma	0,01	0,85
Családi állapot		
Egyedülálló	0,11	0,08
Élettárs	0,12	0,06
Iskolai végzettség		
Szakmunkás	-0,01	0,84
Felsőfokú	0,01	0,87

Végzet	Modell p<0,01 Béta	Modell R ² : 0,114 p
Önbecsülés	-0,06	0,39
Szorongás	0,06	0,5
Depresszió	0,06	0,4
Bizalom hiánya	0,07	0,26
Kölcsönösség	0,09	0,16
Civil támogatottság	-0,03	0,56
Életkor	-0,03	0,64
Munkahely	0,07	0,31
Szocio-ökönómiai státusz	0,04	0,58
Testvérek száma	0,18	0
Családi állapot		
Egyedülálló	0,07	0,26
Élettárs	-0,01	0,86
Iskolai végzettség		
Szakmunkás	0,1	0,15
Felsőfokú	0	0,99

FELMÉRÉSEK

Külső hatások	Modell p: ns	Modell R ² : 0,052
	Béta	p
Önbecsülés	0,11	0,14
Szorongás	0,09	0,32
Depresszió	-0,07	0,35
Bizalom hiánya	-0,05	0,48
Kölcsönösség	0,05	0,47
Civil támogatottság	0,1	0,1
Életkor	0,04	0,52
Munkahely	0,03	0,68
Szocio-ökönómiai státusz	0,01	0,93
Testvérek száma	0,05	0,4
Családi állapot		
Egyedülálló	0,01	0,91
Élettárs	-0,08	0,22
Iskolai végzettség		
Szakmunkás	-0,03	0,64
Felsőfokú	-0,15	0,03

Megelőzés	Modell p<0,05	Modell R ² : 0,079
	Béta	p
Önbecsülés	0,14	0,06
Szorongás	0,25	0
Depresszió	-0,15	0,04
Bizalom hiánya	-0,04	0,58
Kölcsönösség	0,02	0,74
Civil támogatottság	0,11	0,08
Életkor	0	1
Munkahely	0,08	0,26
Szocio-ökönómiai státusz	-0,03	0,65
Testvérek száma	0,06	0,3
Családi állapot		
Egyedülálló	0,12	0,06
Élettárs	0,11	0,07
Iskolai végzettség		
Szakmunkás	0,02	0,81
Felsőfokú	-0,06	0,39

Közeli kapcsolatok	Modell p<0,01	Modell R ² : 0,099
	Béta	p
Önbecsülés	0,04	0,57
Szorongás	-0,07	0,43
Depresszió	-0,03	0,64
Bizalom hiánya	0,06	0,37
Kölcsönösség	0,11	0,09
Civil támogatottság	0,05	0,44
Életkor	-0,07	0,3
Munkahely	-0,06	0,4
Szocio-ökönómiai státusz	-0,09	0,21
Testvérek száma	0,04	0,54
Családi állapot		
Egyedülálló	0,15	0,02
Élettárs	0,06	0,33
Iskolai végzettség		
Szakmunkás	0,07	0,28
Felsőfokú	0,11	0,1

3. táblázat

A szorongás, a depresszió, az önértékelés, a társadalmi tőke és a demográfiai tényezők hatása az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságra

Egészségügyi ellátás	Modell $p < 0,05$ Béta	Modell R^2 : 0,082 p
Önbecsülés	0,1	0,18
Szorongás	0,08	0,32
Depresszió	0,02	0,76
Bizalom hiánya	-0,04	0,51
Kölcsönösség	-0,07	0,24
Civil támogatottság	0,05	0,38
Életkor	-0,08	0,23
Munkahely	0,1	0,15
Szocio-ökönómiai státusz	0,04	0,53
Testvérek száma	-0,01	0,87
Családi állapot		
Egyedülálló	-0,05	0,42
Élettárs	0,04	0,49
Iskolai végzettség		
Szakmunkás	0,12	0,08
Felsőfokú	-0,19	0,01

Ismeretadás	Modell p : ns Béta	Modell R^2 : 0,071 p
Önbecsülés	0,06	0,38
Szorongás	0,04	0,64
Depresszió	0,1	0,19
Bizalom hiánya	-0,02	0,72
Kölcsönösség	-0,02	0,7
Civil támogatottság	0,09	0,13
Életkor	-0,11	0,1
Munkahely	0,17	0,02
Szocio-ökönómiai státusz	0,13	0,07
Testvérek száma	-0,03	0,67
Családi állapot		
Egyedülálló	0,09	0,14
Élettárs	0,03	0,59
Iskolai végzettség		
Szakmunkás	0,01	0,93
Felsőfokú	-0,13	0,06

Érzelmi támogatás	Modell $p < 0,05$ Béta	Modell R^2 : 0,078 p
Önbecsülés	0,04	0,59
Szorongás	0,13	0,11
Depresszió	0,07	0,34
Bizalom hiánya	-0,14	0,02
Kölcsönösség	0,05	0,42
Civil támogatottság	0	0,97
Életkor	-0,05	0,5
Munkahely	0,01	0,93
Szocio-ökönómiai státusz	-0,07	0,33
Testvérek száma	0,05	0,38
Családi állapot		
Egyedülálló	-0,03	0,63
Élettárs	0,14	0,02
Iskolai végzettség		
Szakmunkás	-0,02	0,8
Felsőfokú	0	0,96

Technikai tudás	Modell $p < 0,05$ Béta	Modell R^2 : 0,094 p
Önbecsülés	-0,02	0,75
Szorongás	0,03	0,68
Depresszió	-0,06	0,4
Bizalom hiánya	-0,03	0,62
Kölcsönösség	0,12	0,06

FELMÉRÉSEK

Civil támogatottság	0,14	0,02
Életkor	-0,23	0
Munkahely	0,13	0,05
Szocio-ökönómiai státusz	0,11	0,09
Testvérek száma	-0,01	0,89
Családi állapot		
Egyedülálló	-0,03	0,67
Élettárs	0,05	0,46
Iskolai végzettség		
Szakmunkás	0,04	0,53
Felsőfokú	-0,01	0,92

Kortárs-támogatás	Modell $p < 0,01$	Modell $R^2: 0,096$
	Béta	p
Önbecsülés	0,05	0,44
Szorongás	0,07	0,42
Depresszió	0,01	0,93
Bizalom hiánya	-0,09	0,13
Kölcsönösség	0,08	0,21
Civil támogatottság	0,12	0,04
Életkor	-0,2	0
Munkahely	0,02	0,8
Szocio-ökönómiai státusz	0,13	0,06
Testvérek száma	0,01	0,91
Családi állapot		
Egyedülálló	0,06	0,33
Élettárs	0,11	0,09
Iskolai végzettség		
Szakmunkás	0,02	0,77
Felsőfokú	0,08	0,27

Lelki problémák megbeszélése	Modell $p: 0,060$	Modell $R^2: 0,075$
	Béta	p
Önbecsülés	0,02	0,81
Szorongás	0,2	0,02
Depresszió	-0,01	0,94
Bizalom hiánya	-0,1	0,1
Kölcsönösség	-0,04	0,54
Civil támogatottság	0,04	0,51
Életkor	-0,12	0,08
Munkahely	0,08	0,26
Szocio-ökönómiai státusz	-0,01	0,93
Testvérek száma	0,05	0,41
Családi állapot		
Egyedülálló	0,02	0,77
Élettárs	0,12	0,05
Iskolai végzettség		
Szakmunkás	0,05	0,51
Felsőfokú	0,1	0,14

Élelmiszer-dúsítás	Modell $p < 0,05$	Modell $R^2: 0,079$
	Béta	p
Önbecsülés	0,07	0,34
Szorongás	0,21	0,01
Depresszió	-0,03	0,71
Bizalom hiánya	-0,13	0,04
Kölcsönösség	0,05	0,44
Civil támogatottság	0,04	0,54
Életkor	-0,04	0,54
Munkahely	0,12	0,1
Szocio-ökönómiai státusz	0,03	0,65
Testvérek száma	0,08	0,21
Családi állapot		
Egyedülálló	0,15	0,02
Élettárs	0,07	0,29
Iskolai végzettség		
Szakmunkás	0	1
Felsőfokú	-0,09	0,18

„Egyedül nem megy!” Életmódváltás társas támogatottsággal

Bodnár Ilona szociológus

Semmelweis Egyetem, Testnevelési és Sporttudományi Kar

Az egészséges, sportos életvitellel magazinok, rádió- és tévéműsorok sokasága foglalkozik. Nem telik el hónap az életmód átalakításához tanácsot adó könyv megjelenése nélkül. Számtalan internetes honlap nyújt segítséget mindennapjaink szervezéséhez, a tudatos életvitelhez. A ránk zúduló ismeretek, a bővülő lehetőségek ellenére a statisztikák továbbra is lesújtó adatokat közölnek sportolási szokásainkról: a magyar társadalomnak csak egy vékony rétege és csak egy bizonyos korosztálya mozog rendszeresen. A felvilágosító tevékenység ellenére sem sikerült a többséget megnyerni a mozgásnak, nem tudunk tartós, hosszú távú változást elérni. A sikertelenséget kutató miértekre sokféle válasz adható, hiszen – mint minden társadalmi jelenségben – a „mozdulatlanságban” is több tényező játszik szerepet. Mivel hazánkban is egyre nagyobb hangsúlyt kap az egyén felelőssége, az öngondoskodás, ezért a személyes szférából emelek ki két, az aktív életvitelre ható tényezőt: az életmód szerkezeti sajátosságait és a társas támogatást. Ezek befolyásoló erejét, az életmódváltással kapcsolatos döntéseket sorozatát pedig *Prochaska és munkatársai* modelljével szemléltetem.

A tevékenységszerkezet sajátosságai

A média által közvetített modern viselkedésminták, új ismeretek ösztönzőleg hathatnak az egyénre, inspiráló körülményeket teremthetnek a változáshoz (*Fritz-Tóth 2009*). A divatos, gyors sikerrel kecsegtető módszerek gyakran elfelejtik megemlíteni, hogy életmódunk megváltoztatása nem egyetlen döntést igényel, ami után minden gördülékenyen megy. *Határozd el magad!* hangzik az ismerős felszólítás, azt sugallva, hogy ha ezt megteszed, akkor minden menni fog. Tévedés, mert nem egyetlen döntést kell hozni, hanem döntések sorozatát. Az újjal egy olyan folyamat indul el, amelyben a megszokottól eltérő reagálást kívánnak a helyzetek, és éppen a változtatás igénlye miatt kell újabb és újabb döntéseket hozni. Kihívások sorozatával néz szembe az, aki hátat fordít a megszokottságnak. Sokan úgy vélik, hogy éppen az áhított siker miatt nem szabad a későbbi nehézségekről beszélni, mert ez a toporgókat, a fontolva haladó-

kat esetleg elriasztaná. Nem is elriasztani kell az embereket, hanem felkészíteni. Nemcsak a várható pozitívumokat kell elmondani, hanem jelezni lehet a nehézségeket is. El kell mondani, hogy a megszokott tevékenységszerkezet, vagyis az életmód átalakítása milyen megfontolásokat igényel, mire és kire kell tekintettel lenni ezzel kapcsolatban.

A megszokottság, a belénk rögzült ritmus miatt – de néha védekezésből is – nem gondolkodunk el azon, hogy cselekedeteink mennyire összetett rendszert alkotnak. Életmódunk komplexitása nemcsak abból adódik, hogy sokféle tevékenységet foglal magában, hanem abból is, hogy az egyes elemek, a különböző – társas, biológiai, lelki – szükségleteinket kielégítő cselekvések szinte feltérképezhetetlen bonyolultsággal kapcsolódnak egymáshoz. Ezért ha egy új elemet szeretnénk elhelyezni a rendszerben, akkor nem elég ennek időkezetet, helyet biztosítani, hanem a kapcsolódások, kapcsolatok helyre- vagy újraállítására is figyelniük kell. Ha az utóbbit nem tesszük meg, akkor az adott tevékenység nem fog beépülni a rendszerbe, nem válik alkotóelemmé, nem beszélhetünk ezzel kapcsolatban szokásról. Sportszakemberként tisztában kell lennünk azzal, hogy a rendszerben minden változtatás rövidebb-hosszabb instabilitáshoz vezet, így ha egyszerre sok vagy nagy területet érintő változtatást várunk el, akkor nagyobb valószínűséggel áll vissza a régi működési mód. Erre még akkor is figyelniük kell, ha valaki önként, külső kényszer nélkül határozott a változtatásról. Ilyenkor az elköteleződés, a belső energiák mozgósíthatósága ugyan nagyobb, de ez mégsem jelenti azt, hogy elegendők is a fokozott igénybevételhez. A kritikus pontokon, a visszalépés fontolgatásakor lényeges, hogy kinek milyen külső erőforrása, támogatása van, számíthat-e segítségre elhatározásának fenntartásában.

Az életmódvizsgálatok leggyakoribb módszere, hogy a résztvevőkkel leíratják egy napjukat: milyen tevékenységet, milyen hosszan végeztek aznap. Ha nem is kutatói részletességgel, de azoknak is kellene egy tevékenységkapcsolati térképet készíteniük, akik változtatni szeretnének életmódjukon. Ezt nemcsak világuk belső megismerése miatt kell megtenniük, hanem azért is, hogy környezetükkel, a társas ellenállás és támogatás mértékével tisztában legyenek: kiket

kell meggyőzniük, kiktől várhatnak támogatást. Egyszerre kell saját magukat és környezetüket is felkészíteniük a változtatásra. Ha ezt elmulasztják, akkor a váratlan helytelenítések, ellenállások az újítók kedvét szeghetik, illetve a megtorpanás időszakában esetleg nem veszik észre, kihez fordulhatnának támogatásért, helyeslésért.

Társas támogatás

A bevezetőben már említettem, hogy a minket körülvevő társadalmi környezetnek mennyire fontos szerepe van életmódunk alakításában: milyen értékeket közvetít felénk, ezen keresztül milyen viselkedést vár el tőlünk. A környezeti hatások azonban nem egységesek és nem is állandóak. Viselkedésünkre legnagyobb hatással közvetlen környezetünk van, az ott élőkkel kialakított kapcsolatok, a személyes találkozások. Ezért ha életmódunkon változtatni szeretnénk, akkor lényeges, hogy mindennapjaink társai hasonlóan fontosnak tartásuk azokat az értékeket, amelyek köré szeretnénk újra-szervezni életünket (Neulinger 2009). Ha rájuk – családtagjainkra és barátainkra – nem számíthatunk, akkor a tágabb kör pótolhatja őket. Régebben ilyen volt a munkahely, de ahogy az értékekben, úgy a foglalkoztatási viszonyokban is nagy változások történtek hazánkban. Ezek közül az egyik, hogy a munkahelyi struktúrák összehasonlíthatatlanul változókényobbak lettek, és tűnékenységükkel párhuzamosan össze is zsugorodtak. A szolgáltatóipar fejlődésével, a magánvállalkozások számának növekedésével egyszemélyes munkahelyek jöttek létre, ahol a kapcsolati háló is ritkább. A „törzsgárda” mentalitás eltűnésével a társas hatások kapcsán elsődlegesen nem is a munkahelyről kell beszélnünk. Ma már sokkal nagyobb befolyásoló erővel bírnak az egyes foglalkozások életmódhoz, külső megjelenéshez kapcsolódó normái, amelyek munkahelytől függetlenül hatnak. Ezeket az elvárásokat a munkaadó igen gyakran feltételként szabja az alkalmazottal szemben, de nem törődik teljesítésének mikéntjével. A munka világának az elmúlt évtizedben bekövetkezett változásai miatt felértékelődtek a szabadidős kapcsolatok.

Döntés a kezdésről

Bárki tudna olyan áhított időtöltést említeni, ami régóta vágyai között szerepel: milyen jó lenne többet színházba járni, olvasni, zenét hallgatni! Miért nem teszed meg? Mi vagy ki akadályoz meg benne? Ha valaki nekünk szegezi ezeket a kérdéseket, legtöbbször nem tudunk kielégítő választ adni, általánosságokat és nem személyes indokokat sorolunk. Vagyis nem vagyunk meggyőzőek sem saját magunk, sem a kérdező számára. Gyakori, hogy ezt a szituációt a kioktató bölcsességgel zárja a másik fél, hogy mindenkinek arra van ideje, amire akarja! Szeretném, ha az életmóddal foglalkozó szakemberek nem folyamodnának ehhez a mondathoz végső indokként, mert képzettségüknek köszönhetően ismerik ennek a döntésképtelen helyzetnek az okait: az akaratot befolyásoló gazdasági, szociális háttér összetettségét, a környezet befolyásoló erejét.

Nem szeretni, hanem akarni kell! – tartja egy olasz köz-

mondás. Az ilyen népi bölcsesség tulajdonképpen a másik, a külső szemlélő számára is látható momentumra helyezi a hangsúlyt. A cselekvésben megnyilvánuló belső erőt kéri számon, nem vesz tudomást a rejtve maradó belső vívódásról, a döntést megelőző fázisról. Pedig ez az előkészítő időszak nemcsak magát a döntést befolyásolja, hanem azt is, hogy mennyi ideig, milyen hosszan tudjuk fenntartani az új állapotot, meddig tart a kezdeti lelkesedés. Nem mindegy, hogy utána hébe-hóba megyünk csak el színházba, moziba, sportolni, vagy rendszeresen így töltjük szabadidőnket. Pedig az akarat megvolt.

Hazánkban a lemorzsolódókról, a mindig újakezdőkről még nem készült statisztika. A hosszabb-rövidebb szünetek után újra sportolni kezdő típus nem magyar jelenség, szerte a világban ismerik az edzők a fel-feltűnő, hullámvasutas életmódváltókat. Amíg mi csak kesergünk a jelenség fölött, addig külföldön megpróbálták feltárni ennek okait, a hatékonyabb beavatkozás érdekében kideríteni, mi szükséges a hosszú távú változáshoz, milyen együttműködésre van szükség az egyén és környezete között, hogy valakinek a fizikálisan aktív szabadidő-eltöltés tartósan beépüljön az életmódjába. A kutatók többféle modellt dolgoztak ki (Bryant és McElroy, 1997), de leginkább azok közelítették meg a valóságot, akik egy dinamikus változó, egymásra épülő döntésekből álló cselekvéssort alkottak meg. Olyan lépéssort, amiben nem csak előre lehet haladni, tehát fejlődni, hanem belefoglalták a visszaesés, a lemorzsolódás lehetőségét is. (Tulajdonképpen nem tettek mást, mint figyelembe vették az életmód és a társas kapcsolatok bonyolultságát, összetettségét).

Elköteleződés öt lépésben

Az életmódváltás, így a fizikai aktivitás iránti elköteleződés folyamatát legárnyaltabban Prochaska és munkatársai írták le (Prochaska és Marcus, 1994; Prochaska és Velicer, 1997). Modelljükben, a *transtheoretical modelben* (TTM) az átalakítás öt szakaszát határozták meg, amelyek gondolati és cselekvési minőségükben nagymértékben különböznek egymástól. Nem egyirányú, egyenletesen felfelé ívelő folyamatot, hanem ciklikus spirált képeznek. A szintek nem automatikusan követik egymást, az átlépéseknél, a váltásoknál gyakori a visszaesés, a lemorzsolódás.

1. Szemlélődés előtti szakasz

Ebben az időszakban az egyén nem érzi szükségét annak, hogy sportoljon, hogy változtasson életmódján. Ennek oka lehet, hogy negatívan ítéli meg, alábecsüli saját képességeit, vagy életkörülményei károsító hatásait nem méri fel reálisan. Erre a szakaszra jellemző a hárítás, az ellenállás, ami mögött ideológiaként gyakran a fogyasztói társadalom, a sport elültetésének az elutasítása húzódik meg.

2. Szemlélődési szakasz

Gondolat szintjén megjelenik a változtatás szükségessége, így a szelektív figyelem már a pozitívumokra irányul. A szakasz elnevezése is arra utal, hogy az egyén keresi az érveket, gyűjti az elhatározását támogató impulzusokat. Fontos, hogy ebben az időszakban erős, az átfordulást támogató élmények ériék.

3. Előkészületi szakasz

Az életmódváltás, a sportolás iránti belső elköteleződés erősítésére az egyén lépéseket tesz a változtatás érdekében, mintegy előcselekszik. Könyveket vesz, a témához kapcsolódó tévéműsort néz, felszerelést vásárol. Önmagát serkenti, de egyben jelzéseket ad környezetének, hogy én igenis komolyan gondolom ezt a dolgot! A saját erőforrások és a környezet támogatásának tesztelési időszaka ez, amikor például társat, közösséget, helyszínt keres a kezdéshez. Gyakran kisebb változtatásokat végez életmódján, ilyen lehet például étkezési szokásainak módosítása. Elhatározását jelzi, hogy cselekvési tervet készít: a közeljövőben – hat hónapon belül – szándékában áll elkezdni a sportolást.

4. Cselekvési szakasz

Meglépi, megteszi azt, amit lehet, hogy már hónapok óta tervez. A környezet számára ez a leglátványosabb része a folyamatnak, mert ekkor szembesülnek azzal, hogy az illető tényleg komolyan gondolta a dolgot. A cselekvés, a meglépés sikerének átélése mellett az egyénnek másfajta megelégedettségre is szüksége van: ne csalódjon a választott sportágban és önmaga képességeiben, teljesüljenek elképzelései, hatékonyan tartsa a mozgásformát. Lényeges, hogy sem lelki, sem fizikai sérülés ne érje. Sportolására gondolva még mindig csak a közeli jelent veszi figyelembe, nem tervez hosszú távra.

5. Fenntartási szakasz

Ekkor válik a sportolás szokássá, mert beépül a tevékenységrendszerbe. Az egyénnek már nem kell félnie a visszalépéstől, a visszaeséstől, vagyis önmagától. Az addigi sikerek, a testi elégedettség megteremtik az egyén pszichikai és szociális egyensúlyát. Pozitívan értékeli a megtett utat, a befektetett energiák megtérülnek számára. De nemcsak ő értékeli, hanem környezete is. Gyakori, hogy az eddig csak figyelő, várakozó család, baráti kör ekkor lázad fel, s ellenáll a változásnak. A kevésbé támogatók ugyanis eddig abban reménykedhettek, hogy majd alábbhagy ez a lelkesedés, máskor is volt már ilyen, majd észre tér. Ebben a szakaszban azzal kell szembesülniük, hogy reményeik nem teljesültek, mert a kezdeti hóbortból szokás, életmód lett. Az addig csak nem támogató, passzívan ellenálló környezet ekkor lázadhat fel, mondhat nemet.

Az előnyök és hátrányok mérlegelése

A folyamat egészét, az egyes szakaszok viszonyát többféle szempont szerint vizsgálhatjuk. Kutatóként elengedhetetlen, hogy ne csak a laikusok számára fontos aktív, cselekvő szakaszokat elemezzük, hanem ugyanolyan figyelmet fordítsunk a gondolkodás uralta stációkra. Tudati struktúrák szempontjából a legnagyobb minőségi ugrás az első és második szakasz között van. Szellemi téren, gondolati hozzáállás tekintetében áll be változás, és ennek a tudati átrendeződésnek a stabilizálása történik meg a szemlélődési szakaszban. A sportszakembereknek tisztában kell lenniük azzal, hogy a látszólag passzív második szakasz nélkül nem indul el a folyamat, ezért tevékenységüknek erre is ki kell terjednie.

Az egyén is folyamatosan értékeli az általa gerjesztett változásokat. Neki a legfontosabb kritérium én-hatékonyaságá-

nak – általa érzékelt – pozitív változása. Ezek az egészség mindhárom pillérét érinthetik: a fizikai, szociális és lelki állapotában remélt vagy beállt változásokat értékelve hozza meg döntését a folytatásról. Mérlegel: az egyik serpenyőbe az előnyök, a befektetett energia kerül, míg a másikba a hátrányokat teszi. Természetes, hogy azt szeretnénk, ha a mérleg nyelve a pozitívumok felé billenjen, de ez csak a felkészülési szakaszban történik meg először. Ha valaki eljut az ötödik stációig, akkor megtapasztalhatja, hogy míg az előnyök folyamatosan gyarapodnak, addig a hátrányok ugyanolyan arányban csökkennek.

Miért oly kevesen jutnak el mégis a fenntartási szakaszig? A lemorzsolódás okainak felderítéséhez az egyént és környezetét egyaránt vizsgálnunk kell. A cikk témájához igazodva most a környezet felelősségére hívom fel a figyelmet. Egy-egy új szakaszról szóló döntés meghozatalakor fontos, hogy a társak az én-hatékonyaságban bekövetkezett változásokat hogyan jelzik vissza. Nemcsak az épp aktuális állapotot, hanem a folyamat tendenciáját is vissza kell tükrözniük. Ez az, amit az egyén éppen érintettsége folytán nem tud esetleg reálisan megítélni, mert az események sodrában nincs rálátása, energiája erre. Pedig a döntéshozatalban a jövő előrejelzésének alapvető szerepe van.

Szakmai támogatás

A szakmai tudás abban különbözik a köznapi bölcsességtől, hogy differenciáltabb képpel rendelkezik erről a folyamatról, épp azért, hogy a döntéshozásban, annak fenntartásában minél hatékonyabban tudjon segíteni. Az eredményes beavatkozás különbséget tud tenni az igények között, és személyre szabott támogatási formát ajánl fel (*Biddle, 2004*). A hazai viszonyokra jellemző, hogy a sportpolitika döntően csak az utolsó két – cselekvési és fenntartási – szakaszra koncentrált. A könnyebben elérhető és mozgósítható csoportokra irányulnak akciói, amelyek önmagukban ugyan nagyon látványosak, de ha a résztvevők számát a felnőtt lakosság egészéhez viszonyítjuk, akkor nem túl jó arányt kapunk. Úgy tűnik, mintha a szakma a többséget átengedné a gazdasági vállalkozásoknak, a kereskedelemnek. A sportpiac gyarapodó hazai bevételei azt mutatják, hogy az egészséges életmód kifizetődő vállalkozás: a szemlélődési és a felkészülési szakaszban lévőkre érdemes építeni. Meggyőződésem, hogy tudatosabb közszolgálati programokkal nemcsak a fogyasztói, hanem a sportoló társadalomnak is hasznos tagjai lehetnének a gondolkodók, a kezdéshez bátorságot gyűjtők.

Összefoglalás

Az életmód megváltoztatásával számtalan kiadvány, tévéműsor, tévécsatorna foglalkozik. Ennek ellenére az aktív életmódot folytatók aránya nem növekszik hazánkban. Ennek egyik oka, hogy a szakembere egy része és az érintettek sincsenek tisztában e folyamat összetettségével. Az életmód egy bonyolult tevékenységszerkezet, amiben nem könnyű egy új elemet elhelyezni. Döntések sorozatát kell meghozni, amelyek az egyént és annak környezetét is érintik.

Ezért a sikeres változtatás fontos eleme a társas támogatás. A szakmai támogatás hatékonysága nőhet a folyamat egészének ismeretével. Ehhez ad segítséget a tanulmány, amely ismerteti *Prochaska transzteroretikus modelljét (TTM)*. A TTM a változás melletti elköteleződés öt, egymásra épülő fokozatát különbözteti el.

Kulcsszavak: életmódváltás, társas támogatás, transzteroretikus modell

Summary

Nowadays in Hungary, lifestyle change is a popular topic in many publications and TV programs. Despite this, the

proportion/ratio of people with an active lifestyle is not growing. One reason is that some professionals and participants are not aware of the complexity of this process. Lifestyle covers a complex group of activities, where it is not easy to integrate a new activity/item. A series of decisions must be taken that affect the individual and his/her environment. Therefore, social support is an important element of successful change. The effectiveness of the technical assistance may increase by acknowledging the whole process. This article describes *Prochaska's trans-theoretic model (TTM)* that proposes five successive grades of commitment to change.

Keywords: lifestyle change, social support, trans-theoretic model.

IRODALOM

- Biddle, S. J. H. (2004): „Individual and small-group interventions.” In: Oja, P.–Borms, J. (eds.): *Health enhancing physical activity*. Meyer & Meyer, Oxford. 343–368.
- Bryant, J.–McElroy, M. (1997): *Sociological dynamics of sport and exercise*. Morton, Engelwood. 29–50.
- Fritz, P.–Tóth, L. É. (2009): „A divat szerepe a mozgásos életmód alakulásában.” In: *Magyar Sporttudományi Szemle*, 10. 3–4. 26–28.

Neulinger, Á. (2009): „A szabadidősport iránti érdeklődés Magyarországon 3. Társas kapcsolatok és interakció a sportban.” In: *Magyar Sporttudományi Szemle*, 10. 3–4. 29–32.

Prochaska, J. O.–Marcus, B. H. (1994): „The transtheoretical model: Application to exercise.” In: Dishman, R. K. (ed.): *Advances in exercise adherence*. Human Kinetics, Champaign. 161–180.

Prochaska, J. O.–Velicer, W. (1997): „The transtheoretical model of health behavior change.” In: *American Journal of Health Promotion*, 12. 38–48.

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.

Fáradásukat köszöni és eredményes munkát kíván

a Szerkesztőbizottság

Asztmás gyermekek gyógyúszó programja mint nevelési szintér

Dr. Jády György

Gyermekszív 2000 Alapítvány

A krónikus betegségben szenvedők – így az asztmások – életminősége nagymértékben függ attól, hogy mennyire ismerik betegségük jellegzetességeit, mennyire képesek életmódjukkal, és gyógyszeres kezelésükkel a betegség egyes szakaszaihoz alkalmazkodni. A jelenlegi korszerű gyógyszerek sokkal több betegnek biztosíthatnának egyenletes, kiegyensúlyozottan jó közérzetet nyújtó állapotot, a munkájukkal és mindennapi életükkel járó fizikai terhelés elviselését, ha a betegek a gyógyszereiket ésszerűen és megfelelő módon alkalmazzák. Ugyanakkor közismert, hogy az asztmás betegek életminősége gyakran rosszabb az indokoltnál, passzívak, nem használják ki azokat a lehetőségeket sem, amelyekkel élhetnének.

Jelen dolgozat célja, hogy felhívja az olvasók figyelmét a sportban rejlő lehetőségekre, amellyel a krónikus betegségekben szenvedő gyermekek életminősége eredményesen fejleszthető.

I. Néhány probléma az asztmás gyermek életvitelére és szociális helyzetére vonatkozóan

Asztmája miatt általában a beteg kevésbé szeret mozogni, fizikai aktivitása csökken, amely „ülő”, inaktív életmód kialakulásához vezet, s ennek következményeként a fizikai állapot romlásához. Könnyen kialakulhat az ördögi kör: a fizikai aktivitástól való elzárkózás, ezzel az általános erőnlét gyengülése, a betegségekkel szembeni ellenállóképesség csökkenése – az asztmás többet betegeskedik, ezért óvatosabb mindennel, ami tüneteket idézhet elő, így fizikai aktivitása tovább csökken. Gyakran előfordul, hogy az asztmás gyermekek elzárkóznak a megterhelés minden formájától, amelyek fizikai követelményeket támaszthatnak velük szemben.

A szociális beilleszkedés nehézségei – a csoportból gyakran hiányzó gyermek a peremre szorul, egészségi állapota miatt a „beteg gyermek” szerepköre jut számára. A csoport – gyakori hiányzásai miatt – nem ruházza rá a közösségi élet szempontjából fontos szerepeket. A peremre szorult gyermek igyekszik kiaknázni, ami a „beteg gyermek” szerepköréből adódhat. Egy-egy gyermek több csoport tagja

(osztály, szakkör, játszótér, stb.), s a változó körülményeknek megfelelő viselkedési mintákat sajátít el. A gyakori betegeskedéstől sújtott gyermek mindegyik csoport tudatában könnyen „a beteg”-ként élhet. A krónikusan beteg gyermek tehát szélsőséges esetben a közösségi életben sutává, ügyetlenné válhat.

Passzivitás és a család túlvédő attitűdje – természetesen a beteg gyermek hirtelen a család figyelmének központjába kerül. A szülők a tüneteket kiváltó okokra koncentrálnak, s a nehézlégzés elkerülése érdekében korlátozzák a gyermek aktivitását és a társaival való közös játékot. A gyermek eltávolodik társaitól. A szülők gyakran felfüggesztik addigi nevelési elveiket, s következtelenné, engedékennyé válnak. A gyermeket környezete betegként kezeli, még akkor is, ha jól van.

Ezek a megnyilvánulások ártanak a betegnek, mert fokozzák alárendelt, függő helyzetét. A szánalom és a túlzott kímélet a gyermekek többségében passzivitást vált ki. Átveszik környezetük sajnálatát és önsajnálatba fordítják. Képtelenek kiaknázni azokat a lehetőségeket, amelyek – betegségük ellenére – adottak lennének számukra. Önértékelésük problémái nyomán csökkentértékűség, kisebbségi érzés alakulhat ki, amely passzivitáshoz és elszigetelődéshez vezethet.¹

Ezek a gyermekek különleges figyelmet érdemelnek személyiségük kiegyensúlyozott fejlődése érdekében. Feltétlenül szükséges számba venni, hogy melyek azok a szinterek, ahol a gyermek eredményes nevelése, személyiségfejlesztése megvalósulhat.

II. A személyiségfejlesztés lehetséges szinterei

„Szociológusok és a neveléstudomány képviselői általában megegyeznek abban, hogy a szocializációs folyamatban résztvevő számos hatótényező közül a családnak és az így adódó társadalmi környezetnek alapvető szerepe van, s általában egyetértenek abban is, hogy a mai társadalom feltételei között a folyamat második leghatékonyabb tényezője az iskola. E sorrend kialakulásához logikai, nevelés-

lélektani, szociológiai és statisztikai bizonyítékok egyaránt hozzájárulnak” – írja Ferge Zsuzsa.²

A család

„A felnőtté válás folyamatában a családi környezet különösebb vagy tudatosabb rákészülés nélkül, mintákkal és spontán gyakorlattal szinte teljes mértékben átörökíti, amire szerinte a fiataloknak az életben való boldoguláshoz szükségük lehet.”³ Tehát az asztmás gyermek megfelelő lelki orientációja az egészségesebb személyiségfejlődés kulcsa lehet. Érdemes tehát megvizsgálni az asztmás gyermekek családjainak jellemzői vonásait.

„Sok esetben az asztmatikus roham a beteg családi életének zavaraival párhuzamba állítható” – írja L. Omnis.⁴ Gyakran a csonka család vagy a formálisan ép család problematikája fontos hatással van a kórlefolyásra. A szakirodalomban közismert a kóros anyai dependencia fogalma, az anya fokozott törődésével mintegy „jutalmazza” gyermekét, ha beteg, s ezáltal kondicionálja, megerősíti rohamokra való hajlamát. Sokszor indokolatlan mértékű óvó attitűdjük révén a szülők maguk állítják gyermekük betegségét a családi élet középpontjába.^{4, 5, 6}

Tehát az esetek jelentős részében – segítségnyújtás helyett – a családi körülmények könnyen deformálhatják a fejlődő személyiséget. Éppen emiatt szervezett a SOTE kb. 15 évvel ezelőtt *komplex Családi Asthma Programot*. „Az asztmás gyermek pszichoterápiája rendkívül nehéz feladat, kezelésének egyik buktatója, hogy abból sosem hiányozhat a család. Márpedig közismert, hogy a betegek hozzátartozói zárt kört alkotnak, és nehezen engednek betekintést a család belső életébe” – írja a kérdés egyik szakértője.⁵ Számos esetben az asztmás gyermek személyiségfejlesztése érdekében a terápiába bevonják a beteg családját, a pszichológusok felvilágosító programokkal, szülői hatékonyságra nevelő tréningekkel segítik a gyakrabban felmerülő nevelési hibák kiküszöbölését.⁷

Az iskola

Több mint 20 éves tapasztalatom alapján állíthatom, a pedagógusok többsége nem ismeri eléggé behatóan az asztmás megbetegedést. Reakciójuk széles skálán mozog, az indokolatlan túlféltéstől a probléma teljes figyelmen kívül hagyásáig. A lassan széles társadalmi rétegeket érintő problémára a pedagógusképzés még nem figyelte fel, nem illesztette kellő mélységben programjába az egészségfejlesztés és egészségnevelés kérdéskörét. Ennek a hiányosságnak az enyhítésére született annak idején a *SOTE Magatartástudományi Intézete Iskolai Asthma Program* címen szervezett felvilágosító előadássorozata, kifejezetten pedagógusok számára.⁸

A szakorvosi rendelés

A gyakran zsúfolt orvosi rendelőkben a szakorvosi rendelés kevésbé megfelelő szervezeti keret az egészségnevelésre és a betegoktatásra. A találkozás elsősorban a medikális oldal-

ra, nem a nevelési problémákra fókuszál. Gyakorta felmerülő probléma a betegek nagy száma, ennek következtében az idő hiánya. Kérdéses továbbá az orvosi információközlés hatékonysága. Vizsgálatok szerint hallottak megjegyzési rátája meglepően alacsony, a betegek az orvos által közölt információk 40%-át már közvetlenül az orvossal történt találkozás után sem tudják reprodukálni. Ennek oka elsősorban nem az intelligencia hiányában keresendő. Nehézség forrása továbbá az is, hogy az orvos–beteg viszony sem mindig egyenrangú partnerkapcsolatként működik.⁹

A média

Napjainkban a média és a reklámok társadalmunkban a siker alapfeltételének tartják a jó külsőt: az izmos, karcsú nőt és a kisportolt, izompacsirta férfit. A mozi és a reklámok által kreált ideálok alapján a testnek mindig kicsattanóan egészségesnek, fittnek kell lennie. A passzív, lusta, suta, kövér emberek általában komikumot hordozó elemként jelennek meg. „A média által elénk állított igazi bálványok már nem a hatalmas tetteket végrehajtó, birodalomépítő politikusok, hadvezérek, az emberiség életére jelentős fejlődést, hatást gyakorló feltalálók és tudósok. Sokkal inkább a jó külsejű, szép emberek, a népszerű popsztárok, akik a könnyedséget és az élet élvezetét hirdetik eszményként.”¹⁰ Nyilvánvaló, hogy a médiából sugárzó elvárások nem segítik elő az asztmás gyermekek kiegyensúlyozott önértékelését.

Egészségnevelés és betegoktatás más szervezeti formákban

Az eltérő szervezeti keretben működő betegoktató programok jelentős javíthatják a páciensek egészségi állapotát és életminőségét. Nehezen túlbecsülhető a beteg-érdekvédelmi szervezetek, asztmaklubok szerepe. Számos közös tevékenységet szerveznek – a betegoktatástól a közös kirándulásokon át a fizikai aktivitást növelő foglalkozásokig –, amelyek igen hasznosak az asztmások számára.¹¹

Fontos szerep hárulna az *asthma nurse*-kre is, de sajnos hálózatuk működtetésére nincs meg az anyagi háttér.

Számos kórház, illetve egyéb egészségügyi intézmény is működtet a nyári szünet idején az asztmás betegek számára szervezett bentlakásos, komplex oktatóprogramot.

Az előbbieken tárgyalt területeken többségében – különböző okok folytán – nem valósul meg igazán hatékonyan a betegoktatás és az egészségnevelés. Következésképpen minden szintér fontos, ahol lehetőség nyílik a betegek életminőségének javítására.

III. A gyógyúzó program mint nevelési szintér

Ismeretes, hogy a sport „kapcsolatba hozható a jobb életminőséggel ... segíti a szorongás, a depresszió oldódását, csökkenti a stressz kedvezőtlen hatását.”¹² Ennélfogva a krónikus betegek számára kialakított rehabilitációs sportprogramok az egészségfejlesztés hathatós eszközévé válhatnak.

Ennek ellenére a köztudatban a sport (és a sportterápia is) szinte azonos a fizikai képzéssel. „Maga a sporttudomány meglehetősen beszűkült nézőpontból szemléli a sportot, s ebben orvosi-fiziológiai-morfológiai megközelítés és a teljesítményoptimalizálás modellezése uralkodik” – írja a kérdés egyik szakértője.¹³ Pedig az újkori olimpia „atyja”, Coubertin is fontosnak tartja a sport és nevelés összefüggését. „Miután a sport megköveteli a sportolótól az önfegyelmet, a higgadt-ságot, a megfigyelést ... hatással van az értelem, a jellem és a lelkiismeret kialakulására. ... a sport az emberi lélekbe az intellektus és erkölcs számos csíráját plántálja.”¹⁴

„A rendszeres sport pszichoszociálisan fejleszti az önbizalmat, elősegíti a pozitív gondolkodásmód kialakulását. Segíti a szorongás, a depresszió oldódását, csökkenti a stressz kedvezőtlen hatásait, fokozza a kompetenciaérzés, az autonómia, a belső kontroll, az öndetermináció kialakulását, javítja az önértékelést és az énhatékonyságot, formálja a fiatalok versenyszellemét és teljesítményorientációját” – írják elismert szakértők.¹⁵

Közismert a sport hathatós közösségformáló ereje. A csapatsport és a sportjátékok elősegítik a másik személyre való figyelmet, a közös cél, a közös siker (vagy kudarc) átélését, egyben a beteg gyermek egocentrikus, szervekre, betegségre figyelő viselkedése ellen dolgozik. Különösen a gyermeknek rendkívül fontos, hogy tartozzék egy csoporthoz, amely tagjainak biztonságérzetet nyújt. A gyermekek a csoporton belüli interakcióval olyan teljesítményeket érhetnek el, amelyek egyedül nem lennének képesek. Az asztmás gyermekekben megvan az igény a csoporthoz való tartozásra, ennek ellenére gyakran csak nézői a többi gyermek aktivitásra épülő tevékenységének. Szeretnének csatlakozni, de nem mernek, mert félnek a terhelésre fellépő nehézlégzéstől, a gyakorlatlanságból fakadó kudarcától. Ezért is fontos, hogy megnöveljük fizikai terhelhetőségük szintjét, s biztosítsuk számukra a magabiztosságot és a lelkesedést, hogy a kezelésen túl is részt vegyenek mozgástevékenységben.¹⁶

Lényeges, hogy a fizikai tevékenységek iránt pozitív attitűd alakuljon ki, segíteni kell az asztmás gyermekeket abban, hogy felismerjék, ezekben a tevékenységekben – betegségük ellenére – részt tudnak venni. Egyes vizsgálatok szerint a pszichológiai változók a fizikai fittséggel szorosabban összefüggnek, mint az összes más egészségügyi értékkel. Habár az alacsony fittség és a pszichés behangoltság közötti összefüggést nem definiálták, valószínű, hogy a fizikai programoktól való szándékos távolmaradás növeli lemaradásukat az átlagostól (normalistól), amit ők észlelnek, így mindez alacsonyabb önbecsüléshez és önbizalomhoz vezet. A fizikai fittség nem korrelál a betegség súlyosságának objektív paramétereivel (bronchiális érzékenység, FEV1), de a fizikai aktivitással igen.¹⁷

Fontos, továbbá hogy a szülő szeretete ne csupán az ápolásban, a kíméletben jusson kifejezésre, hanem követelmények támasztására is képes legyen gyermekével szemben. A sportterápia fontos példa a szülők számára. Láthatják, hogy a gondosan megválasztott követelmények nem törik össze gyermekeiket, hanem még jobb eredmények elérésére sarkallják őket.

A betegség gyógyulásának hagyományos módja passzivitásra készíti a gyermeket, sőt a kórház, az egészségügyi személyzet is a passzív, alárendelődő magatartást honorálja. A gyermek állapotának megfelelő sportolás szavak nélkül közvetíti a gyermek számára: „Teszelt valamit az egészségedért!”

Kulcsfontosságú a gyógyúrást irányító pedagógus személyisége és szaktudása. Az eredményes munkához szükséges a határterületeket (sport, egészségügyi ismeretek, pedagógia) és speciális igényeket jól ismerő szakemberek képzése.

Mivel „... a sport más egészségmagatartási szokásokhoz, kora gyermekkori mintákhoz kötődik, ezért fontos, hogy a sportszeretet kialakuljon, és hozzászokjanak a rendszeres fizikai aktivitáshoz.”¹⁸ Az alábbi részleteket egy asztmás megbetegedésben szenvedő, hosszú éveken át sportterápiás programban résztvevő gimnazista írta. A példa plasztikusan szemlélteti a sportban rejlő lehetőséget.

„Három és fél éves koromban, első óvodás évem alatt derült ki, hogy asztmás vagyok... Kis fölfelé séta után is erős nehézlégzésem volt... Az óvodában rengeteget hiányoztam a gyakori megfázások miatt. Az általános iskola első osztályában szintén sokat betegeskedtem, egy hetes kivizsgálásra utaltak be a Szabadság-hegyi szanatóriumba. Az egy hétből öt hét lett. A kórházban is voltak rohaim... A vizsgálatok kimutatták, hogy semmiféle allergénre nem vagyok érzékeny, csak a fizikai terhelés okoz nehézlégzést. Ha az üvegeket visszaváltáshoz cipeltem, vagy csak keveset futottam, máris sípolni kezdtem, nehézlégzésem támadt. Ezért az iskolában óvtak minden megerőltetéstől. Még a focival is vigyáznom kellett. A tornaórákon felmentést nem kaptam, de bármikor leállhattam, ha rosszul éreztem magam. Társaimat, akik ebben a korban kezdtek sorra edzésekre járni, rendkívül irigyeltem.

Kilencévesen a negyedik osztályt kezdtem, amikor szüleim bejelentették, hogy beíratnak úszóedzésre. Végtelenül örültem és szorongás fogott el, hogyan fogom bírni. Dr. Gyene István terápiás csoportjába kerültem, csupa velem egykorú asztmás gyerekhez... Már az első évben javult az ellenállóképességem. A megfázások ritkábbak lettek, ebben az évben hirtelen leesett iskolai hiányzásaim száma: egyszer sem mulasztottam... Első lépésben jól megtanultam élni a betegséggel. Tudtam, mikor kell leállni (bár ezt a játék hevében sajnos nem mindig tartottam be), mikor kell gyógyszert használnom... Párás őszi időben mindig jobban kellett vigyáznom...

A gimnáziumban az iskolaorvos még aggódva figyelt rám. Az első tornaórán bejelentettem betegségemet, de nem emlékszem, hogy valaha is emiatt ne tudtam volna tornázni. Barátaimmal rendszeresen jártam kirándulni. Még nehéz hátizsák cipelésekor sem jelentkeztek nehézlégzéses rohamok. Sportteljesítményekben az osztályátlag fölé emelkedtem. Igazolásképpen egy-két eredmény: többször gyalogoltam 50, egyszer 100 km-t különböző teljesítménytúrákon, végigfutottam probléma nélkül 12 km-t a „Vivicitta” versenyen, kétszer átúsztam a Balatont. Nehézlégzéseim évente 2–3-ra csökkentek, ezek is az őszi időszakra esnek.

Ritka, hogy valaki kilenc éven át amatőr szinten kitartson ugyanazon sportegyesület, s sportág mellett. Nálam ez

annak köszönhető, hogy nem versenyzőt akartak nevelni belőlem, s nem dobtak ki, ha esetleg nem úgy ment az úzás, mint ahogy azt el lehetett volna várni. Igényemmé vált a rendszeres testmozgás. Ha elmarad, hiányzik. Szeretek kosárlabdázni, röplabdázni az iskolában, ezen kívül evezek, kerékpározom, pingpongozom, korcsolyázok, sízek, s természetesen úszom és futok.

JEGYZETEK

1. Jády, Gy.: „A sportterápia jelentősége az asthma bronchiális gyermekek számára.” In: *Egészségnevelés*, 2000/5–6., 202–3.
2. Ferge, Zs.: *Társadalom-politikai tanulmányok*. Budapest, 1980. 183.
3. Kalapács, I.: *A döntés iskolája*. Budapest, 1990. 39.
4. Omnis, L.: „A pszichoszomatikus zavarok rendszerelmélete.” In: *Családterápiás olvasókönyv III*. Budapest, 1993. 28–47.
5. Demcsákné Kelen, I.: *Pszichoszomatikus zavarok gyermek- és ifjúkorban*. Budapest, 1982. 124. Elekes Attila: *Egészségnevelési módszertan*. Budapest, 1983. 11–24., 113–116.
6. Levendel, L.: *Asztmás betegek gyógykezelése és gondozása*. Budapest, 1982. 96–100.
7. Kaszab, Zs.–Léder, R.–Szánthó, A.: „Családi Asthma Program.” In: *Környezet és orvoslás*, 1994/2. 18–21.
8. Léder, R.: „Iskola, betegség – iskolabetegségek.” In: *Környezet és orvoslás*, 1995/1.
9. Rónai, Z.: „A betegek együttműködési készsége az asthma bronchi-

A gyógyulás öröme kívül én is – sok társammal együtt – elmondhatom, hogy a csoportban hosszútávú barátságokat sikerült kötnöm.”

Meggyőződésünk, hogy az életvitelbe illesztett, gondosan megszervezett, pedagógiaiilag is tervszerű gyógyúzó program eredményesen fejlesztheti az asztmás gyermekek életminőségét és személyiségét.

gyógyszeres kezelése folyamán.” In: *Lege Artis Medicinae*, 1997; 7(5) 324–329.

10. Tari, A.: *A test és szexualitás a fogyasztói társadalomban*. 2002. 12/4. <http://www.lelekbenotthon.hu/article.php?sid=59>
11. Szánthó, A.–Stauder, A.–Purebl, Gy.: „Allergiás betegek komplex támogatása.” In: Dr. Polgár, M. (szerk.): *Allergia csecsemő- és kisgyermekkorban*. Springer 1996; 304–318.
12. Pikó, B. – Keresztes, N.: *Sport, lélek, egészség*. Budapest, 2007. 119.
13. Gombocz, J.: *Sportedzők nevelőmunkája Magyarországon – a szakirodalom és egy empirikus vizsgálat tükrében. Kandidátusi értekezés*. Budapest, 1994. 45.
14. Coubertin, P.: *Sportpedagógia*. Budapest, 1931. (magyarul) 68–70.
15. Pikó, B.–Keresztes, N.: *i.m.*, 132.
16. Jády, Gy.: *i.m.*
17. Cypcar, D.–Lemanske, R. F.: „Exercise Induced Asthma.” In: *Sport and exercise for children with chronic health conditions*. Chapter 10.
18. Pikó, B.–Keresztes, N.: *i.m.*, 135.

Compliance – non-adherence a gyermekgyógyászatban

Dr. Szőnyi László

Semmelweis Egyetem, I. számú Gyermekgyógyászati Klinika

Ismét egy olyan fogalommal találkozunk az orvosi szakirodalomban, amelynek nincs megfelelő magyar fordítása. Nem baj, ezzel is az lesz, ami a többi kifejezéssel, elkezdjük használni az angol szót, megtanuljuk és megszokjuk. Ezekkel a „megszokott” és ritkán „megértett” szavakkal az a gond, hogy használatuk során aligha fogunk arra gondolni, miért ez a szó vált az orvosi szakirodalom szakkifejezésévé, miért nem egy másik. Pedig ebben az esetben érdemes lenne emlékezni erre. Az angol szakirodalomban két szó vetélkedik egymással a magyarul vulgárisan „gyógyszer bevételeknek – be nem vételnek” nevezett állapot megnevezésére. Az egyik kifejezés az *adherence (non-adherence)*, amely hűséget, odaadást, pontos betartást, ragaszkodást, tapadást jelent. Ebben az esetben a beteg ragaszkodik a gyógyszer beviteléhez, kedvező számára az az állapot, amit az előírt gyógyszer előbb vagy utóbb okoz. A másik szó a *compliance*, amely előzékenységet, engedékenységet, szolgálatkészséget, teljesítést jelent. Ebben az esetben a kifejezés azt sugallja, hogy a beteg passzívan követi az orvos tanácsát, rosszabb esetben a gyógyszer bevétele kényszeren alapul. Nálunk nagy valószínűséggel ez az angolos kiejtéssel használt francia szó fog elterjedni, alapvetően kiejtésének kedvezőbb hangzása miatt is, a szakirodalom pedig az elsőt, a *non-adherence-t* javasolja. Érhető módon, mert jobb, ha a gyógyszer beviteléhez való ragaszkodás alapja a kedvező gyógyszerhatás, és kevésbé a kötelezettség teljesítése.

Sajnos a gyógyszerhez, a kezeléshez való ragaszkodás, illetve annak hiánya és súlyos következményei sokszor csak későn derülnek ki. Két tragikus példa – egyik sem gyermekgyógyászati, de azt, hogy a gyógyszer érték, következmények nélkül nem lehet abbahagyni szedését, már gyermekkorban meg kell tanulni. A napokban lehetett olvasni egyik országos napilapunkban, hogy egy 58 éves értelmiségi hölgy téveszmék (sátáni parancs) hatása alatt megölte édesanyját. A tettes 10 éve állt pszichiátriai kezelés alatt, és tekintettel arra, hogy tünet- és panaszmentesnek érezte magát, a gyógyszeres kezelést önként elhagyta. Néhány hónap múlva bekövetkezett a tragédia. A másik esetben ismert, ritka, kezelhe-

tő, öröklődő anyagcsere-betegségben (*Wilson-kór*) szenvedő férfi 17 év kezelés után abbahagyta a gyógyszereszedést. Két évig tünetmentes volt, majd visszatért a betegség, s akkor már nem lehetett segíteni rajta.

Egy amerikai felmérés szerint az orvosok általában jóhiszeműek, sokkal jobb kép él bennük a betegek gyógyszer-bevételi szokásairól, rendszerességéről, mint a valóságban. Egy másik vizsgálat szerint a betegek 60%-a a rendelés után rosszul emlékszik vagy félreérti a rendelésben hallottakat. Felületes szemlélő számára nem tűnik egyértelműnek, de egy vizsgálat kimutatta, hogy a szorongó beteg, szülő könnyebben felejt el az orvos utasításait.

Fontos tudni azonban, hogy ha a beteg vagy a szülő jobban ismeri betegségét, könnyebben betartja az orvos kezelési utasításait. Különösen krónikus betegek esetében – amikor hosszan tartó gyógyszeres kezelésre szorulunk – érdemes elmagyarázni és megértetni a szülővel, a beteggel a betegséget, a kezelés hatásait és esetleges mellékhatásait. Fontos arra gondolni, hogy a szülőnek meg kell értenie a sokszor bonyolult betegséget, hiszen miután hazamegy, el kell magyaráznia a kórkép lényegét a családnak, a szomszédoknak, a munkatársaknak, a környezetnek. Ha a szülő nem érti, vagy nem tudja környezete számára is érthetően elmondani a gyermek betegségét, akkor áll elő az a jól ismert helyzet, hogy a szülő röviden közli: „nem mondtak semmit”. A kezelés nem is kerül szóba, a betegséget és kezelését misztikus homály fedi. Vannak családok, amelyek igénylik a közös, együttes tájékoztatást. Ilyen esetekben – a szülők meghívása alapján – az egész családdal találkozom, és elmagyarázom a betegséget, a kezelést, a prognózist akár 40–50 ember számára is. Ezek a csoportos megbeszélések rendkívül hasznosak. Nem kell a család különböző tagjainak külön-külön elmondani, milyen betegségben szenved a gyermek. Kérdéseket tehetnek fel szabadon, kötetlenül. Előkerülnek a családi tapasztalatok, hiedelmek, amelyeket megmagyarázhatunk. Számos esetben nyelvi, esetleg mentális nehézségeket sikerül a csoportos, „familiáris” tájékoztatással áthidalni. A tájékoztatás fontos része a kezelés elmaradásának,

Az írás a XIII. Budapesti Gyermekgyógyászati Továbbképző Konferencián elhangzott előadás alapján készült.

s következményeinek megbeszélése. Az orvostudomány fejlődése következtében egyre bonyolultabb betegségeket tudunk időben felfedezni és eredményesen kezelni. Ezen ritka kórképek egy része az orvosok számára sem ismert, ebbe a csoportba tartoznak a két éve tömegspektrometriával minden újszülött esetében szűrt több, mint 20 kórkép. Gondoljuk meg, milyen nehéz feladat a középszénláncú zsírsavoxidáció-zavar lényegének és kezelésének megértése. Nem könnyít a helyzeten, hogy ezek az újszülöttek teljesen tünetmentesek, és ha betartják a kezelési tanácsokat, azok is maradnak. Az internet a félreértések bő forrása, ezért jobb, ha mi megyünk a dolgok elébe.

A gyógyszer beviteléhez való ragaszkodás lazulásának számos, egy-egy bizonyos életkorra jellemző oka van. A rossz ízű gyógyszert a kisebb gyermekek nem veszik be szívesen. Fokozza a gondot, ha olyan a gyógyszer formája, hogy nehéz lenyelni. Hat éves kor alatt nehéz észérvekkkel elfogadtatni azt a tényt, hogy a gyógyszert nem jó íze miatt kell bevenni. Iskoláskorban gondot jelent, ha a gyógyszer beadásakor el kell hagyni az osztálytermet, vagy félre kell vonulni. Különleges gyógyszerbeadási technika szintén nehezítheti a gyógyszerbeadás rendszerességét. Ide tartozik az inzulin vagy a turbohaler használata. Ez különösen a betegség kezdetén okoz gondot, mikor még nem vált rutinná a gyógyszerbeadás.

A serdülőkor a legkritikusabb életkor ebben a tekintetben. Súlyos, krónikus betegség felerősítheti a kamaszkor konfliktusait, súlyosbítva az önértékelési zavarokat. A gyógyszer be nem vétele a szülők és/vagy a sors elleni radikalizmus megnyilvánulási formája. A serdülő szülőket próbálja büntetni a fontos gyógyszer rendszertelen szedésével. Fokozza a problémát, ha az ifjú tünetmentes, és a gyógyszer bevitelének elmaradása hosszabb ideig nem okoz panaszt, fájdalmat, klinikai tünetet. Ebbe a csoportba tartoznak a szervátültetettek és az egyes örökletes anyagcsere-betegségekben (*Wilson-kór*) szenvedők. A beültetett szerv működésének romlását kezdetben csak a laboratóriumi értékek változása jelzi, azután jelentkeznek a tünetek. Ezt az ifjak pontosan tudják. Nagyon jól emlékszem arra a 16 éves, szervátültetésen átesett fiúra, aki valamilyen oknál fogva nem szedte a gyógyszert, felvettük, kivizsgáltuk, és enyhe kilökődést találtunk. Megfelelő, korrekt gyógyszeres kezelés mellett értékei normalizálódtak. Sajnos néhány hét múlva ismét fel kellett vennünk emelkedett szérumszintjeit. Kiderült, hogy ismét nem szedte a gyógyszert, de most kiderült ennek oka is. Az előző bentfekvés alkalmával megismerkedett egy, a szomszédos osztályon ápolt leánnyal, és vele szerett volna találkozni. Megbeszéltük, hogy egy bimbózó kapcsolat kibontakoztatásának nem ez a legegészségesebb formája. A kamaszok keresik helyüket a világban és néha megtévednek. Szerencsétlen módon ennek a tévútnak végzetes következményei is lehet-

nek. A krónikus betegek közül is többen kipróbálják a kábítószert, az alkoholt, és sajnos van, akiből bűnöző lesz.

A kezelés be nem tartásának okai lehetnek a beteggel (szülővel), az orvossal, a betegséggel, a gyógyszerrel és az anyagi helyzettel összefüggők. A beteggel (szülővel) összefüggő okok a következők lehetnek: feledékenység, a javaslat félre- vagy meg nem értése, az írásos javaslat olvasásának vagy megértésének hiánya, a betegségtudat hiánya (krónikus betegség elején a gyermek és szülő is próbálja hártani a betegséget), harag („*miért pont az én gyermekem beteg*”), apátia, depresszió, stressz, a gyógyszerhez való hozzáállástól való félelem, gyógyszereléssel kapcsolatos nehézségek (nem tudja kinyitni a dobozt, nem tud bánni a kicsi tablettával, kúppal), receptkitöltési nehézségek (funkcionális olvasás-, írástudatlanság), gyógyszerbevételi lazasággal összefüggő megelőző élmény („*a múltkor is csak 3 napig adtam, mégsem lett semmi*”), a kezelés észrevehető használat hiánya, több orvos több, eltérő javaslata, utóbbit úgy is mondhatjuk, hogy ahány orvos, annyi javaslat.

Krónikus betegség általában hosszán tartó kezelést igényel. A kezelés célja, hogy a beteg életminősége azonos legyen egészséges társaiéval. Ez a korszerű, hatékony kezelés mellett sokszor megvalósul, de csak abban az esetben, ha a beteg folyamatosan szedi a gyógyszert. Gyógyszerbevételi pontatlanság tragikus következményű lehet. Tehát akkor is szedni kell a gyógyszert, ha a beteg tünetmentes.

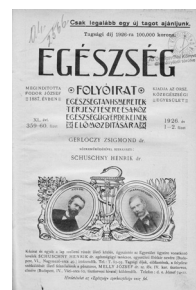
Lehetnek orvossal összefüggő okok is. Az alacsony hatékonyságú kommunikáció sok hiba forrása lehet. A rosszul vagy egyáltalán nem tájékoztatott beteg könnyebben felejtkezik meg a kezeléssel. Ennek a helyzetnek szélsőséges példája az az orvos, aki nem, vagy alig beszél a beteggel. Hasonlóan káros orvosi magatartás a *polipragmázia*, mert ilyen esetben az értelmes beteg átlátja a sok gyógyszer adásának értelmetlenségét, kellemetlenségét és kialakul a korlátozott bizalom légköre, amely melegágya a *non-compliance* helyzetnek.

Vannak gyógyszerrel összefüggő okok is, mint bonyolult/komplex gyógyszerbevitel, mellékhatás vagy mellékhatástól való félelem, kényelmetlen adagolási mód (injekció, kúp), kellemetlen íz vagy szag, kényelmetlen előírás (pl.: grapefruittal együtt nem vehető be, stb).

Nem elhanyagolható tényező az egyre terjedő átmeneti vagy állandó szegénység. Ilyen esetben a kicsiny *polipragmázia* is nehéz döntés elé állítja a szülőt. Melyik gyógyszert vegye meg, hogyan rangsoroljon?

Hazánkban az ilyen jellegű kutatásoknak nincsen nagy hagyománya, bár az utóbbi időben egyre többen foglalkoznak ezzel a kérdéssel. Az ilyen irányú kutatás alapellátásban elvégezhető, s rendkívül hasznos. Ez a kérdés viszonylag kis idő- és energiáfordítással, akár körzetünk vonatkozásában is megválaszolható lenne.

Az „Egészség” című folyóirat (Egészségtani ismeretek terjesztésére s a közegészségügy érdekeinek előmozdítására, szerkesztő: Dr. Fodor József, kiadó: Országos Közegészségügyi Egyesület) 1887–1942 között megjelent példányait a közelmúltban az Országos Egészségfejlesztési Intézetnek ajándékozták. (A példányok tartalomjegyzéke az OEFI honlapján megtekinthető, betekintés személyes egyeztetés után lehetséges.) Folyóiratunk visszanyúl a múltba, s az akkori szemléletmód – a mai állásponttal párhuzamos – bemutatásával új cikksorozatot indít el. Időutazásra invitálunk mindenkit az 1800-as és 1900-as évekbe, és ezzel párhuzamosan bemutatjuk a témával kapcsolatos aktuális adatokat, álláspontokat is.



A kutya egészségfejlesztési karrierje

Pillerné Pál Anna¹,
Solymosy József Bonifác főigazgató-helyettes¹

¹Országos Egészségfejlesztési Intézet

Manninger Rezső 1926-ban publikált cikkében részletesen olvashatunk bizonyos járványügyi veszélyekről, amelyek a kutyán keresztül támadhatják meg szervezetünket. Abban az időben az emberek számára a kutya, mint élőlény, leginkább betegségforrás volt, napjainkban azonban nemcsak fizikai, de lelki és szociális segítőként is szerepet játszik életünkben. Az általa említett négy betegség akkoriban valóban reális veszélynek számított, ám napjainkban megelőzhetőek.

Az első általa említett betegség a *veszettség*. Ez ellen a védőoltás ma már kötelező, ellenkező esetben a kutya gazdájának pénzbírságot kell fizetnie. Minden három hónapos életkort elért kutyát 1 hónapon belül kötelező beoltatni. Az oltás után fél év múlva, azután évenként újra kell oltatni. A törzskönyvezett kutyák esetében az oltások egyértelműen követhetőek, a legtöbb esetben az állatorvosok minden általluk oltott kutyát regisztrálnak, nyomon követnek, az oltás elmulasztása esetén a gondos gazdát figyelmeztetik. Sajnos a kóbor állatok esetében ez már nehezebb, de a chip-rendszer és a felelős állattartás elterjedésével megoldható lenne.

A második említett betegség a *gümőkór* vagy *TBC*. Akkoriban nagyon elterjedt – és halálos – betegségnek számított, ma már a védőoltás hatékony megelőzésnek bizonyul, hiszen a *TBC* ellen a *BCG*-oltás már újszülöttkorban kötelező, majd gyermekeknél is rendszeres, felnőttkorban pedig diagnosztikus a *tüdőszűrés*.

Az utolsó két említett betegség az *Echinococcus*-betegség és a *Dipylidium caninum*: ezeket férgek okozzák. Férgesség ellen pedig az állatorvosok negyedévente ajánlják a féreg-hajtást.

Tehát a fent említett négy betegség napjainkban korántsem olyan veszélyes, mint akkoriban volt. Természetesen a higiénés szabályokat be kell tartani, főleg kisgyermeknél, időseknel és immunhiányos betegeknél.

A kutya kötődése az emberhez ösztönös és feltétel nélküli. De nézzük meg ezt a lelki és szociális kötődést a másik oldalról is!

Miért jó az embernek a kutya?

Az ember már kisgyermekkorától ragaszkodik az állatokhoz. A *csecsemőket* is állatos motívumok veszik körül: macis, cicás, kutyás függöny, takaró, ruhácska, mese, a plüssjátékok rengetege mind-mind az ősi, ösztönös állatszeretetről tanúskodik. Ez az ösztönös vonzódás minden gyermekben megtalálható, de sajnos van, akiből felnőttkorára „kinevelik”. Nagyban befolyásolja a felnőttek viselkedése, hiszen a gyermek számára a felnőtt által közvetített minta sokkal fontosabb, mint a verbális nevelés.

A *tinédzserek* számára igazi „bio-mediátor” lehet a kutya. Akár életreszóló barátság is kialakulhat két „kutyatartó” iskolás között. Persze van ellenpélda is, hiszen előfordult, hogy közösen kínoztak állatokat ...

Fiatal pároknál amerikai pszichológusok, pszichiáterek kifejezetten ajánlják a kutyatartást, úgymond próba-gyerekként. A közös felelősség (ki viszi le a kutyát sétálni, ki ad neki enni, inni, ki viszi állatorvoshoz) a gondoskodás a másik kiszolgáltatott élőlényről, a nevelési elvek kialakulása segíti a pár majdani szülővé válását.

Az idős, egyedül élő, már gyermektelen embereknél

az „üres-fészek”-effektus érzését nagyon kedvezően ellen-súlyozza egy kutya jelenléte. Naponta érdemes valamiért vagy valakiért felkelni, kimenni az utcára, hiszen meg kell sétáltatni a ránk bízott állatot, meg kell simogatni, mert környöggő tekintetének kevesen tudnak ellenállni.

Az állat jelenléte, a kutyával való törődés pozitívan hat az emberre:

- a simogatás csökkenti a vérnyomást;
- a kutyatartók ritkábban betegszenek meg, gyorsabban gyógyulnak, összességében tovább élnek, mint magányos társaik;
- némely krónikus betegségnél a kutya jelenléte lényege-sen könnyebbé teszi a betegség kézbentartását;
- oldja a magányt;
- az állatokért érzett felelősség időseknél és betegeknél azt válthatja ki, hogy azok saját magukkal is jobban kezdenek törődni. Egyes kutatások szerint azok az idős emberek, akik Alzheimer-kórban vagy súlyos érlemeszesedésben szenved-nek, többet mosolyognak, vidámabbak, barátságosabbak, többet kommunikálnak és kevésbé ellenségesek a gondo-zóikkal.

Lássuk, hol lehet még nagy szerepe ennek az elképesztően sokoldalú lénynek!

Hagyományos feladatai az őrzés, az ember vagy tárgyak védelme, a vadászat, a terelés, a hegyi és vízimentés, a vak-vezetés, a kísérleti állat szerepe és a gyógyító munka, vagyis a kutyaterápia.

A kutyaterápia

Azonban a kutyatartásnak – tradicionális szerepén túl – gyó-gyító hatása is lehet. A kutyaterápia az állatterápia – vagyis olyan alkalmazott tudományág, amely terápiás állatokat (leggyakrabban kutyát, macskát, de bármilyen szelíd emlőt, hüllőt vagy halat is) használ bizonyos emberi problémák megoldására – legelterjedtebb típusa.

Az állatterápia a hatvanas években kezdődött. *B. Levinson*, egy amerikai pszichológus éppen egy viselkedési zava-rokkal küszködő kisfiút kezelt. Már hónapok óta képtelen volt szóra bírni. Egy napon a pszichológus kénytelen volt a rendelésre bevinni a kutyáját. A kutya hatására a gyerme-k feloldódott, és beszélni kezdett a kutyához és annak gaz-dájához. A következő vizsgálatokra – minden tiltás elle-nére – Levinson már szándékosan vitte el kutyáját. A kisfiú rohamosan javulni kezdett. A pszichoterápia részeként ekkor indult meg az állatterápia.

Az állatterápia előnyei:

- enyhülnek a *stressz* tünetei;
- segíti a *depresszióból való kilábalást*, enyhíti az egye-dül élő, magányos emberek szomorúságát. Segít a rossz köz-érzet, a lehangoltság leküzdésében, így az érzelmi állapotok javításában;
- *műszeres vizsgálatok igazolják, hogy ha az ember ölé-ben doromboló macskát tart, mintegy 20%-kal csökken*

a vérnyomása. Egyes kutatások szerint a *cukorbetegség* (a vércukorszint beállítása, a szövödmények megelőzése) is jobban kezelhető, ha négy lábú „doktor” van a házban;

- szellemi fogyatékosoknál már egy akvárium jelenléte is *javít az ápoltak szociális viszonyain*;
- az állatok jelenléte, selymes szőrük érintése oldja a szo-rongást. Az állat nem tesz különbséget egészséges és beteg ember között, mellette a fogyatékos gyermek is teljes értékű-nek érezheti magát;
- A kutyák nemcsak érzelmi, fizikai terápiára is alkalma-sak. Egy-egy vidám, játékos kutyus még egy kis mozgásra is ösztönözheti a betegeket.

Az állatterápia típusai:

- AAA: állat-asszisztált aktivitás,
- AAT: állat-asszisztált terápia.

Az állat-asszisztált aktivitás (AAA) definíciója: olyan tevékenység, amelyet szakemberek vagy laikusok állatok (többnyire kutyák) segítségével művelnek, és hangulatjaví-tási, terápiás, vagy nevelési haszonnal járva növelik a foglalkozásban résztvevők életminőségét.

Az állat-asszisztált terápia (AAT) definíciója: olyan célo-rientált beavatkozás, amelynek során egy bizonyos krité-riumokat teljesítő állat (leggyakrabban kutya, macska, de bármilyen szelíd emlős vagy akár hüllő is) jelenléte, akti-vitása a terápiás program része, amely a páciensek fizikai, érzelmi, szociális, és kognitív funkcióinak javítását tűzi ki célul, miközben a változásokat a személyzet dokumentálja. Az állatterápia során – szakmai protokoll szerint – a páciens a terápiás csapat segítségével alakít ki kapcsolatot a terápi-ás állattal (simogatás, etetés, sétáltatás, stb.), ezzel segítve elő a terápiás folyamatot, amely az állat–ember kötődésen (*human–animal bond*) alapul. *A vizsgálatok során a terápi-ában résztvevő páciensek állapotának változását kontroll-csoportokhoz, vagy saját, a terápia megkezdése előtti álla-potukhoz viszonyítják.*

Milyen legyen egy terápiás kutya?

- legyen szociális, jóindulatú;
- szeresse a törődést, simogatást;
- mivel a terápia során a legnagyobb hangsúlyt az érintés kapja, ezért célszerű kellemes, szőrös, puha tapintású állat-fajt választani;
- élvezze a foglalkozásokat, az emberekkel való közeli kontaktust;
- nem mindenhol azonosak a követelmények, más a fel-adat egy idősotthonban és más pl. egy fogyatékossgal élő gyermek mozgáskoordinációját fejlesztő foglalkozás során. Minden helyzet másfajta hozzáállást kíván, így másfajta kutya felel meg az igényeknek;
- egészséges, fertőző betegségektől mentes (kivétel, ha pl. daganatos kutyát visznek hasonló betegségben szenvedő emberek közé);
- az állat ne legyen agresszív, engedelmeskedjen gazdá-jának;
- legyen kiegyensúlyozott, emberbarát, ne legyen a zajok iránt érzékeny, ijedős.

Milyen intézményekben alkalmazhatóak?

- Csecsemő- és gyermekotthonokban, sérült és egészséges gyermekeknél egyaránt;
- Óvodákban;
- Iskolákban;
- Idősotthonokban;
- Rehabilitációs intézetekben.

Végül álljon itt bizonyítékul a cikk első szerzője, Pillerné Pál Anna saját beszámolója: „Terápiás kutyámmal éppen egy gyermekotthonban jártunk. Volt ott egészséges és lelkiileg segítségre szoruló gyermek is, s egy Down-kóros kislány (legyen most a neve Pistike), akinek kutyafóbiája volt. Egyszer megharapta egy kutya, azóta mindegyiktől félt. Bementünk az otthonba, a kutya láttán minden gyerek arca boldogságban úszott, csak ő húzódtott félre. Nem is erőltettem. Búcsúzáskor a gyerekek szomorúan köszöntek el kutyánktól, az említett kislány végig félrehúzódva, egy

sarokban ült, s nézte a bundás, nyugodt, szeretettől áradó jószágot. Az utolsó pillanatban azonban megdöbbentő dolog történt: Pistike négykézláb odacsúszott az ebhez, megsimogatta, majd beletúrt finom, félhosszú bundájába. Soha nem felejttem el azt a tekintetet, az arcán öröm és boldogság tükröződött: hát nem minden kutya vadállat!

Hazafelé megértettem és örökre megjegyeztem, mekkora öröm a sikerélmény. Már régen nincs közöttünk ez a terápiás kutya, de a történetet ma sem tudom elfelejteni. És a kislány sem...”

Összefoglalva A kutya, ez az évezredek óta velünk élő állat, sokoldalúsága és hosszú közös múltunk miatt az összes állatfaj közül a legalkalmasabb a segítő munkára, ám – a lehetőségekhez mérten – nem használjuk ki kiemelkedő tulajdonságait. Pedig nem kérnek egyebet, csak némi enyvesítést, simogatást, törődést és viszonzásul önzetlen, feltétel nélküli ragaszkodást, hűséget és szeretetet kapunk tőlük. Feltéve, ha engedjük...

IRODALOM

1. Dr. Gazsi, N.–Dr. Polgár, Cs.–Dr. Pallagi, A.: *Kérdések és válaszok az eboltásról* -http://shp.hu/hpc/web.php?a=budapestiallatorvos&o=ku tyak_vedooltasai_6MA
2. *A tuberkulózis (TBC) és a BCG védőoltás – Madarász utcai Gyermekkorház; Babaszoba.hu* – http://www.babaszoba.hu/articles/A_tuberkulozis_TBC_es_a_BCG_vedooltas?aid=20081120184407
3. *Ember és kutya kölcsönösen kötődik egymáshoz* – <http://www.neveletleneb.hu/ember-es-kutya-kolcsonosen-kotodik-egymashoz/>
4. Mirtse, Á.: *Lélekgyógyász szörbundában* – <http://kutya.hu/Cikk.aspx?id=3814>
5. Szigeti, M.: „A kutyás terápia alkalmazása kommunikációs zavarokkal küzdő gyermekeknél.” In: *Fejlesztő Pedagógia*, 2007/3–4. szám

CONTENTS

TRAININGS

Health that Can Be Developed (Planned) Methodical Guide for Health Concepts – Part I. <i>József Bonifác Solymosy, Júlia Kishegyi M.D.</i>	2
---	---

International Practice of Question of Alcohol at Workplaces <i>Gyula Szabó M.D.</i>	11
--	----

Positive Effects of Health Tourism on Public Health and Society <i>Csabáné Kocsis, Judit Bokor M.D., PhD.</i>	17
--	----

SURVEYS

Examination of Health Status and Health Conscious Lifestyle among Active Employees <i>Balázs Fügedi, Katalin Nagyvárad, Csabáné Kocsis</i>	21
---	----

The Effects of Trait-Anxiety, Depression, Self-Esteem and Social Capital on Health-Beliefs and Openness Towards Health Promoting Interventions in Early Pregnancy <i>Tamás Bödecs M.D., Boldizsár Horváth M.D., PhD., Enikő Szilágyi M.D., Marietta Diffelné Németh, János M.D., PhD.</i>	30
---	----

TRAININGS

Changing Lifestyle with Social Support <i>Ilona Bodnár</i>	39
---	----

Therapeutic Swimming Programme for Asthmatic Children as Health Promoting Place <i>György Jády M.D.</i>	43
--	----

Compliance – Non-Adherence in Therapy of Children <i>László Szőnyi M.D.</i>	47
--	----

THE MATTER OF HEALTH – PAST AND PRESENT

Health Promotion Career of Dogs <i>Anna Pál Pillerné, József Bonifác Solymosy</i>	49
--	----

Megrendelőlap

Előfizetésben megrendelem az Egészségfejlesztés című lapot példányban.

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

Megrendelő (fizető):

Cím:

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

.....
aláírás

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