

Tartalom

FELMÉRÉSEK

- Szombathely középiskolás tanulóinak egészségi állapota az ifjúság-egészségügyi ellátórendszer szűrővizsgálatai alapján, a 2011–2012-es tanévben 2
Kocsis Csabáné

- Divat a korai dohányzás? – avagy dohányzási szokások vizsgálata 12–16 évesek körében 9
Huszka Péter PhD.

- Az éjszakai pingpongklubok a gyermekvédelem tükrében 16
Sztankovics Ágnes

TOVÁBBKÉPZÉS

- Kerékpárral munkába 23
Csizmadia Péter, Köteles Gábor

- Oszlassuk el a tévhitet a rákról! 32
Prof. Dr. Simon Tamás

- AZ EGÉSZSÉG ÜGYE ANNO ÉS MOST 33
A nép egészsége
Solymosy József Bonifác

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

Főszerkesztő: dr. Vokó Zoltán

Felelős szerkesztő:
prof. dr. Simon Tamás

Vezető szerkesztő:
Balogh-Háromszéki Zsuzsanna

Szerkesztőség: OEFI,
1096 Budapest, Nagyvárad tér 2.
Levelezési cím: 1437 Budapest, Pf. 839/3.
Telefon: (1) 428-8272.
Fax: (1) 428-8273.
E-mail: titkarsag@oeffi.antsz.hu
Honlap: www.oeffi.hu

Kiadja:
az Országos Egészségfejlesztési Intézet.

Terjeszti:
előfizetésben a Magyar Posta Rt.
Hírlap Üzletága,
1080 Budapest, Orczy tér 1.
Előfizethető valamennyi postán,
a kézbesítőknél,
e-mailen: hirlapelofizetes@posta.hu,
faxon: 303-3440.

További információ: 06-80-444-444
Megjelenik kéthavonta.

Egy példány ára 2000 Ft.
Előfizetési díj egy évre 12 000 Ft,
fél évre 6000 Ft.
Index: 25 214, ISSN 1786-2434

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



Országos
Egészségfejlesztési
Intézet

Szombathely középiskolás tanulóinak egészségi állapota az ifjúság-egészségügyi ellátórendszer szűrővizsgálatai alapján a 2011–2012-es tanévben

Kocsis Csabáné főiskolai adjunktus, mestertanár

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

Bevezetés

Civilizált világunk jellemzője a konfliktushelyzetek sokasága, az önértékelés, az én-hatékonyaság és az alkalmazkodóképesség negatív stressz következtében való csökkenése, a napi időstrukturálás nehézségei, a minőségi túl- és mennyiségi alultápláltság, valamint a fizikai inaktivitás. Fentiek a hazai lakosság kedvezőtlen egészségi állapotát is meghatározzák.

A gyermekpopulációra vonatkozó országos felmérési adatok alapján megállapítható, hogy fiataljaink mentális szorongásainak, problémáinak, szomatikus rendellenességeinek prevalenciája nő, amelynek egyéni és társadalmi következményei nyilvánvalóan kedvezőtlenek. Hatásuk hosszú távú, mivel a gyermekkor egészségstátusza kiható a felnőttkor egészségben, illetve betegségben eltöltött éveire, így az életminőségre is (*Susánszky–Szántó, 2008*).

A probléma oki struktúrájának elemzése komplex feladat. Figyelembe kell vennünk az objektív faktorokat – mint például a genetikai tényezőket –, a szekuláris trendek alakulását, a szubjektum összetevőit, valamint mikro-, makro-, illetve természeti és társadalmi környezetünk expozícióit.

A lakosság egészségi állapotának indikátorai közül releváns mutató a születéskor várható élettévek száma. A 15 éves magyar serdülők várható élettartamát az *Európai Unió* országaiban élőkével összehasonlítva láthatjuk, hogy fiaink 11, leányaink pedig 9 évvel rövidebb ideig élnek, mint a többi európai fiatal (*Aszmann, 2006*).

Teljesítményorientált, atomizálódott társadalmunkban magas a fiatalokat is érintő rizikófaktorok jelenléte, ennek következtében a morbiditások száma is.

A *Nemzeti Egészségügyi Kerekasztal* jelentése a középiskolások egészségi állapotáról a már korábban is tapasztalható kedvezőtlen adatokhoz képest további romlást regisztrált. Beszámolójuk alapján a 14–18 éves korosztály majdnem 50%-a szenved *mozgásszervi elváltozásoktól*, emellett emelkedik az *obesitas* aránya és a *hypertóniások* száma is. A fittségi állóképességi felmérések adatai szerint a fiatalok körülbelül egynegyede képes korának megfelelő értékek teljesítésére, mivel a fizikai inaktivitással (televízió, számítógép) eltöltött időintervallum magas, napi 5–6 óra (<https://www.teol.hu/.../romlott-a-kozepiskolasok-egeszsegi-all>).

A témaválasztás indoklása

Intézményünk fő profilja a tanárképzés. Karunk sporttudománnyal foglalkozó tanszékein sportszervező, testnevelő edző, rekreációs szervezés és egészségfejlesztés alapszakon, valamint testnevelő, egészségfejlesztő-tanár és rekreáció mesterképzésen folyik oktatás. Hivatásunkból adódóan valamennyien fokozott érdeklődéssel és szakmai érzékenységgel figyeljük az iskoláskorú populáció, különösen a középiskolás korosztály egészségmutatóit. Munkánkhoz szükségünk van referenciaanyagokra, ez esetben az egyes tanévekben elvégzett egészségügyi szűrővizsgálatok dokumentációjára. A jövő tanárait, sportszakembereit oktató intézményként fókuszálnunk kell a korosztály egészségállapotával foglalkozó összegző elemzésekre, hiszen képzésünknek reagálnia kell a felmerülő társadalmi problémákra, többek között a mozgáshiányra, illetve az ennek következtében fellépő negatív hatásokra. Ezen változások is alátámasztják azt

az igényt, hogy a sportszakemberek tantervében tradicionálisan szereplő, kötelező tárgyakon kívül a preventív mozgásformák széles skálájával bővítsük hallgatónk ismeretanyagát.

Célkitűzések

1. Felhívni a figyelmet a már hatályban lévő *EüM*-rendelet szerint szabályozott, az *Országos Gyermekegészségügyi Intézet* által összegzett iskola-egészségügyi munka információinak és monitoringrendszerének fontosságára.

2. Szombathely középiskolás populációja egészségi állapotának vizsgálata az ifjúság-egészségügyi szolgáltatás adatai alapján, a 2011–2012-es tanév I. félévében.

3. A *testnevelés* kategóriák és alkategóriák adatelemzése.

Minta és módszer

Minta

A vizsgálat ideje a 2011–2012-es tanév I. féléve, helyszíne Szombathely adatokat szolgáltató közép fokú nevelési-oktatási intézményei. A mintavétel irányított módszerrel történt, a középiskoláink nappali tagozatán tanulók (14–18 éves korosztály) közül az iskolai szűréseken részt vevők körében. Az index-osztályok létszáma (a szűrővizsgálatokon résztvevő 10. és 12. osztályok létszáma) 3 257 fő. (*N=3 257, nemek szerinti megoszlás: lány: 1 558 fő, fiú: 1 699 fő, 10. évfolyam lány: 782 fő, fiú: 874 fő, 12. évfolyam lány: 776 fő, fiú: 825 fő.*) A mintavétel nem teljes körű (egy megszűnt és más intézményekbe beolvadt iskola nem szolgáltatott adatokat).

Az alkalmazott módszer

Dokumentumelemzés: az Országos Gyermekegészségügyi Intézet összefoglaló jelentése a 2010–2011-es tan-

évben végzett iskola-egészségügyi munkáról, valamint a Szombathely középiskoláit ellátó védőnők által kitöltött adatlapok, amelyek tartalmazzák a vizsgált populációra vonatkozó 34 féle elváltozást, morbiditást (*BNO X*), osztály és nemek szerinti megoszlásban.

Az adatok feldolgozása *SPSS 20* statisztikai programcsomaggal történt.

Eredmények

Célkitűzéseink első pontja az iskola-egészségügyi team tevékenységére és az általuk regisztrált tények relevanciájára hívja fel a figyelmet.

Munkájuk adatgyűjtésre és adatszolgáltatásra vonatkozó előírásait kormányrendelet szabályozza (*288/2009. (XII. 15.) Korm. rendelet, 2100 nyilvántartási szám*). E dokumentáció alapján nyomon követhető a jelentést adó intézmények száma, a tanulói létszám, az iskolavédőnők tevékenységi köre, a testnevelési besorolások és a trendelemzések. Az *OGYEI* összegző jelentéséből kiderül, hogy az előző tanévben a szakiskoláknál csekély mértékben csökkent, a gimnáziumok és a szakközépiskolák esetében viszont növekedett az adatszolgáltatás a 2009–2010-es tanévhez viszonyítva. A számok önmagukért beszélnek. A 2010–2011-es tanévben megvizsgált index-osztályokban (általános és középiskolákban együttesen) 537 140 főt regisztráltak, ebből a középiskolások száma 198 101 fő (https://www.ogyi.hu/upload/files/2010_2011).

A 2011–2012-es tanév I. félévében Szombathely középiskolás populációja egészségi állapotának vizsgálata az alábbiakat mutatja: keresztábrával vizsgálva a minta nem és osztály szerinti megoszlását, megállapítható, hogy a 10. osztályba járó fiúk aránya a legnagyobb. A normál testnevelés-órakeről könnyített és gyógytestnevelésre utaltak, valamint az iskolai foglalkozások alól teljesen felmentettek száma 672 fő, amely ebben a tanévben a város adatokat szolgáltató közép fokú intézményeiben, nappali tagozaton tanuló 9–12. évfolyam összlétszámának

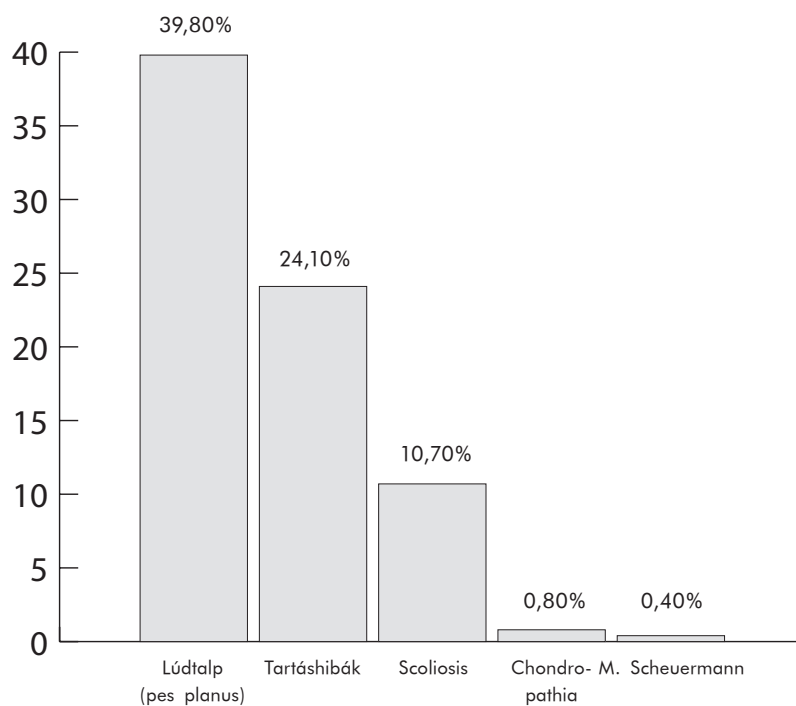
1. táblázat

Az iskolai testnevelés melletti kategóriák

Kategóriák száma	Kategóriák elnevezése	Gyógytestnevelés okai	Fiúk	Lányok	Összesen
I.	Könnyített testnevelés		121	208	329
II.	Gyógytestnevelés		56	93	149
		mozgásszervi ok	44	58	102
		egyéb ok	4	28	32
III.	Iskolai testnevelés alól felmentett		68	126	194
			245	427	672

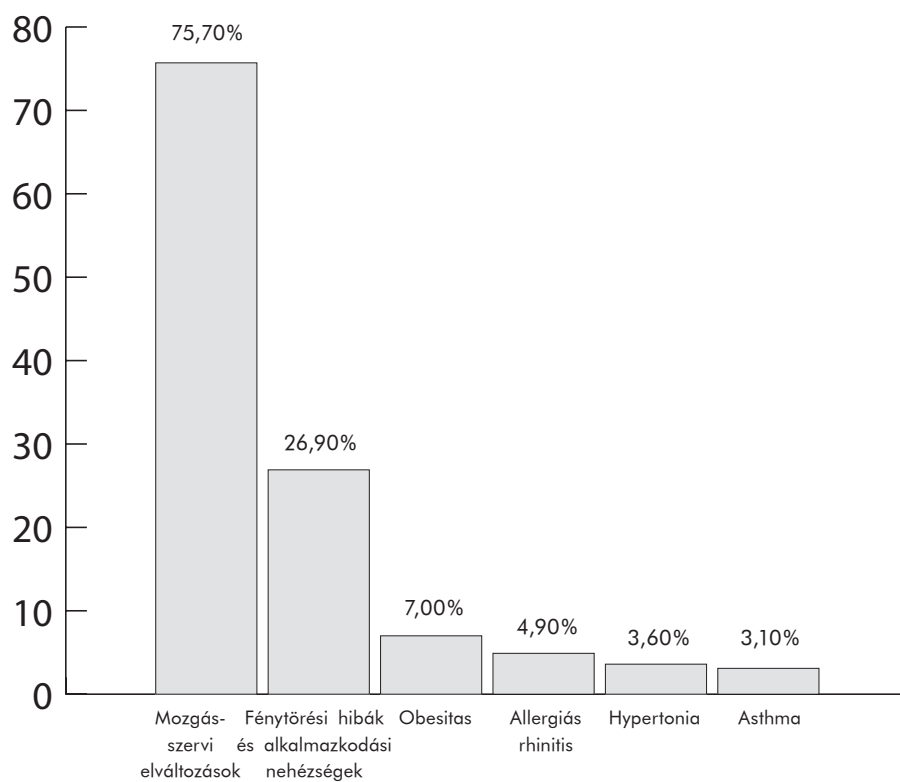
1. ábra

Mozgásszervi elváltozások gyakorisága a mintában



2. ábra

A mintában leggyakrabban előforduló morbiditások



(7 453 fő) 9 százaléka. Közülük legtöbb (329 fő) könnyített testnevelésre utalt, amely az I–III. kategóriába tartozók 49 százaléka. Valamennyi csoportban a lányok szerepelnek többségben. (I. táblázat)

Az iskolai testnevelés alól felmentettek száma 194 fő (28,9%), akik közül csak 8 fő vesz részt egészségügyi intézmények által szervezett gyógytorna-foglalkozásokon. Kevesen járnak gyógyúszásra, mindössze 93 fő (13,8%) veszi igénybe a vizet, mint gyógyító közeget. A vizsgálat során 2 467 esetben állapítottak meg csont-, izom- és kötőszöveti elváltozásokat, s közülük a kötőszöveti elváltozások száma a legmagasabb. A diagnózisok gyakorisága a következő: *lúdtalp (pes planus)* 1 296 fő (39,8%), *tartási rendellenességek* 786 fő (24,1%), *gerincferdülés (scoliosis)* 348 fő (10,7%), *chondropathiák* 25 fő (0,8%), *M. Scheuermann* 12 fő (0,4%). (I. ábra)

Ez a sorrendiség teljesen megegyezik az OGYEI referenciaanyagában rögzítettekkel, viszont a szombathelyi mintában az esetek száma magasabb. Városunkban is igaz, hogy a fiúknál a statikai lábbetegségek, a tartási hibák, a gerincferdülés a lányoknál gyakoribb. A szakemberek a mozgásszervi problémák profilaxisának fontosságára hívják fel a figyelmet, elsősorban a gerinc meszesedésére, porckopására, amely népbetegséggé vált. A *Gerincgyógyászati Nemzeti Központ* vezető munkatársai szerint a mozgásszervi diagnózisok (amelyek megközelítőleg 65%-át a gerincbetegségek adják) a táppénzes napok és a rokkantnyugdíjazás legfőbb oki tényezői. Ezek megelőzése csak gyermekkorban lehetséges, ha kialakítjuk, majd automatizáljuk a helyes testtartást, és csökkentjük az inaktivitást (Somhegyi–Varga, 2002).

A *mozgásszervi elváltozások* után vizsgálatunkban az *fénytörési hibák és alkalmazkodási nehézségek* szerepelnek legmagasabb számban (26,9%, az országos átlag a 12. osztályban 25% körüli érték).

Az országos adathoz viszonyítva szignifikánsan alacsonyabb az *amblyopia* (0,09%, a hazai átlag ebben az életkorban 6%) és a *színlátás zavara* (0,9%), ez utóbbi a nemek arányát tekintve városunkban is a fiúknál gyakoribb.

A *süketség és hallásvesztés* 30 tanulónál (0,9%) igazolódott. Az országos vizsgálatokban is a fiúknál több a pozitív esetszám.

Ismeretes, hogy a *hypertonia* előfordulása az életkor előrehaladtával nő, így legtöbbször a 12. osztályosok körében fordul elő. Mintánkban magasabb a gyakorisága (3,6%), mint az országos összesítésben. Városunkban megközelítőleg nyolcszor gyakoribb a *magas vérnyomás* diagnosztizálása a fiúknál, mint a lányoknál. A szakirodalom szerint a középiskolás korosztályban gyakoribbak a *szívproblémák*. Vizsgálatunkban a *vitiumok, cardiomyopathiák* (0,3%) és *ritmuszavarok* (0,7%) száma az országos adatokhoz viszonyítva alacsonyabb.

A *nemfertőzőes vékony- és vastagbélgyulladások* (0,2%), a *coeliakia*, a *táplálék-intolerancia és -allergia* (0,5%) egy százalék alatti értéket mutatnak. Hasonló a *krónikus vesebetegségek* (0,3%) előfordulása is.

A *havivérzés zavarainál* az országos adat a lányoknál 7–9%, esetünkben 1,5%. A fiúk ellenőrzésénél Szombathelyen nem diagnosztizáltak *visszamaradt here* problémát.

A *diabetes mellitus* száma kevesebb (0,2%), mint az összesítő jelentésben (itt leggyakoribb a 10. osztályban: 3,1%). Vizsgálatunkban a *golyva* előfordulása 0,6%, a lányok háromszor gyakrabban érintettek ebben a betegségben, mint a fiúk.

A *mozgásszervi morbiditások* és a *fénytörési hibák* után leggyakoribb az *obesitas*, amelyet szövődémei miatt a WHO a világ 10 legjelentősebb egészségügyi problémája közé sorolt, és 1998-ban idült betegséggégé nyilvánított (<https://www.weborvos.hu/egeszsegmagazin/...nem.../184320/>).

Minden korosztályban nő a kövér gyerekek száma. Városunkban 227 főnél (7%) fordul elő, a fiúk körében 1,8-szor gyakoribb, mint a lányoknál. Ők potenciálisan veszélyeztetettek felnőttkorukban is, hiszen körükben a táplálkozással összefüggő betegségek kialakulásának veszélye sokkal nagyobb, mint normál testtömegű társaiknál (https://www.tetplatform.hu/letoltes/oeti_felm_kozepiskolasok.pdf). A *kórosan soványak* száma 44 fő (1,4%), közöttük a fiúk vannak többen.

Az *anaemia* – élettani specifikusságából adódóan – a lányok között fordul elő gyakrabban. Városunk középiskolásainak körében egy százalék alatt (0,4%) van, amely jóval kedvezőbb érték az országos (8% feletti) adathoz viszonyítva.

A releváns munkák szerint az *asthma* előfordulása mindenkorosztályban folyamatosan nő. Vizsgálatunkban az átlagnál (2,5%) magasabb a száma (101 fő, 3,1%), és a fiúknál gyakrabban tapasztalható.

2001-től a jelentőlapokon az *allergia* helyett az *allergiás rhinitis* szerepel, amelynek száma az életkorral növekszik. Városunk középiskolásai közül 161 főt (4,9%) érint, amely megfelel az átlagos előfordulási gyakoriságnak, vizsgálatunkban is a fiúknál diagnosztizáltak gyakrabban.

Az *atópiás, allergiás bőr- és nyálkahártya jelenségek* előfordulása esetünkben 41 fő (1,3%), a lányoknál magasabb, az országos adatokhoz hasonlóan.

Öröndetes, hogy a *szomatiform zavarok* (0,06%), az *evési és alvási problémák* (0,09%), a *magatartási és emocionális rendellenességek* (0,09%) és az *epilepszia* (0,15%) gyakorisága mintánkban alacsonyabb, mint amelyet az OGYEI összesítő jelentése közölt.

Megállapítható, hogy az országos kutatási eredmények és tendenciák a szombathelyi minta elemzése

során is – a morbiditások (2. ábra) és a nemek közötti előfordulási gyakoriság szerint – egyaránt nyomon követhetők.

Következtetések

Az ifjúság-egészségügyi szolgáltatás széleskörű, magas színvonalon funkcionáló, preventív tevékenységet ellátó struktúra. Népegészségügyi jelentősége nem csak a szakemberek, de a tevékenységükkel kapcsolatba kerülő laikusok számára is egyértelmű.

Munkájuk széles spektrumának további erősítést igénylő szegmense az adatgyűjtés, amelynek hatása ösztársadalmi és népegészségügyi szempontból egyaránt jelentős. Az általuk készített anonim jelentések regisztrálása és monitorozása olyan országos adatbázist hozhat létre (a szakemberek és a téma iránt érdeklődők számára egyaránt), amely a gyermek- és ifjúsági korosztály szubjektív panaszain, morbiditási és egészségmagartási faktorain túl nyomon követheti a pozitív, illetve negatív irányú elmozdulásokat, valamint rámutathat a változások tendencia jellegére is.

A középiskolás populációra irányuló egészségi szűrések fontosságát jelzi a releváns szakmák képviselőinek összefogásából létrejött „Tiszta lappal” elnevezésű fővárosi komplex szűrőprogram, amelyet a budapesti Heim Pál Gyermekkorház, valamint az iskolaorvosi és védőnői szolgálat munkatársai szerveznek. Az életkoruk és életszituációik szerint a legsérülékenyebb, 10. és 11. osztályos, budapesti szakiskolai és szakközépiskolás korosztály (megközelítőleg 3 000 fő) részére biztosítanak vizsgálatokat. A programszerű munka kezdeményezői a gyermekellátásban széleskörű tapasztalatokat szerzett kórház szakemberei, akik – az eddigi tevékenységi kört kiegészítve – az ortopédiai szűrések teljes palettáját, a cardiovascularis mutatók ellenőrzését, testösszetétel-, vércukor- és koleszterinszint-mérést, illetve komplex szemészeti, bőrgyógyászati, hallás- és fogászati szűréseket javasolnak (<https://www.heimpalkorhaz.hu/index.php?menu=61>).

Az egész világon – így hazánkban is – már a fiatal korosztályban is jelentős problémát okoz a mozgásszegény életmód és ennek következményei. A 2010-ben készült HBSC-kutatás adatai szerint a magyar serdülők körében alacsony a mozgásra, míg jelentős a passzív szabadidős tevékenységre fordított idő mennyisége.

Ugyanez a jelentés foglalkozik a fizikai aktivitás rendszerességében tapasztalható nemi és életkori mintázattal is, amely szerint a magasabb évfolyamokban csökken az eleget mozgók, és emellett markánsan növekszik a nagyon kevés aktivitást kifejtők száma. Ez a tendencia kifejezettebb a lányoknál, körükben gyakoribb a nagyon ritkán vagy egyáltalán nem mozgók aránya (a középiskolás osztályokban több mint duplája az 5. évfolyamban

regisztráltaknak) (http://www.elitmed.hu/ilam/hirvilag/ilyenek_a_mai_fiatalok_8593).

A középiskolás korosztály az elsődleges prevenció szempontjából a figyelem középpontjában áll, hiszen ebben az életkorban a leghosszabb távú és a leghatékonyabb a rendszeres fizikai aktivitás hatása szomatikus, pszichés és pszichoszociális szempontból egyaránt (Tari-Keresztes, 2009).

Az iskolaegészségügy is kiemelt feladatként jelöli meg a tanulók fittségének vizsgálatát, teljesítőképességük javítását, és az elsődleges megelőzés mellett a terápia és a rehabilitáció területén egyaránt rávilágít a sport jelentőségére (Katona, 2005).

Az objektivitás megköveteli, hogy a közismert rizikófaktorok mellett megemlítsük azt a kedvezőtlen változást, amely oktatási intézményeink területén, az iskolákban tapasztalható. Az előtérbe kerülő lexikális, akadémikus tudás háttérbe szorította a szomatikus műveltséget, így a testi nevelést is. Napjainkban kevesebb a tanórán kívüli, közös iskolai elfoglaltságok száma, pedig a gyakorló tanárok tudják, hogy a délutáni foglalkozásokon, a táborokban a tanórákon amotivált, figyelmetlen fiatalok megnyílnak, és olyan személyiségjegyek manifesztálódnak, amelyek az osztályban elfoglalt státuszuk és ennek következtében önbecsülésük szempontjából is lényegesek.

Számos kutatás mutatja, hogy a testnevelés veszített és folyamatosan veszít népszerűségéből a diákok körében, amelynek oka összetett és további elemzést igényel. Mindezek hátterében nemcsak a néha autoriternek minősített tanári attitűd, hanem a fiatalok nagymérvű passzivitása is jelentős szerepet játszik (Gombocz, 2006).

Az iskolai testnevelés tanításában is fontos, hogy a régi értékek megtartása mellett megfeleljünk az új kihívásoknak. Fiataljaink érdeklődők, odafigyelnek a mit, miért és hogyan kérdésekre megválaszolására, többek között a cardiovascularis állóképesség (CRF), az ízületi mozgékonyág, az izomerő fejlesztésének edzésprogramjaira, az ajánlott, illetve kontraindikált gyakorlatokra, a preventív mozgásanyagok elsajátítására, az egyre bővülő rekreációs tevékenységekre, sportokra, amelyek megtanítása a testnevelő tanárok feladata.

Néhány szakembervéleménye szerint felesleges a gyógytestnevelés. Természetesen vannak nehézségek, kritikák, amelyeket meg kell hallanunk, s amelyek feltétlenül változtatást igényelnek, hiszen a minőségi munka minden tevékenység indikátora.

Azt azonban fontos figyelembe vennünk, hogy egy működő struktúrát csak akkor szabad megszüntetnünk, ha legalább ilyen, vagy ennél jobb ellátási formát tudunk helyette biztosítani. A realitás az, hogy az egészségügy ellátási, finanszírozási problémái, valamint a gyógytor-nászok leterheltsége nem teszi lehetővé, hogy az iskolai foglalkozásoknak megfelelő rendszeres, folyamatos gya-

korlati foglalkozásokat vezessenek (még a teljes felmentettek esetében sem, pedig számukra ez létkérdés lenne). A testnevelő-tanároknak a normál testnevelésórákon a tantervben előírtaknak megfelelően kell haladniuk, így – időhiány miatt – kevésbé tudnak a preventív feladatok gyakoroltatására fókuszálni. E téren igazán nagy áttörést jelentett *Dr. Somhegyi Annamária és a Magyar Gerincgyógyászati Társaság szakemberei* által összeállított „Tartáskorrekció” program, amely ellenőrző, valamint az izmok erejét és nyújthatóságát fejlesztő speciális rávezető feladatokból áll. A gyakorlatsor szisztematikus alkalmazása biztosítja a primer prevenciót, illetve terápiás hatású bizonyos izomzati diszfunkciók esetén is (*Somhegyi és mtsai, 1996*).

A gyógytestnevelésre utaltak többségénél a diagnosztikus mozgásszervi, funkcionális problémát jelentenek. Tanárok, szülők, tanulók egyaránt ismerik a szakmai és a szervezési nehézségeket, mindezek ellenére ezeken az órákon van idejük és lehetőségük megfelelően képzett, a kompetenciahatárokat ismerő és betartó szakemberek segítségével elsajátítani a helyes ülés, állás, testtartás és emelés kritériumait. Lényeges a légzéssel szinkron, kontrolláltan végzett gyakorlatok sztereotíppá tétele.

A gyógytestnevelő tanár munkájának hatékonyságát az ifjúság-egészségügyi ellátó rendszer (szükség esetén szakorvos) segíti, hiszen a cél nem a különböző kategóriákba sorolás, hanem a normál testnevelés-órákon való aktív és örömteli részvétel.

A rendszeres fizikai aktivitás (sport) hatása komplex. Segíthet abban, hogy az egészségvédő magatartásformák tudatosak és koherensek legyenek, feltételezve, hogy aki mozgására odafigyel, az helyesen étkezik és az egészségkárosító magatartásformáktól is mentes (*Pikó, 2006*).

Összefoglalás

Sajnálatos evidencia, hogy nem csak a felnőtt populáció, de fiataljaink egészségállapota is rendkívül kedvezőtlen. Pozitív irányú változást csak széleskörű társadalmi összefogás eredményezhet, elsősorban az egészség- és oktatásügy szakembereinek tevékeny együttműködése. A probléma megoldására a szakemberek komplex javaslatokat fogalmaztak meg, ennek ellenére csekély érdemi változás tapasztalható (https://www.ogyi.hu/upload/files/2010_2011).

Milyen háttérintézkedések szükségesek az oktatásban?

- Az iskola-egészségügyi szakemberek számának, finanszírozási lehetőségeinek bővítése.
- Az iskolai szűrésekről való részletes adatszolgáltatás.
- Közvetlen munkakapcsolat kialakítása és fenntartása a szakorvos, az iskolaorvos, a védőnő, a testnevelő-tanár, a gyógytestnevelő-tanár és a gyógytornász között.
- Az egészség és a testkultúra ismeretanyagának fejlesztése a közoktatásban.

- Széleskörű elméleti alapokon nyugvó, gyakorlatorientált gyógytestnevelő képzés.

- A testnevelőtanár-képzés egészségfejlesztő, preventív szemléletének erősítése.

- A testnevelő szakma álláspontjának egyeztetése a fiatalok fizikai állapotának felmérésére szolgáló módszerekről, gyakorlatanyagokról, ezek dokumentációjáról.

- Differenciált, az egészségi állapotnak megfelelő testnevelés-oktatás. A preventív gyakorlatok elsajátításának a testnevelés-órák keretébe való integrálása.

- Optimális iskolabútorok használata (a felsőoktatásban is). (https://www.ogyi.hu/upload/files/2010_2011).

Kulcsszavak: középiskolás populáció, egészségi állapot, ifjúság-egészségügyi munka, országos adatbázis, testnevelés-kategóriák

Summary

It is unfortunate evidence that not only is the health condition of the adult population bad, but the youths' health state is also extremely insufficient. The extensive, social cooperation could mean only a positive change, mainly with the help of experts in the fields of health and education. Complex proposals were created for the problem by experts, however, only little change can be experienced.

What kind of background steps are needed in the field of education?

- The increase of school-hygienic experts number and also the financial possibilities.

- Supplying accurate data about check-up in schools.

- Elaboration and maintenance of direct connection among people working in that field – medical specialist, school specialist, district nurse (welfare officer), P.E. teacher, hygienical P.E. teacher, hygienical gymnastic expert.

- To improve the body of knowledge in public education for health and body culture.

- Education of hygienical P.E. teacher, which is determined by practice, experiment and it has wide theoretical base knowledge.

- To strengthen the preventive, conscious attitude in P.E. teaching (instruction/training).

- The agreement between P.E. experts about methods, experiments and documentation used in measuring the physical statement.

- Differentiate P.E. lessons, due to the students's health statement. During P.E. lessons preventive exercises can be taught.

- Optimal school furniture should be used also in high education.

Keywords: population of secondary schools, state of health, youth-health work, national database, categories of P.E. teaching

IRODALOM

- Aszmann Anna (2006): „A magyar gyermekpopuláció egészségi állapota és egészség-magatartása.” In: Barabás Katalin (szerk.): *Egészségfejlesztés. Alapismeretek pedagógusok számára*. Medicina, Budapest, 32–44. old.
- Gombocz János (2006): „Az ép test a pedagógiai gondolkodásban és a nevelés mai gyakorlatában.” In: Hoffmann Rózsa (főszerk.): *Ép lélek – ép testben. Mester és Tanítvány*. A Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsész tudományi Kar folyóirata. 2006. április, 10. szám, 29–39. old.
- Katona Piroska (2005): „Az iskola-egészségügy sportegészségügyi teendői.” In: Aszmann Anna (szerk.)–Békefi Dezső (társszerk.): *Iskolaegészségügy*. Országos Gyermkegészségügyi Intézet, Budapest, 263–269. old.
- Pikó Bettina (2006): „Az életmód elemei: a szabadidő és az egészség-magatartás.” In: Barabás Katalin (szerk.): *Egészségfejlesztés. Alapismeretek pedagógusok számára*. Medicina, Budapest, 273–277. old.
- Somhegyi Annamária és mtsai (1996): *Tartáskorrekció*. Magyar Gerincgyógyászati Társaság, Budapest.
- Somhegyi Annamária–Varga Péter Pál (2002): „A gerincbetegségek megelőzésének szükségessége.” In: *Egészségnevelés*, 2002, 1:28–32. old.
- Susánszky Éva–Szántó Zsuzsa (2008): „A magyar fiatalok (15–29 éves) egészségi állapota, egészség- és rizikómagatartása és egészség-jövőképe.” In: Kopp Mária (szerk.): *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 200–206. old.
- Tari-Keresztes Noémi (2009): *Fiatalok szabadidős fizikai aktivitásának magatartástudományi vizsgálata*. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Magatartástudományi Program, Szeged.
- https://www.elitmed.hu/ilam/hirvilag/ilyenek_a_mai_fiatalok_8593
- <https://www.heimpalkorhaz.hu/index.php?menu=61>
- https://www.ogyi.hu/upload/files/2010_2011
- https://www.tetplatform.hu/letoltes/oeti_felm_kozepiskolasok.pdf
- <https://www.teol.hu/.../romlott-a-kozepiskolasok-egeszsegi-all>
- <https://www.weborvos.hu/egeszsegmagazin/...nem.../184320/>



Divat a korai dohányzás? – avagy dohányzási szokások vizsgálata a 12–16 évesek körében

Huszka Péter PhD., egyetemi docens

Széchenyi István Egyetem, Kautz Gyula Gazdaságtudományi Kar,
Marketing és Menedzsment Tanszék

Bevezetés

Az iparosodás és ennek következtében a technológiai fejlődéssel együtt járó gazdasági növekedés az emberek életmódjának és életkörülményeinek megváltozásában is megnyilvánul (*Albritton, 2009*). A társadalmi változások hatására napjaink serdülő- és ifjúkorú generációja változáson megy keresztül. A fiatalok szocializációjában csökken a család és az iskola szerepe, növekszik a barátoké, ismerősöké, és egyre fokozódik a média – elsősorban az elektronikus hírforrások – és a fogyasztói ipar befolyása. Az idő- és teljesítménykényszer, a korai önállósodás, a kihívások, a fokozódó verseny növelik a fiatalok veszélyeztetettségét, mindezek hatására sokan szívesen nyúlnak doppingszerekhez. Ezzel párhuzamosan egyre markánsabban jelentkeznek védekezési mechanizmusként a különböző feszültségoldó technikák, a dohányzás, az alkohol- és drogfogyasztás is. Mindez különösen igaz hazánkra.

A népesség egészségi állapota rosszabb annál is, mint az az ország gazdasági fejlettségi szintjéből következne. Kétségtelenül igaz, hogy az új politikai és gazdasági légkör szabadabbá és nyitottabbá tette a társadalmat, de ezzel egyidejűleg – pontosan ezen hatások következtében – megjelentek olyan nemkívánatos jelenségek is, amelyek gyakran sokkolták a lakosságot, és ezzel párhuzamosan a tanulóifjúságot is. A magyar társadalom nem volt felkészülve a hirtelen jött liberalizmusra. A gazdaságos termelés, a profit hajszolása következtében végbeménő társadalmi átalakulás, a munkanélküliség növekedése, a szexuális szabadság hirtelen és sok esetben nagy nyilvánosságot kapott előretörése, a dohányzás, a kábítószer- és

alkoholfogyasztás jelentős mértékű emelkedése, az öngyilkosságok számának növekedése, illetve ezek hatására a családi élet felbomlása számos esetben megnyilvánul a tanulók iskolai életbe való beilleszkedése során.

Mindezekre tekintettel tudományos érdeklődésünk a serdülő- és ifjúkorúak egészségtudatosságának, alkoholfogyasztásának és dohányzási szokásainak, egészségi állapotának, egészségmagatartásának vizsgálata felé fordult. Az egészségmagatartás *Baum, Krantz és Gatchel (1997)* szerint az egészséggel kapcsolatos magatartásformák összessége, amelyek az egészséges életmód elemeként az egészségi szükségletek és az egészség-indítékok következtében létrejövő viselkedésben nyilvánulnak meg. A kutatás fontosságát már csak azért is érdemes hangsúlyoznunk, mert a serdülőkor fontos szakasza az emberi életnek, hiszen ekkor bontakoznak ki azon szokások, amelyek később az egész élet során hatással lesznek az egészségi állapotra (*Aszmann, 2003*).

A vizgálatosorozat kísérletet tesz az egészségi állapot és egészségmagatartás magyar társadalmi-területi különbségeinek bemutatására, valamint a különbségek hátterében álló okok magyarázatára. Jelen első vizsgálat egy adott régióban (Nyugat-Dunántúl) élő fiatalok egészségmagatartásának, ezen belül dohányzási szokásainak és egészségtudatosságának vizsgálatára tesz kísérletet.

Irodalmi áttekintés

Kiindulásként először tekintsük át, milyen tényezőkből tevődik is össze az egészség, az egyén egészségmagatartása, és melyek ennek elemei. A jó egészségi állapot



ugyanis nem csak az egyén érdeke, hanem a társadalomé is, hiszen az egyén, mint munkaerő, a termelési folyamat fontos eleme, így egészségének megőrzése a társadalom alapvető feladata.

2.1. Az egészségmagatartás, egészségstudoatosság és elemei

Azt, hogy mi is az egészség, sokan sokféleképpen megfogalmazták, hasonlóan ahhoz, hogy mely tényezők hatnak leginkább egészségünkre. Baum, Krantz és Gatchel (1997) szerint egészségmagatartás, egészségstudoatosság minden olyan viselkedés, amely hatással lehet egészségünkre, amíg egészségesek vagyunk. Általánosságban igaz az is, hogy egészségügyi állapotunkat és egészségmagatartásunkat számtalan tényező befolyásolja, amelyek sokszor egymásra is hatással vannak. Saját kutatásaim és a szakirodalom szerint ezek közül az alábbiak a legfontosabbak (Pintér, 1995, Huszka és Káldi, 2010):

- Környezetszennyezés,
- Életmód, amelynek egyik megnyilvánulása az egészségmagatartás,
- Alkohol- és kábítószer-fogyasztás, dohányzás,
- Kedvezőtlen táplálkozási szokások – pl. zsíros és tartósítószerrel „túltömött” ételek fogyasztása, illetve a rendszertelen és egészségtelen táplálkozás,
- Megfelelő információ magunkról és környezetünkéről – ebben rendkívül nagy szerephez jutnak, juthatnak a közoktatásban és az egészségügyben tevékenykedő szakemberek,
- A virtuális térből érkező „információk” és azok hitelessége,
- A családi norma- és értékrend „megléte és annak erőssége”,
- Az egyén szociális helyzete és genetikai adottságai,
- Az egyén anyagi helyzete és lehetőségei (elegendő például csak a táplálkozásra, annak minőségére gondolunk, de az egészségügyi ellátáshoz való „hozzájutás” is sok esetben ennek függvénye).

Harris és Guten (1979) szerint az egészségmagatartás egy olyan komplex rendszer, amelynek része a testmozgás, a lelki egészség, a tudatos táplálkozás, a higiénia és nem utolsósorban a káros élvezeti cikkek, azaz a szerrel való visszaélések elkerülése. Hozzájuk kapcsolódik még a rendszeres egészségügyi önellenőrzés és a szűrővizsgálatok igénybevétele is. Kutatási célkitűzésünknek megfelelően az egészségmagatartás elemei közül a szerrel való visszaélés vizsgálatát fejtjük ki részletesebben.

A kockázati magatartás és az azt befolyásoló tényezők alaposabb vizsgálata azt mutatja, hogy a serdülőkor előrehaladtával a család befolyását egyre inkább a kortársak szerepe váltja fel. A kortárs csoportokhoz való tartozásnak azonban sok kedvezőtlen oldala is van, az együttlétek

gyakran társulnak rizikószerek fogyasztásával. Különösen erős az ún. „best friend” hatás, ami azt jelenti, hogy a legjobb barát által közvetített hatás, norma a legmeggyőzőbb a dohányzás és az alkoholfogyasztás elkezdésében (Pikó, 2000). A cigarettának és a cigarettázásnak fontos szimbolikus szerepe is van. Jessor (1998) ugyanakkor azt gondolja, hogy az alkoholfogyasztás, a dohányzás és más veszélyesnek tartott tevékenységek korfüggő növekedése nem társas deviancia, hanem a felnőtt magatartásformák gyakorlásának kísérlete.

Nemzetközi kutatások is azt mutatják, hogy a dohányosok tisztában vannak szenvedélyük káros hatásaival, amit jelen kutatás is megerősít. A dohányzó egyének tehát teljesen tisztában vannak magatartásuk hosszú távú káros következményeivel, s így egészségügyi kockázataival is. Ezt Weinstein (1983) az irreális optimizmusnak nevezett jelenséggel magyarázza. Az ismeretek és a tényleges magatartás közötti tudati ellentmondást, kognitív diszonzanciát a dohányzók úgy igyekeznek feloldani, hogy bagatellizálják a kockázatok bekövetkezésének lehetőségét, és abban bíznak, hogy nem történik velük semmi baj. Márpedig ez nincs így!

A dohányzás nagy rizikófaktort jelent a halálozást tekintve, hiszen a dohányosok átlagosan 8 évvel rövidebb életűek a nem dohányzóknál. A dohányzás szempontjából világszerte egyre nagyobb jelentőségű légzőszervi halálok a krónikus obstruktív légúti betegség (COPD, Chronic Obstructive Pulmonary Disease). Az ebben szenvedők a légutak beszűkülésével, a tüdő teljesítményének meredek romlásával számolhatnak, amit több gén és környezeti tényező együttes hatása okoz. A betegek 90 százaléka dohányos, és ha korai stádiumban felismerik a betegséget, még megállítható, elsősorban a dohányzás mellőzésével. Epidemiológiai vizsgálatok – amelyek számos krónikus betegség rizikótényezőit kutatták – megállapították, hogy a dohányos férfiakban 15 év alatt 5-ször, a dohányos nőkben 7-szer gyakrabban alakult ki a COPD, mint a nem dohányosokban (KSH, 2009).

2.2. A dohányosok száma és az egy főre jutó füstöltnivaló az EU-ban

Az amerikai kontinensről származó évezredes szokás az elmúlt 500 évben terjedt el a világon. A spanyolok hiedelme szerint az indián katonák a dohányból nyerték bátorságukat. Európai elterjedéséhez Jean Nicot de Willemann lisszaboni nagykövet járult hozzá, aki először termesztette Európában a növényt. A dohányzást a XX. század első harmadáig nem tartották ártalmasnak az egészségre, és csak 1950-ben jelent meg az első tanulmány, amely összefüggésbe hozta a tüdőrák kialakulásával.

1. táblázat

A 15–24 év közötti dohányzók száma (%-ban)

	Nem dohányzik	Alkalmanként	Naponta
Ausztria	46,6	12,5	40,9
Németország	52,9	11,8	35,3
Magyarország	54,8	6,6	38,6
Szlovákia	70,6	11,7	17,7
Portugália	77,6	3,6	18,8

Forrás: (http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/eurostat_tablak/t_health/tps00170.html)

A dohányzás gyakorisága az életkor vonatkozásában és országonként is igen nagy változatosságot mutat. A 13 éves gyerekek 6%-a dohányzik, és ez a gyakoriság 15 éves életkorra több mint a háromszorosára nő, miközben egyre nyilvánvalóbbá válnak az országok között e tekintetben fennálló különbségek. Például az USA-ban a 15 évesek mindössze 7%-a dohányzik, Grönlandon viszont, ahol a legmagasabbak a dohányzók aránya, a fiúknak több mint harmada, a lányoknak közel fele hetente legalább egyszer rágyújt. A magyar ifjak közül minden ötödik, és ezzel mi vagyunk az országok sorában a 10. legtöbbet dohányzók (http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/elef/kal_gardos.html).

Hasonló észrevételt tehetünk, ha az EUROSTAT adatai alapján a 15–24 év közötti dohányzók számát vizsgáljuk. Az 1. táblázatban 29 ország közül – hazánk mellett – négy ország adatait láthatjuk. A mutató a jelenlegi dohányzók számát adja meg a népesség százalékában kifejezve.

A kutatás módszertana és hipotézisei

A kutatás feladata egy megbízható adatsor felállítása a 13–25 éves korosztály egészségtudatosságának, alkoholfogyasztásának és dohányzási szokásainak, illetve egészséges életmódjának, egészségi állapotának és környezettudatosságának vizsgálatával. Egy korábban kidolgozott többlépcsős mintavételi eljárás segítségével (Szakály Z., 1994, Huszka P., 2006) többszörös reprezentativitást sikerült elérnünk. A kvótarendszert nem és iskolai végzettség szerint úgy állítottuk össze, hogy a megadott korosztályt tükrözze.

A megbízható eredmények alapja – a reprezentativitáson túl – az, hogy biztosítani kell a véletlenszerű kiválasztás lehetőségét is. Ehhez az ún. „minden *n*-edik” módszert alkalmaztuk, amelynek fontos jellemzője, hogy minden egyes személynek azonos esélye van a mintába való bekerülésre.

A fentieknek megfelelően a kérdőívek kitöltése a véletlenszerűen kiválasztott oktatási intézmények 7–8., illetve 9–10. évfolyamában történt, úgy, hogy minden második iskolában csupán egy osztályt (A, B, C sorrendben) kérdeztünk meg. A többi (páratlan sorszámú) iskolában ugyanakkor az osztályok közül véletlenszerűen két osztályt választottunk ki (feltéve, hogy több évfolyam is volt az intézményben). A kérdőíveket az adott osztály minden egyes tanulója kitöltötte. A vizsgálatba 288 személyt vontunk be. Ezt az indokolta, hogy ez a kiválasztott tesztmegyében vizsgált korcsoport diákjainak 1%-át adja.

A nagyszámú adat feldolgozása az SPSS for Windows 14.0 matematikai-statisztikai programcsomag segítségével történt. Hipotéziseink az alábbiak voltak:

H1: Magas a fiatal korban a dohányzást már kipróbáltak részaránya, az e káros szenvedéllyel való „ismerkedés” időpontja többnyire a kamaszkor elejére esik.

H2: A szülőkkel való harmonikus kapcsolat esetén alacsonyabb mértékű szerhasználat jellemző.

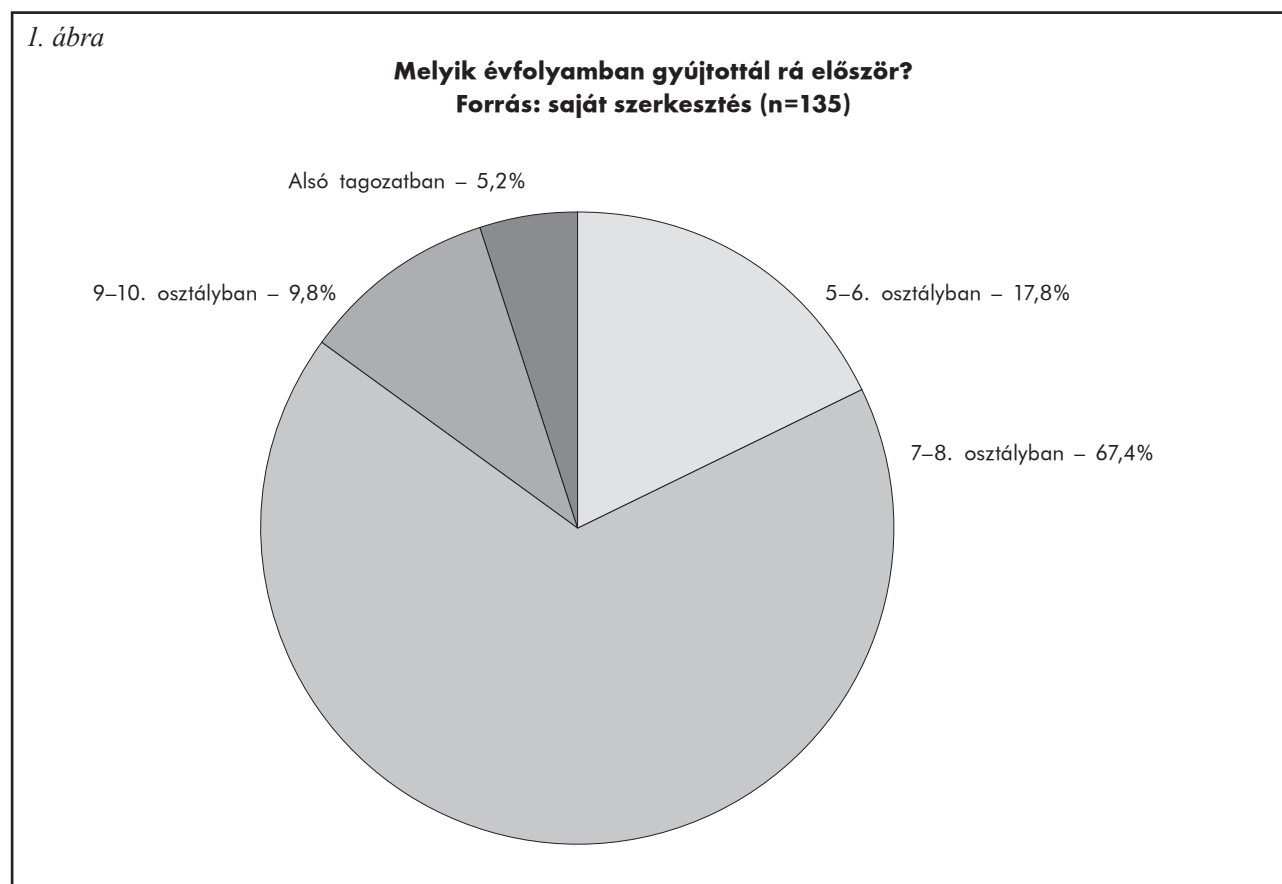
H3: Miközben a fiatalok egyre korábban próbálják ki a dohányzást, a tanulók többsége tisztában van a dohányzás egészségre gyakorolt káros hatásával.

4. Eredményeink és értékelésük

4.1. Fogyasztói szokások és attitűdök vizsgálata (primer piackutatás)

A szekunder kutatás eredményei egyértelművé tették, hogy a dohányzás komoly veszélyeztetettséget jelent a 13–17 évesek körében, és világszerte jelentős eltérések mutatkoznak a fogyasztás gyakoriságát és mennyiségét illetően. A következőkben áttekintjük, hogy jelen kutatásunk fentiekkel, illetve a dohányzás egészségre gyakorolt hatásával kapcsolatosan milyen eredményeket hozott.

Egy korábbi fókuszcsoporthoz vizsgálat (Huszka, 2010) és jelen kutatásunk eredményei is egyértelműen rámu-



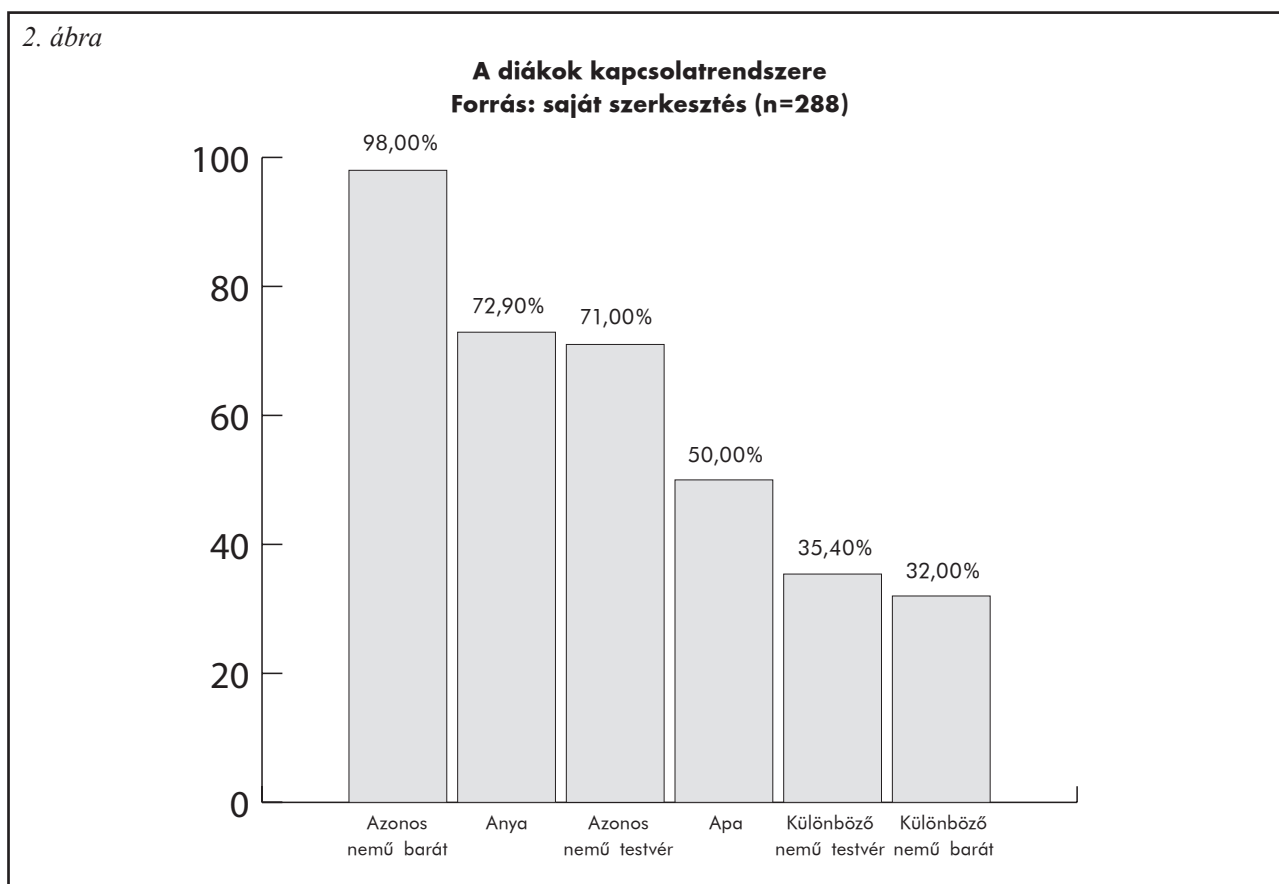
tattak, hogy a tizenévesek nagyrészt tisztában vannak a káros hatású szerek egészségre ártalmas voltával. Arra a kérdésre, hogy milyen hatással vannak rájuk a különböző élvezeti cikkek és a drog, a legtöbben a készítmények károsságára, az önpusztításra, a teljesítményfokozásra és az élet elrontására gondolnak. Markánsnak nevezhető a következő vélemény is: „*látszólag segít elfelejteni az ember gondjait, de egy idő után behálóz*”. Kedvezőnek tekinthető, hogy a kutatások során a közel 300 megkérdezett közül csupán egyikük mondta – talán ő is viccből – a droggal kapcsolatosan: „*egy jó buli szívesen, de legközelebb adj drogot*”. A serdülő- és ifjúkorúak túlnyomó többsége, 87,4%-uk ugyanakkor tisztában van azzal, hogy hazánkban a kávé, az alkohol és a dohányzás – bizonyos életkori határok között (bár személyes tapasztalataim szerint legtöbbször erre nincs tekintettel) – „legális drognak” tekinthető.

A vizsgálat folytatásaként felmértük azt is, hogy a korcsoport tagjai saját egészségüket miképpen ítélik meg. A rendszerváltás óta eltelt 20 év és jónéhány hazai népegészségügyi program után a kutatás eredménye azt mutatja, hogy nincs minden rendben, a saját egészség megítélése gyakorlatilag nem változott, illetve túlértékeltté vált. Az adatok azt tükrözik, hogy a korcsoport tagjai 72%-ban átlagosnak és jónak ítélik saját egészségüket, 23,5%-ban pedig nagyon egészségesnek tartják

magukat. Ez talán nem is lenne probléma, de a rendszeresen dohányzók sincsenek tisztában egészségük veszélyeztetettségével, ugyanis 68%-ban ítélik átlagosnak és jónak saját egészségüket, 25,1%-ban pedig nagyon egészségesnek tartják magukat.

A kutatás következő szakaszában a dohányzási szokásokra, illetve a dohányzásra vonatkozó attitűd-állítástokat foglalmaztuk meg, majd arra kértük a válaszadókat, mondják meg, melyikkel milyen mértékben értenek egyet. A „tudatos” dohányzásra vonatkozó kérdésre a megkérdezettek 46%-a adott „igen” választ. A kapott eredmény egybeesik az EUROSTAT- és az ESPAD-felmérés adataival is. Az eredmények alapján azt a rendkívül kedvezőtlen megállapítást tehetjük, miszerint magas a fiatal korban a dohányzást már kipróbáltak részaránya. Ez a felnőttkori dohányzás táptalajává is szolgál. A szekunder adatok elemzése azt mutatja, hogy „az első dohányzás időpontja” alapvetően meghatározza a felnőttkori dohányzási szokásokat, attitűdöket. Sajnálatos tény, hogy a fiatalok viszonylag korán kezdenek „hódolni” a káros szenvedélynek! A 1. ábrán bemutatjuk, hogy a dohányzó fiatalok milyen életkorban, pontosabban melyik iskolai osztályban gyűjtötták rá először. Az adatok elemzése azt a nemzetközileg is ismert tényre tükrözi, hogy a dohányzással való „ismerkedés” időpontja többnyire a kamaszkor elejére esik.

2. ábra



A válaszadók döntő többsége (67,4%-a) ugyanis az általános iskola hetedik-nyolcadik osztályában (13–14 évesen) cigarettázik először.

A probléma súlyát véleményünk szerint azonban az jelzi, hogy magas az ennél fiatalabb korban a dohányzást kipróbálók aránya. A megkérdezettek 17,8%-a ugyanis már az 5–6. osztályban, míg 5,2%-uk már ez előtt, az alapfokú intézmény alsó osztályaiban, azaz már 10 évesen vagy előtte hódolt e káros szenvedélynek. Relatív alacsony azon fiatalok részaránya (9,6%), akik a középiskolában teszik mindezt, ebből persze az is következik, hogy az általános iskolában kellene nagyobb hangsúlyt fektetni a tanulók egészségtudatosságának „emelésére” és a káros hatású szerek terjedésének megakadályozására.

Ha a háttérváltozókat is vizsgáljuk, a nemek tekintetében nem találunk lényeges különbséget. A nemzetközi adatoknak megfelelően a férfiak előbb és nagyobb arányban gyújtanak rá először. A tanulók iskolai végzettségét vizsgálva hasonló következtetéseket vonhatunk le. A későbbi iskolatípustól függetlenül a diákok több mint kétharmada 7–8. osztályban gyújt rá először. Ha a tanulmányi eredményeket is összevetjük az első dohányzás időpontjával, akkor azt a némiképpen meglepő megállapítást tehetjük, hogy 13–14 évesen a jeles rendűek közel 15%-kal nagyobb arányban dohányoz-

nak, mint a jó vagy közepes tanulmányi eredményűek. Hasonló különbség figyelhető meg az elvált szülőkkel, illetve a családban élők esetében is, tehát az elvált szülők gyermekei hamarabb próbálják ki a cigarettázást.

Az előzőekben leírtak tükrében rendkívül tanulságos, hogy miközben egyre több fiatal egyre korábban próbálja ki a dohányzást, a tanulók többsége tisztában van a dohányzás egészségre gyakorolt káros hatásával (74,6%). A kutatás lebonyolítóinak számára azonban ennél is „megrázóbb” az a felismerés és eredmény, hogy a kutatásban résztvevők 9,9%-a nem foglalkozik e káros élvezeti cikk egészségre káros voltával, és elgondolkodtató az is, hogy több mint 3% azok aránya, akik nem tudják, hogy káros-e, illetve úgy tudják, hogy nem árt a cigarettázás.

Mivel a gyermekek szülővel, illetve egyéb kortársakkal kialakított kapcsolatrendszere is fontos valamely deviáns viselkedés kialakulásánál, lényegesnek tartottuk ennek vizsgálatát is. A felmérésből kitűnik, hogy középiskolásaink legkönnyebben azonos nemű barátaikkal, édesanyjukkal, azonos nemű testvérükkel, édesapjukkal, különböző nemű testvérükkel, majd különböző nemű barátaikkal beszélnek meg problémáikat. Eredményeinket a 2. ábrán szemléltetjük.

Az adatok azt is mutatják, hogy a tanulók csaknem mindegyike rendelkezik baráttal, akikkel 62,3%-uk

2. táblázat

A szokásosnál többet vagy kevesebbet dohányzol, amikor...

(a kérdésre adott válasz: 1= sokkal kevesebbet dohányzom, 5= sokkal többet dohányzom)

Kategória	Statisztikai mutató	
	átlag	szórás
alkoholt fogyasztottam	3,90	1,14
barátaimmal vagyok	3,63	1,27
rosszkedvű vagyok	3,31	1,52
valamilyen összejövetelen vagyok	3,29	1,46
barátommal/barátnőmmel vagyok	2,89	1,40
magányos vagyok	2,88	1,41
iskolában vagyok	2,01	1,16
szüleimmel együtt vagyok	1,23	0,69

Forrás: saját szerkesztés (n=126)

hetente 4–5-ször, 19,5%-uk 2–3-szor és 18,2%-uk hetente egyszer találkozik. Eredményeink megerősítik, illetve alátámasztják az ún. „best friend” hatást, azaz hogy a legjobb barát által közvetített norma a legmeggyőzőbb a dohányzás elkezdésében. *Azon válaszadók ugyanis, akik tanítás után rendszeresen együtt voltak dohányzó barátaikkal, nagyobb arányban és mennyiségben nyúltak e káros szerhez* (esetükben 38,6% a naponta, illetve naponta többször, azaz rendszeresen dohányzók aránya), mint azok, akik barátja nem dohányzik (e csoport tagjainál a rendszeresen dohányzók aránya 6,7%). *Az eredmények szignifikáns különbséget mutatnak.* Ugyancsak hasonlóságot mutatnak a vizsgálat megállapításai a nemzetközi és hazai kutatási eredményekkel abban, hogy azoknál a tanulóknál, *akik szüleikkel az átlagosnál nagyobb arányban beszélnek meg problémáikat, azaz a szülőkkel való kapcsolat harmonikus, alacsonyabb mértékű szerhasználat jellemző.*

A fogyasztás alakulását – elsősorban a jövőre vonatkoztatva – nagymértékben befolyásolja az is, hogy a megkérdezetteket a különböző alkalmak mennyire befolyásolják dohányzási aktivitásukban (2. táblázat).

Az eredmények egyértelműen jelzik, hogy a cigarettafogyasztók leginkább az alkohol hatására dohányoznak többet. Sorban utána a baráti társaság hatása következik, de látható, hogy pszichés benyomás és a „bulihangulat” is felfelé módosítja a cigarettázás mennyiségét. Az alkohol hatásánál mért szórás viszonylag alacsony volta jelzi, hogy a megkérdezettek többsége egyetért ezzel az állítással.

A táblázatban bemutatott többi kategória esetében csökkenés mutatható ki, legkevésbé a „párkapcsolat”

és a „magányosság” hat kedvezően a dohányosokra, legalábbis a dohányzás gyakoriságát tekintve. Ennél lényegesen nagyobb visszatartó hatása van az iskolának, de érthető módon a szülői hatás a legmeghatározóbb, azaz a 13–17 éves korosztály tagjai szüleik társaságában sokkal kevesebbet dohányoznak. Fontosnak tartjuk kiemelni, hogy az ebben az esetben mért 0,69-es szórás a kategóriák közül a legalacsonyabb, ami azt jelzi, hogy a fogyasztók ezen állítással kapcsolatban a legkevésbé megosztottak.

5. A kutatás korlátai, hasznosíthatósága

A kutatásba 288, a nyugat-dunántúli régióban élő, 13–17 éves személyt vontunk be. Ezt az indokolta, hogy ez a szám a kiválasztott tesztmegyeiben vizsgált korcsoport diákjainak 1%-a. Mivel azonban a vizsgálatba vont személyek 54%-a nem dohányzik, viszonylag alacsony elemszámból vontunk le következtetéseket, ami a kutatás egyik korlátja lehet.

A hazai dohányzási szokások változásának átfogó vizsgálata szükségessé teszi, hogy kutatásainkba az ország különböző régióit is bevonjuk. Jelen kutatás erre nem vállalkozott. Ez tekinthető a kutatás második korlátjának, miképp a korosztály „szélesítése” is kívánatos volna.

A fenti korlátok ellenére a minta elemszáma és összetétele biztos alapot ad a nyugat-dunántúli régióban élő 13–17 éves tanulók dohányzási szokásainak bemutatásához.

Az adatok elemzése azt a nemzetközileg is ismert tényt tükrözi, hogy a dohányzással való „ismerkedés”

időpontja többnyire a kamaszkor elejére esik. A kutatás során megállapítottuk azt is, hogy azoknál a tanulóknál, akik szüleikkel harmonikus kapcsolatot ápolnak, alacsonyabb mértékű szerhasználat, dohányzás és dohányzási gyakoriság jellemző. Nem kevésbé fontos az a megfigyelés sem, hogy a fiatalok egyre korábban próbálják ki a dohányzást, annak ellenére, hogy többségük (74,6%) tisztában van a dohányzás egészségre gyakorolt káros hatásával is. Saját egészségük megítélésében ugyanakkor túlságosan is optimisták.

A kapott eredmények célszerűen hasznosíthatók a betegségmegelőzéssel foglalkozó szakemberek körében, és hasznos segítséget nyújthatnak a közoktatásban dolgozó pedagógusok és az ifjúságvédelemmel foglalkozó kollégák számára is. Nem utolsósorban az eredmények publikálása a helyi médiumokban elgondolkodtathatja a korcsoport tagjait dohányzási szokásaikról, egyúttal a szülők számára is fontos támpontul szolgálhat.

Összefoglalás

Az egészségi állapot magyarországi romlása az 1960-as évek közepe óta tart, ennek következtében hazánk egyre jobban lemarad a fejlett egészségi kultúrájú országoktól. Mindezekre tekintettel tudományos érdeklődésünk a serdülő- és ifjúkorúak egészségtudatosságának, alkoholfogyasztásának és dohányzásának, illetve egészséges életmódjának vizsgálata felé fordult. Mindezen feladatok megvalósítása céljából az alapsokaságból vett minta

összeállításánál célunk a reprezentativitás és a véletlenszerűség biztosítása volt. A kutatás során megállapítottuk, hogy azoknál a tanulóknál, akik szüleikkel harmonikus kapcsolatot ápolnak, alacsonyabb mértékű dohányzás és dohányzási gyakoriság jellemző. Nem kevésbé fontos az a megfigyelés sem, hogy a fiatalok egyre korábban próbálják ki a dohányzást.

Kulcsszavak: serdülő- és ifjúkorúak, egészségmagartartás, dohányzás

Summary

The deterioration of health status in Hungary is running since the mid-1960s, resulting that Hungary is behind the developed health cultures – mainly Western European countries. Considering these, our scientific interest turned to the examination of health awareness, drinking and smoking habits, healthy lifestyles, state of health and environmental awareness of adolescents and youngsters. All these tasks to realize, during the set-up of the sample our aim was to provide representativeness and randomness. The research found that those pupils, who have a harmonious relationship with their parents, maintain a lower level (substance use) smoking and smoking frequency characteristic. No less important is the observation that youngsters test the cigarettes more and more early, but they are far too optimistic in assessment their own health.

Keywords: adolescents, health behaviour, smoking

IRODALOM

- Albritton, R.: *Let them eat junk; how capitalism creates hunger and obesity*. Pluto Press, New York, USA, 2009.
- Aszmann A.: *Iskoláskorú gyermekek egészségmagartartása*. Országos Gyermekegészségügyi Intézet–Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest, 2003.
- Baum, A.–Krantz, D. S.–Gatchel, R. J.: *An introduction to health psychology*. McGraw-Hill, New York, 1997.
- Harris, D. M.–Guten, S.: „Health protecting behaviour: An exploratory study.” In: *Journal of Health and Social Behaviour*, 20., 17–29. old., 1979.
- Huszka P.: *A tejtermékfogyasztás szerkezeti változása a vásárlói magartartás függvényében*. PhD-értekezés, Kaposvár, 2006.
- Huszka P.: „A 12–25 éves korosztály környezettudatosságának és táplálkozási szokásainak vizsgálata a nyugat-dunántúli régióban.” In: *Tanulás – tudás – gazdasági sikerek, avagy a tudásmentés szerepe a gazdaság eredményességében*. Tudományos konferencia, 84–88. old., Győr, 2010. április 14.
- Huszka P.–Káldi J.: „Divat vagy védekezési mechanizmus a korai dohányzás?” In: *Válság közben, fellendülés előtt*. Kautz Gyula tudományos konferencia, Győr, 2010. június 1.
- Jessor, R.: „New perspectives on adolescent risk behavior.” In: Cole, Michael–Cole, Sheila R.: *Fejlődéslélektan*. Osiris, 2003.
- KSH: *A KSH jelenti: Gazdaság és társadalom. 2009/1*. <http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xftp/gyor/jel/jel309013.pdf>, 1–2. old., Budapest, 2009.
- Pikó B.: „A társas kapcsolati háló szerepe a dohányzás serdülő-kori előfordulásában.” In: *Népegészségügy*, 81., (2.) 4–11. old., 2000.
- Pintér I.: „Adatok Magyarország népegészségügyi helyzetéhez.” In: *Magyar Tudomány*, 11., 1274–1283. old., 1995.
- Szakály Z.: *Korszerű állati eredetű alapélelmiszerek piacképességének vizsgálata*. Kandidátusi értekezés, Kaposvár, 1994.
- Weinstein, N. D.: „Reducing Unrealistic Optimism about Illness Susceptibility.” In: *Health Psychology*, 2., 11–20. old., 1983.

Az éjszakai pingpongklubok a gyermekvédelem tükrében

Sztankovics Ágnes PhD-hallgató

Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet

1. Bevezetés

A magyar társadalom jövőjét jelentő fiatalok életminőségét számos tényező befolyásolja. Ezek közül is talán a legmeghatározóbb a család, valamint a kortárscsoporthatása.

Mivel otthon a szülők, valamint a gyermek mikro-környezetében megjelenő felnőttek pusztán viselkedésükkel, gondolkodásukkal akarva-akaratlanul befolyást gyakorolnak a gyermekekre, lényeges, hogy már a szülő is sajátjának érezze, fontos és nélkülözhetetlen alapszemléjének tartsa a megfelelő egészségtudatos magatartást. Ehhez azonban szükséges, hogy az emberek felismerjék: az egészség érték, és ennek megtartása érdekében érdemes és kell is változtatni életmódjukon (*Országos Tisztiorvosi Hivatal, 2001*). „A család – a mindennapi élet – az egyén biológiai és szociális reprodukciójának legfontosabb színtere. A családi szokások köréből évszázadok óta kirekedt a testiség kultusza, a fizikai edzettség tudatos, rendszeres kultiválása. A modern civilizáció teremtette viszonyok között az egyén az elmagányosodásra lesz hajlamos – [közömbössé válik] önmaga és mások iránt.” (*Takács F. 1989:3*)

A helyes egészségmagatartás kialakítása pedagógiai feladat, amelyre elsősorban a családi környezetnek, a szülők követendő példaként megjelenő egészségmagatartásának van alapvető hatása (*Mészáros és Simon, 1994*).

A rosszul működő családok esetében a fiatalok látványosan, pillanatnyilag jó megoldásként a menekülést választják, különböző kétes értékrendet közvetítő csoportosulásokhoz csapódnak, ahol is a kortárscsoporthatása hatványozottan érvényesül.

„Az a serdülő, (...), aki nem élvezzi (...) a felbecsül-

hetetlen értékű szeretetet, rendkívül ki van szolgáltatva a külső befolyásnak. Csak akkor tudunk kellően mély hatással lenni kamaszunkra, ha érzi, hogy feltétel nélkül szeretjük és törődünk vele. A fiatalok problémáinak zöme ebben a szeretethiányban gyökeredzik. A gyermek és a kamasz egyaránt azt a személyt fogadja el, azt követi, és arra hallgat leginkább, akiről úgy érzi, hogy a legjobban szereti.” (*Ross Campbell, 1992:44*) Ahogyan növekszik a szocializációs tér az egyén körül, kezdenek megjelenni a családon kívüli negatív, illetve pozitív közvetítő rendszerek, elsősorban a kortárscsoporthatások. „A közösségi tevékenység nagyfokú alkalmazkodóképességet, egymáshoz való tudatos igazodást igényel, ezt csak megfelelő önfegyelmel rendelkező egyénektől várhatjuk el.” (*Biróné, 2004:141*) Mivel a sportolás, a csapatban végzett sporttevékenység közösségi együttműködést feltételez, az egyén számára mindegyképpen építő jellegű csoportmunkát jelent.

Itt kell megemlítenünk a felnőtt társadalom felelősségét, tudatosságát, hiszen csak így lehetséges, hogy a gyermek már otthon, a szülői példamutatás hatására megismerkedjen az egészséges élethez nélkülözhetetlen megfelelő személyes higiéné lehetőségeivel, az egészséges táplálkozással, a nélkülözhetetlen mennyiségű mozgás fontosságával, és lehetősége legyen a megfelelő stresszkezelés, az egészséges életforma lényeges elemeinek elsajátítására. (*Simon, 2006*)

1.1. Preventív sportolás

Az újkori olimpiák atyja, *Coubertin báró* véleménye szerint a sporttevékenység nem választható el az élet más

tevékenységeitől, hiszen eredményeképpen az ember ügyesedik, állóképessége és teherbírása nő, ezzel együtt a sport fejleszti a kezdeményezőkézséget és a felelősségérzetet is. „Miután a sport megköveteli a sportolótól az önfegyelmet, a higgadtságot, megfigyelést (...) hatással van az értelem, jellem és lelkiismeret kialakulására. Ilyenformán az erkölcsi és társadalmi tökéletesbülés egy tényezője.” (Coubertin, 1931:24)

Figyelembe kell vennünk, hogy az egészséget általában a következő négy tényező határozza meg: az egészségügyi ellátás (15%), az öröklött tulajdonságok (20%), a környezeti hatások, társadalmi környezet (30%), valamint az életmód (35%) (Simon, 2006).

Ebből a felsorolásból is kiderül, hogy a lehangsúlyosabb szerepe a szocializációs hatásoknak, mint környezeti tényezőnek, valamint az életmódnak van. Mivel a szocializációs hatás ilyen jelentős mértékű, nyomatékosan fel kell hívni a társadalom figyelmét az egészségtelen életmód mind fizikai, mind mentális szinten történő káros – nem ritka esetben irreverzibilis – hatásaira.

Azokban a családokban, ahol az egészséget és a sportolást értéknek tekintik, a következő generáció nagyobb eséllyel viszonyul pozitívan a fizikai aktivitás valamely módjához, mint ott, ahol a sporttevékenységet csupán haszontalan időpocsékolásnak, fölösleges pénzkidobásnak, az egészséget pedig úri huncutságnak tartják. Az elsődleges szocializációs közeget a család jelenti, ezért elsősorban a szülők hozzáállása, biztató és lelkesítő attitűdje fogja meghatározni a későbbiekre nézve egy adott fiatal egészséghöz és fizikai aktivitáshoz fűződő viszonyának minőségét. Nyilvánvaló, hogy a gyermekek életmódbeli szokásai hatással vannak felnőtt életmódjukra, ezért is kiemelten fontos az ifjúság egészségmegőrző magatartásának vizsgálata. Mivel a felnőtt életmódot jelentősen meghatározzák a gyermek- és ifjúkori hatások, ezért – a családon túl – nagyon fontos a pedagógusok egészséges életmódra történő nevelési tevékenysége.

A MÉSE által szervezett éjszakai pingpongklub családipótló közösség, amely hátrányos helyzetű fiatalok szabadidős tevékenységét szervezi, éjszakai sportklubok formájában. Teszi mindezt azzal a céllal, hogy – alternatív lehetőséget kínálva – hétvége este ne az utcán cselengjenek a 10–25 év közötti fiatalok, hanem – a kábítószerekkel és az alkohollal való ismerkedés helyett – legyen lehetőségük egészségesen, biztonságos közegben, értékesen eltölteni rendelkezésükre álló szabadidejüket. A klub a sporttevékenységen kívül ismerkedési lehetőséget is biztosít a fiatalok számára, valamint szociális igényt is kielégít azzal, hogy minden klubban van meleg tea, szendvics, és – nem utolsósorban – emberi szó.

A kutatást megelőző szakirodalmi áttekintés során világossá vált, hogy hiányoznak azok a felmérések és vizsgálatok, amelyek a gyermekek, fiatalok, fiatal felnőttek éle-

tében a negatív hatások kifejezetten a sport segítségével, a sportoláson keresztül történő kiküszöbölését vizsgálják. Számos tanulmány (Kopp, 1999, Keresztes és mtsai, 2003, Martos, 1997) foglalkozik – akárcsak – érintőlegesen is a sportolás, a megfelelő fizikai aktivitás jótékony hatásával, azonban kevés azon felmérések száma, amelyek a sport személyiségfejlődésre, illetve a reszocializációs folyamatok elősegítésére gyakorolt hatását elemzik (Barna, 1994, Apor, 2003).

Mivel a gyermekvédelemben, valamint a szociális munka eszköztárában igen perifériára szorult helyen áll a sport, mint a prevenció egyik lehetséges eszköze, elengedhetetlenül fontosnak tartjuk, hogy felmérések készüljenek arról, hogy a sport milyen mértékben tudja ellensúlyozni a kortárs csoport negatív hatásait.

2. Módszer

2.1. Minta

A felmérésben a MÉSE által működtetett klubok fiataljai vettek részt. A kérdőíves kutatás során történő adatfelvétel az észak-magyarországi régió két városában indult (Salgótarján, Miskolc). Célunk az volt, hogy az adott régióban működő valamennyi éjszakai pingpongklub összes résztvevője bekerüljön a mintába. Időközben azonban kiderült, hogy vannak települések, ahol – általában pénzügyi okok miatt – már vagy még nem üzemel, vagy éppen szünetel az éjszakai pingpongklub, így az adatfelvételt az adott időszakban éppen működő klubokban végeztem.

A vizsgált időszakban az ország dunántúli, illetve keleti régiójában mindössze egy-egy működő éjszakai pingpongklubot találtam – Nagykanizsán és Debrecenben. Ilymódon elmondható, hogy a minta lefedi a kelet–nyugati országrészt. A kérdőíves kikérdezést Pest megyében folytattam, mivel egyre nyilvánvalóbbá vált, hogy – a pénzügyi bizonytalanság ellenére – vannak stabilan, évek óta folyamatosan működő klubok. Személyesen felügyeltem a kérdőívek kitöltését a Gödön és Leányfalun működő klubokban, valamint Szentendrén, ahol egyben a MÉSE-program székhelye is van.

2.2. Adatgyűjtés

Az információk megszerzéséhez a kérdőíves kikérdezés módszerét alkalmaztam. Az adatfelvételre szolgáló kérdőív önkéntes és anonim volt, a kutatás céljának megfelelően nyílt és zárt kérdéseket tartalmazott. Az adatok feldolgozását SPSS statisztikai program felhasználásával végeztem. A kikérdezés során egy adott csoport – az éjszakai pingpong-program keretében résztvevő fiatalok – véleményét, életmódját, iskolai és szülői

hátterét, szabadidős tevékenységeit, a sportprogramon történő részvételének motivációit vizsgáltam.

A kérdőív első része egy demográfiai kérdéssorból állt (*Falus, 2004*), amely a kutatásban résztvevő személyek háttérének felmérésére szolgált, úgymint nem, kor, iskolai végzettség, családi, anyagi és lakáshelyzet, a szülőkhöz, testvér(ek)hez való viszony, szülői sportolói múlt, az adott fiatal kedvelt szabadidős tevékenysége.

A kérdőív második része a klubbal kapcsolatos kérdéseket tartalmazott. Célom volt felmérni, hogy a kutatásban résztvevő személy honnan szerzett információt a klub létezéséről, valamint, hogy mennyiben változott az élete, problémamegoldó készsége, az agresszióhoz, a szabályokhoz való viszonya azóta, hogy lejár a klubba.

2.3. Adatelemzés

A kutatás keretében 140 db kérdőívet küldtem ki, amelyekből 127 db érkezett vissza. Ezek közül 115 db értékelhető kérdőív analízisét végeztem el. Az eredményeket az összefüggések viszonylatában hasonlítottam össze.

A mintából kiderült, hogy a vizsgált klubokban megforduló fiatalok átlagéletkora 16 év, a legifjabb résztvevő 12, a legidősebb pedig 20 éves volt. A nemek megoszlása szerint az éjszakai sportolók 66 százaléka fiú, 34 százaléka lány.

A visszaérkezett kérdőívek száma, valamint nemek szerinti aránya több szempontból is elgondolkodtató. Dr. Faragó Sándor, közismert nevén Pingpong Doki a program kezdetekor legalább minden megyeszékhelyre, majd minden nagyobb településre álmódott egy „alközpontot”, amelynek feladata a csellengő gyerekek, fiataloké a sport segítségével történő összefogása, közösséggé formálása volt. A pingpongozást kívánta felhasználni arra, hogy a fiatalok távol legyenek a bűnözés melegágyától, a kábítószer-kereskedelemtől, az utcai konfliktusoktól és a törvénybe ütköző cselekedetektől. Gyermekorvos lévén jól ismerte a gyerekeket, és pontosan tudta, hogy a kortárs csoport nyomásának mennyire nehezen tud ellenállni a megfelelő családi háttér nélküli, a világban céltalanul bókászó, elégtelen önbizalommal bíró fiatal. Elképzelése szerint a program elsősorban motiválatlan, könnyen befolyásolható, cél nélküli, szabadidejével mit kezdeni nem tudó, a kudarcot nehezen tűrő, rossz anyagi körülmények között élő, szociálisan hátrányos helyzetű, iskolázatlan, sportolást elutasító szülők kifejezetten veszélyeztetett gyermekei számára indult.

Ebből adódóan a kérdőíves felmérés során rákérdeztem a kérdőívet kitöltő fiatal szüleinek a sporthoz való hozzáállására, a felmérésben résztvevő fiatal klubba való lejárásának körülményeire (idő, motiváció, rendszeresség), valamint a játék és a győzelem kapcsolatára.

A klubba való lejárás ideje

A fiatalok bevallása szerint szüleik gyakorlatilag valamennyien (98,2%) tudnak arról, hogy gyermekeik részt vesznek az éjszakai pingpong-programon, és ennek a szülők örülnek is (97,2%). A fiatalok szűk harmadának (30,3%) a testvére is jár a klubba, de a válaszadók felének a testvére nem jön le. Ennek – jelen kérdőíves adatfelvétellel nem ellenőrizhető – magyarázata lehet, hogy a testvérek olyan fiatalok, hogy a szülők nem engedik el őket. A válaszadók kétötöde ugyanis elsőszülött, átlagéletkoruk 16 év. (*1. táblázat*)

A klubról a döntő többség kortársaitól – barát/nőtől, osztály- vagy iskolatárstól, testvértől és „havertól” – hallott. A nem kortársi hírforrást leginkább a férfi nevelők alkotják, legyen az apa, nevelőapa vagy nagybácsi (összesen 13 említés), illetve tanár (6 említés), főleg a testnevelő-tanár. A debreceni válaszadók közül hárman a gyülekezetet nevezték meg hírforrásként. (A MÉSE debreceni klubját a református egyház működteti, rajtuk keresztül kaptak a fiatalok tájékoztatást.)

A felmérésből kiderült, hogy a szülők bő harmada (36%) most is sportol, négyötödük (79,3%) pedig valamikor sportolt.

Az *1. ábra* azt mutatja, hogy a válaszadók mióta járnak a klubba. Az adatok szerint a fiatalok több mint fele már legalább fél éve jár oda, sőt, közel harmaduk már több éve. Arról, hogy szeretnek oda járni, 93,5 százaléuk nyilatkozott. A válaszadók döntő többsége (85%) legalább havonta két hétvégén jön (*4. ábra*), de kétharmaduk minden szombaton itt van.

A klubba való lejárás motivációi

Arra a kérdésre, hogy pontosan miért szeretnek a klubba lejárni, a választ a *2. ábra* mutatja. A feleletek, illetve az eredmények alapján arra következtethetünk, hogy az éjszakai pingpongklubba való lejárás elsősorban a fiatalok testi és lelki *biztonság* iránti igényét elégíti ki. Ezek mellett eltörpül a szórakozásra való igény, mivel barátaikkal valószínűleg máshol is találkozhatnak, hisz többségük még iskolába jár, illetve – ahogyan azt kedvenc időtöltéseik elemzésénél láttuk – sportolni máshol is tudnának. Összességében a klubban uralkodó légkört csak a válaszadók fele tartotta jónak, választásra „méltónak”.

A kérdőív adatainak elemzésekor szembevetődött ugyanakkor, hogy a biztonságra utaló válaszadási lehetőségek mind 80 százalékos körüli értéket kaptak, vagyis ezeket ötből négyen megjelölték. Külön megfontolandó és sokatmondó az is, hogy az „itt meghallgatnak” válaszlehetőségre is hasonló arányban reagáltak a fiatalok. A válaszadók középosztálybeli és tanulói háttére magyarázatul szolgálhat erre: szüleik és tanáraik tisztá-

1. táblázat

A 20 éves és annál fiatalabb válaszolók száma, nemenkénti aránya és életkori adatai lakóhely szerinti megosztásban

Lakóhely	Válaszolók száma	Fiú-lány arány %	Életkor			
			Min.	Max.	Átlag	Std. Dev.
Salgótarján	20	45:55	15	20	16	1,97
Miskolc	8	88:12	13	19	18	2,07
Debrecen	26	58:42	12	16	14	0,83
Nagykanizsa	15	80:20	13	19	16	1,66
Leányfalu	12	67:33	15	20	18	1,62
Göd	22	59:41	12	18	15	1,22
Szentendre	12	100:0	13	20	16	1,98
Összesen	115	66:34	12	20	16	2,09

ban vannak a fiatalokra leselkedő veszélyekkel, s az erre való figyelemfelhívás be is épült szocializációs folyamatukba, mi több, ezt a jelek szerint a fiatalok meglehetősen jól internalizálták is.

A klubba való lejárás rendszeressége

Játék vagy győzelem?

A válaszolók 77 százaléka szerint a játék a fontos. (A többség korábban is hasonlóképp vélekedett erről: „Maga a játék. Maga a játék az élvezet. Nem a győzelem a fontos...”) A felmérésből kiderült, hogy a pingpongasztal melletti összecsapások során a játék, maga a mérkőzés az, ami számít, a győzelem nem fontosabb, mint a részvétel.

4. Következtetések

Az elemzett szakirodalom alapján megállapítható, hogy a kortárs csoport negatív hatásait kiküszöbölő, és a sportot prevencióként alkalmazó programok száma viszonylag csekély (Pl. *Baráti Bőrlabda Egyesület*). Ennek feltételezett oka lehet a stabil finansziális háttér hiánya, valamint a tájékozatlanság. Tanulmányunkban e terület feltárásával és elemzésével kívántuk szélesebb körben ismertté tenni a sport által kínált hatékony prevenciók lehetőségeit alkalmazását. A felmérést az ország különböző megyéiben működő éjszakai pingpongklubokban végeztük. Az eredmények ismertetésénél a kérdőívet kitöltő fiatal szüleinek a sporthoz való hozzáállására, a felmérésben résztvevő fiatal klubba való lejárásának körülményeire, valamint a játék és a győzelem kapcsolatára fókuszáltunk.

A kérdőívek adatainak elemzése során nyilvánvalóvá vált, hogy a válaszadó fiatalok szülei számára fontos

a sportolás, megközelítőleg harminchárom százalékuk ma is sportol. Az adatok szerint a fiatalok több mint ötven százaléka legalább fél éve látogatja a klub éjszakai mérkőzéseit, közel harminc százalékuk már több éve. A válaszadók jelentős többsége havonta legalább két alkalommal jön, de kétharmaduk minden szombaton itt van. A válaszadók több mint kétharmada nyilatkozott úgy, hogy a játék fontosabb, mint a győzelem.

Összességében tehát a felmérésből kiderült, hogy a válaszoló fiatalok szülei pozitívan állnak a sporthoz, többségük kifejezetten örül annak, hogy gyermeke részt vesz a *MÉSE* programjain. Az eredmények ismeretében elmondhatjuk, hogy Magyarországon az éjszakai pingpong meglehetősen népszerű, ami a klubban eltöltött időt és a lejárás gyakoriságát illeti. A fiatalok elsősorban a klubban megtapasztalt biztonság és elfogadás érzéséért járnak a *MÉSE* szervezte programokra, ahol olyan támogatást kapnak, amelyet otthon nem.

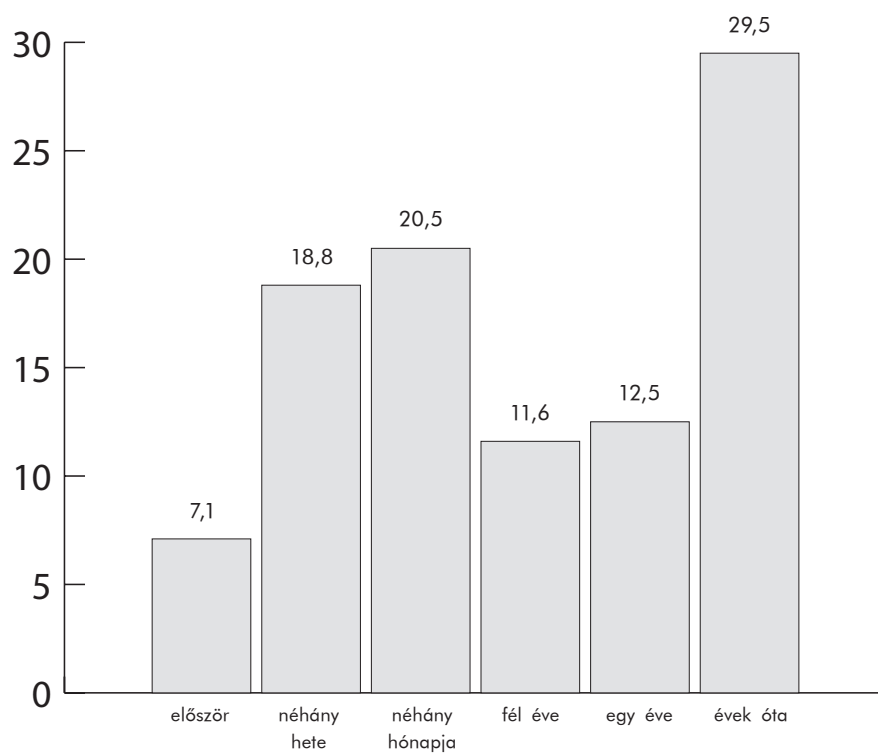
Az amerikai szakirodalom alapján feltételezhető volt, hogy Magyarországon is a hátrányos helyzetű, kudarcot, vereséget nehezen tűrő fiatalokat találja meg az éjszakai pingpongozás lehetősége, azonban a vizsgálati eredmények azt mutatják, hogy a *MÉSE* által szervezett, biztonságos időtöltést és szórakozást nyújtó sportmérkőzések résztvevői középosztálybeli szülők gyermekei, akik a játékot és az azzal járó vetélkedést preferálják a győzelemmel szemben. A felmérés során az is nyilvánvalóvá vált, hogy szabadidős elfoglaltságaik értékesebb és színesebb palettát mutatnak, mint azt az amerikai minta alapján gondoljuk.

Összefoglalás

A gyermekvédelem területén, a szociális munka eszköztárában kínálatában nem szerepel a sport, mint preven-

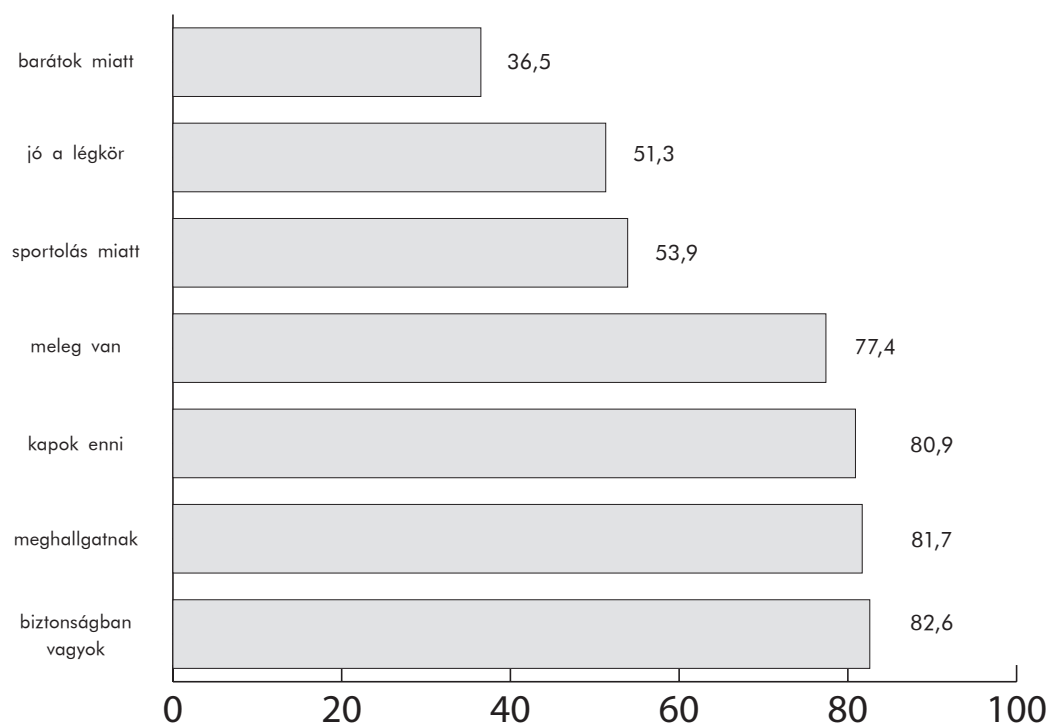
1. ábra

A 20 éves és fiatalabb válaszolók klubba járási ideje százalékos megoszlásban



2. ábra

Amiért szívesen járnak a klubba, százalékos megoszlásban (többet is választhattak)



ciós eszköz, pedig közismert, hogy a rendszeres testedzésnek jelentős szerepe van a betegségek megelőzésében. A fizikai aktivitás csökkenti az agressziót, hozzájárul a megfelelő stresszkezelés elsajátításához, az egészségesebb személyiség kialakulásához, valamint a konfliktuskezelés eredményesebbé tételéhez is. Mivel a fiatalok egyre kevesebbet sportolnak, ebből adódóan életminőségük, stressztűrő képességük, iskolai teljesítményük, szociális készségük romlik, közösségbe kerülve képtelenek az adott csoport szabályaihoz történő igazodásra, mindez pedig túlmutat a jelenen, befolyást gyakorolva a jövő társadalmára is.

Tanulmányunk azt vizsgálja, hogy a sport, mint gyermekvédelmi prevenció eszköz, hogyan és milyen körülmények között képes csökkenteni a kortárs csoport negatív hatásait.

A felmérésben a *Magyarországi Éjszakai Pingpong Sportegyesület* – a továbbiakban *MÉSE* – által működtetett éjszakai pingpongklubokba lejárá fiatalok vettek részt. A *MÉSE* amerikai mintára alakult nonprofit szervezet, amely prevenció céljával szervez éjszakai pingpongbajnokságokat. Az USA tagállamaiban működő éjszakai sportprogram, amelyet az elszegényedett, perifériára szorult családok, sportolást elutasító szülők lehetőség és motiváció nélküli, utcán csellengő, veszélyeztetett gyermekei számára szerveznek, többek között alapvető szocializációs hiányosságokat pótol. Közösségtanteremtő

tevékenysége révén megóvj a fiatalokat az utcai csellenéstől, a törvénybe ütköző cselekedetektől, a sportoláson keresztül játék- és szabálytiszteletre, valamint a másik emberre való odafigyelésre tanítja őket.

Mivel a családi háttér, illetve a kortárs csoport hatása jelentős mértékben meghatározza az adott fiatal rendelkezésére álló szabadidő eltöltésének módját, sportoláshoz való viszonyát, ezért *a programban résztvevő fiatalok szüleinek sporthoz történő hozzáállását, az adott fiatal klubba való lejárásának körülményeit, valamint az adott fiatal életében a játék és a győzelem kapcsolatát is vizsgáltuk.*

A felmérés során kiderült, hogy a klubban megforduló fiatalok szülei sportszeretőek, közel egyharmaduk ma is sportol, jelentős részük tud róla és örül annak, hogy gyermeke az éjszakai pingpong-program aktív résztvevője. A válaszadók több mint harminc százaléka évek óta látogatja a klub versenyeit. A fiatalok elsősorban a klubban megtapasztalt biztonság és elfogadás érzéséért járnak a *MÉSE* szervezte programokra.

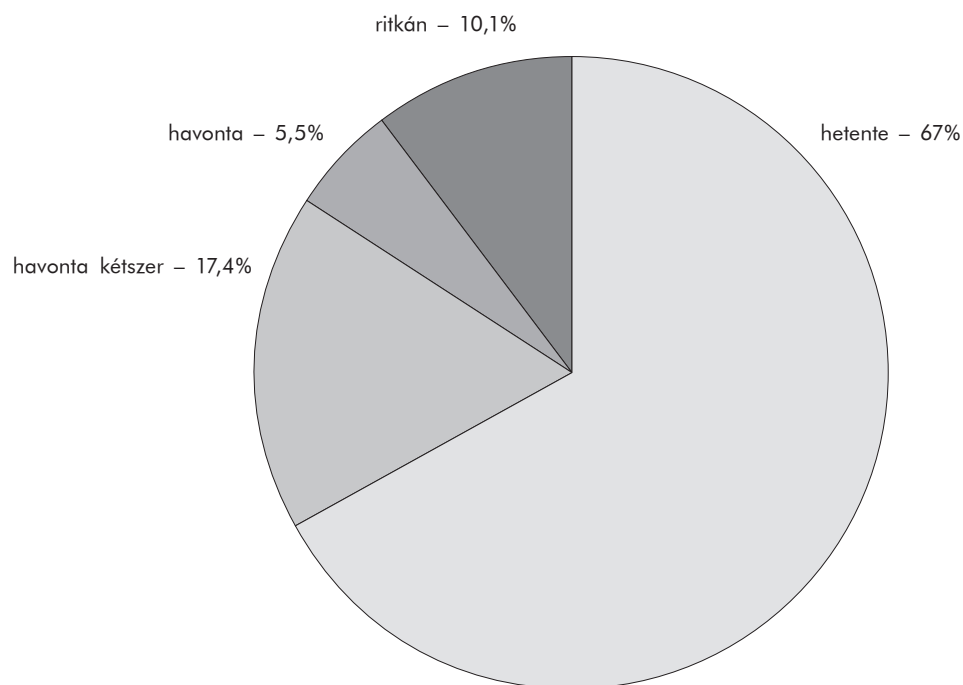
Kulcsszavak: kortárs csoport, egészségre való nevelés, győzelem, játék, gyermekvédelem, stressz, prevenció.

Summary

Sport is not among the preventive means of child welfare, although it is well known that regular exercise pre-

3. ábra

A klubba való lejárás rendszeressége, százalékos megoszlásban



vents illness; physical activity diminishes aggression, facilitates the attainment of stress reduction, the development of a healthy personality, and the effectiveness of conflict resolution. Due to fewer physical activities, however, the youth's life quality, stress tolerance, level of school achievement and social capabilities decline. They are less able to accommodate to community rules. All of these problems influence not only the present of individuals, but also the future of a whole society.

Considering sport as a preventive means of child protection, this study examines how and under what circumstances sport can diminish the negative effects of peer groups.

The questionnaire survey asked young people participating in the *Hungarian Midnight Table Tennis Sport Association (MÉSE)* which organizes nightly ping-pong championships for preventive purposes. *MÉSE* was founded on the example of the *North American Midnight Basketball League* providing the motiveless, straggling children of poor, socially excluded families with

socialization and community and thus preventing them from street loafing and criminal activities. Through the regular physical activity, *MÉSE* teaches young people to observe rules and pay attention to the needs of others.

Family background and the effects of peer groups determines significantly the youth's way of spending leisure time, attitude towards sport, consequently, *the survey probed the parents' attitude towards physical activity, the circumstances in which the youth participate in MÉSE, and the relationship of play and winning in the youth's life.*

The results indicate that the parents of *MÉSE* participants like sport, a third of them are still exercise regularly, and most of them are aware of and happy about their children's participation in *MÉSE*. More than 30 percent of the responding youth have participated in the championships for several years. The youth prefer *MÉSE* programs for the feelings of safety and acceptance.

Keywords: peer groups, health education, winning, play, child protection, stress, prevention

IRODALOM

- Apor Péter (2003): „Véd a fizikai aktivitás.” In: *Magyar Orvos*, 3. 35–36. old.
- Barna Mária (1994): „A magyar gyermekek életmódja.” In: *Sportorvosi Szemle*, 4. 201–211. old.
- Biróné (2004): *Sportpedagógia. Kézikönyv a testnevelés és sportpedagógiai kérdéseinek tanulmányozásához*. Dialóg Campus Kiadó, Budapest–Pécs.
- Campbell, R. (1992): *Nehéz évek*. Harmat Kiadó, Budapest.
- Coubertin, P. (1931/c): *Sportpedagógia*. Kovács Rezső, a fordító kiadása, Budapest.
- Falus Iván (2004): *Bevezetés a pedagógiai kutatás módszereibe*. Műszaki Könyvkiadó, Budapest
- Keresztes Noémi–Pluhár Zsuzsa–Pikó Bettina (2003): „A fizikai aktivitás gyakorisága és sportolási szokások általános iskolások körében.” In: *Magyar Sporttudományi Szemle*, 4. 43–47. old.

- Kopp Mária (1999): „A mentálhigiénés megelőzés alapelvei.” In: *Népegészségügy*, 2. 4–21. old.
- Magyarország lakosságának egészségi állapota 1999*. Országos Tisztiorvosi Hivatal, 2001.
- Martos Éva (1997): „A testedzés jelentősége gyermek- és serdülőkorban.” In: *Sportorvosi Szemle*, 1. 5–20. old.
- Mészáros Judit–Simon Tamás (1994): *Egészségnevelés*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Simon Tamás (2006): „Az egészségérték-gazdálkodás kialakítása mint elsődleges egészségfejlesztési feladat.” In: *Egészségfejlesztés*, 1–2., 2. old.
- Takács Ferenc (1989): „Testnevelés és életmód. 3. Melléklet.” In: *F Közlemények*.
- www.amblp.com. Handbook of Midnight Basketball Program*. 3. oldal. (Utolsó hozzáférés: 2012. október 7.)



Kerékpárral munkába

Csizmadia Péter, Köteles Gábor

Országos Egészségfejlesztési Intézet

1. Bevezetés

A kerékpár a legsokoldalúbb közlekedési eszköz, a lehető leghatékonyabb jármű, hogy egyszerűen, kényelmesen eljussunk A pontból B pontba. Az emberek az utóbbi időben egyre inkább felismerik a kerékpározás pozitív hatásait, jobban terjed, és újra divatba jön ez a közlekedési forma.

A kerékpáros munkába járás mind a társadalom, mind a munkáltató, mind a munkavállaló számára különösen hasznos. E tények ismeretében fontosnak tartjuk a munkába való kerékpározás terjesztését, ösztönzését. A munkavállalók előnyei többek közt a rendszeres testedzés és annak egészségre gyakorolt pozitív hatásai, a forgalmi akadályokból eredő késések kisebb száma, a szabadabb, rövidebb távon gyorsabb közlekedési lehetőségek, az intermodalitás (közlekedési eszközök kombinációja) és a környezettudatosság. A munkáltató részéről a költségesökkentési lehetőségek, a munkahelyi egészségfejlesztésből, az egészségesebb munkavállalókból eredő előnyök a velejárói a kerékpárral történő munkába járásnak. A kerékpározás hozzájárul a város fejlődéséhez. Amellett, hogy remek közlekedési eszköz, hatásai érezhetőek a társadalmi összefogásban, a közlekedésfejlesztésben. Mint a motorizált közlekedés alternatívája, csökkenti a zsúfoltságot, a légszennyezettséget és a zajterhelést, hozzájárul a környezet védelméhez.

Az alábbiakban kifejtettek nagy mértékben támaszkodnak *Kiss-Dobronyi Bence és Torda Ádám: A kerékpárral történő munkába járás ösztönzése vállalati környezetben* című dolgozatára.

2. Érvek a kerékpározás mellett

2.1 A kerékpározás egészségi állapotra gyakorolt hatásai

A kerékpározásnak számos egészségre gyakorolt pozitív hatása ismert. Javítja a szív- és érrendszer állóképességét, gazdaságossá teszi a szív munkáját, fokozza a szervek vérellátását, ezáltal oxigenizációját, javítja a légzőrendszer munkáját és az anyagcsere-paramétereket, vagyis csökkenti a vérzsír (triglicerid) szintjét, emeli a védő-koleszterin (HDL) szintjét, fokozza a cukortoleranciát, és hosszasan sorolhatnánk. Hatásai miatt nem csak az egészségmegőrzésben, hanem bizonyos betegségek kezelésében is kulcsszerepet tölt be, annál is inkább, mivel kerékpározni

szinte mindenki tud, és mert igen alacsony, szinte különösebb erőfeszítést nem igénylő intenzitáson is gyakorolható. A szívinfarktuson átesett betegek rehabilitációjában, valamint az elhízás kezelésében is rendkívül fontos szerepet játszhat ez a testedzési forma.

Már napi fél óra kerékpározás is jelentősen növeli az állóképességet, mindemellett kíméli az ízületeket, de a test összes izmát megmozgatja. A biciklizés az aerob mozgásformák közé tartozik. Ez azt jelenti, hogy a kerékpározás során ugyanaz a mozdulatsor egymás után ismétlődik, a mozgás dinamikus, vagyis oxigén jelenlétében megy végbe.

Amikor a kerékpározás egészséges voltáról beszélünk, sokszor felmerül az a kérdés, hogy a levegő szennyezettségének biciklizés közben elszenvedett negatív



hatásai nem nőnek-e túl a pozitív hatásokon. Ennek a kérdésnek a tisztázására több tanulmány is vállalkozott már. Mi elsősorban egy Koppenhágában készült kutatást emelnénk ki. Ennek konklúziója szerint a hatások úgy ellensúlyozzák egymást, hogy – a kutatás ideje alatt – az adott környezetben élők közül azok körében, akik nem biciklivel jártak munkába, 39%-kal magasabb volt a halálozás aránya. Ugyan – a kutatás jellegéből adódóan – csak egy kisebb környezetre koncentrált, de hasonló következtetésekre jutottak mind Barcelona, mind Hollandia tekintetében.

Egy 2009-es, 2 400 munkavállaló fizikai állapotát vizsgáló tanulmány szerint az aktív (kerékpárral vagy gyalog) munkába járók fittebbek, vékonyabbak, megfelelőbb a vérnyomásuk, az inzulin- és koleszterinszintjük, mint azoknak, akik a munkába járás inaktív formáit választják.

Nem elhanyagolható az sem, hogy a fitt munkavállalók toleránsabbak a stresszre, miközben kevésbé fáradékonyak és az alvási problémák is kevésbé jelentkeznek náluk.

A legújabb skandináv tanulmányok bebizonyították, hogy a kerékpározás egészségjavító hatása anyagiakban is kifejezhető. A becslések szerint a biciklizés kilométerenként 0,15 euró (37,- Ft) nettó egészségügyi hasznot hoz. Egy finn közlekedéstervezési szakkönyv szerint az egészségjavulás minden új, kerékpárral közlekedő által 1.200,- euró (295.000,- Ft) bevételt eredményez évente.

A 185 000 lakosú dán Odensee városában, egy négyéves projekt keretében 20 százalékkal növelték a kerékpárral közlekedők arányát. A projekt végén a helyi városvezetés megállapította, hogy a program költségei csupán a kórházi ágyak számának csökkentésén keresztül is kifizetődek.

2.2 A környezetterhelés csökkentése

A kerékpározás a környezettudatossághoz, a környezetvédelemhez messzemenően kapcsolódik. Nem okoz zajszennyezést, kevesebb helyet foglal és emellett a széndioxid-kibocsátás csökkentésében is fontos szerepe van. Egy e-misszióval kapcsolatos kutatás a komplett életfolyamatokat vizsgálva arra a következtetésre jutott, hogy a kerékpárosok 21 gramm, az autósok átlagosan 271 gramm, a tömegközlekedés járművei pedig átlagosan 101 gramm széndioxidot bocsátanak ki fejenként egy kilométer megtétele alatt.

Minden olyan városnak, amely a fenntarthatóság felé kíván elmozdulni, fontos, hogy a fosszilis erőforrások felhasználása és a mérgező gázok kibocsátása csökkenjen. Ha kisebb távolságokra autó helyett kerékpárt használunk, a széndioxid-kibocsátást 3–4%-kal csökkenthetjük.

Az autós közlekedés okozta légszennyezés és az ebből adódó egészségügyi és egyéb károk költsége négy-öttszöröse annak, mint amennyibe a kerékpáros infrastruktúra fejlesztése kerül.

2.3 Pozitív hatások a városi közlekedésre

A kerékpár 7 km alatti utakra kiváló, az elektromos kerékpár akár 15 kilométeres távra is megfelel. Ez azt jelenti, hogy a kerékpáros az otthona körüli 150 km²-t könnyedén bejárhatja. Általánosságban elmondható, hogy városban az autóval megtett távolságok fele 5 km alatt van. A párizsi polgárok 80%-a nem tesz meg 20 kilométernél többet egy átlagos héten. Ez is bizonyítja, hogy a kerékpározás a hétköznapi közlekedés hatalmas részét lefedheti.

A kerékpár kisebb városi távolságokon gyorsabb, mint egy autó. A városokban a hosszú sorokban, lassan araszó autók és a közöttük, mellettük vígan gördülő biciklik látványa Magyarországon is megszokottá vált. Európában az autóval megtett utak 30 százaléka 3 km-nél, 50 százaléka pedig 5 kilométernél rövidebb. Ezen a távolságon – a parkolóhely keresésével töltött időt is beleszámítva – gyorsabb a kerékpár.

Az időtakarékoság pedig pénz jelent a gazdaságnak, a cégeknek, jobb életminőséget az embereknek. A torlódások miatt elvesztegetett idő- és termelőkiesés Londonban évente több 10 Mrd euróra rúg, és nincs ez másképp Budapesten sem.

Érdemes azt is figyelembe venni, hogy azonos (3,5 m) keresztmetszeten 2 000 (többségében egy főt szállító) autó tud áthaladni átlagos városi környezetben, míg a 14 000 kerékpáros hétszeres áteresztőképességet jelent (jármű/óra). Tehát a kerékpározás nem csak idő, hanem helytakarékos is, amely a szűk utcájú történelmi településeken egyedülálló előny.

Fontos látnunk, hogy a kerékpározás bizonyos alapvető, egyértelmű hasznokat von maga után. Ilyen például a rugalmasság. A kerékpárral közlekedők a tömegközlekedéssel szemben nem kötöttek bizonyos indulási időkhöz. Ezt azért lényeges, mert a munkahelyi késések leggyakrabban megjelölt okai a közlekedési nehézségek. Így a kerékpárosok haladása dugók esetén könnyen gyorsabb lehet, mint egy autóé. Egy átlagos kerékpáros sebessége az *Amerikai Kerékpárosok Szövetsége* szerint körülbelül 10 mérföld óránként, ami körülbelül 16 km/h-nak felel meg.

A kerékpározás nagyon autonóm, független. A kerékpár szinte bármikor, bármilyen útvonalon használható. Ilyen értelemben éppolyan jól alkalmazható, mint az autó, és nem olyan kötött, mint a közösségi közlekedés. A kerékpár egy rugalmas, „ajtótól-ajtóig” használható közlekedési eszköz. Könnyű felpattanni rá és leszállni, megállni, útirányt változtatni és leparkolni.

1. táblázat

Költségek az egyes közlekedési formák esetében Budapesten

Lakóhely	Egyszeri beruházás	Fenntartási költség	Időköltség
Kerékpár	kerékpárvásárlás, kiegészítők vásárlása (kb. 100 eFt)	szervizelés (kb. évi 20 eFt)	16 km/h
Személygépkocsi	személygépkocsi vásárlása (kb. 3 millió Ft)	üzemanyag (kb. 54 eFt–2500 km), szervizelés (kb. évi 20 eFt), engedélyek beszerzése	22,3 km/h
Tömegközlekedés	éves bérlet vásárlása (kb. 120 eFt)	nincs	21,5 km/h

(a számítás a következő módon történt: 250 munkanappal és átlagosan 10 km-es oda-vissza úttal számolva a munkahely és a lakóhely között: 2500 km. 95-ös benzin átlagára (2012.03.18.) 430,- Ft/liter; normál feltételezett fogyasztás 5 l/100 km városban)

A kerékpározásnak és a megszakítatlan villamosvonalaknak van a legbiztosabban tervezhető menetideje a városi környezetben, ugyanis ezeket nem érinti a dugó, mint az autós vagy a közösségi közlekedést. Így a kerékpáros pontosabb és nem vesztegeti az idejét.

2005-ös adatok szerint mind az európai nagyvárosok, mind Budapest mutatószámai szerint a gépkocsival történő közlekedés csak korlátozottan képes az igények kielégítésére. Az is kiderül, hogy 2005-ben a budapesti közlekedés csúcspontban számolt átlagsebessége személygépjárművek esetében 22,3 km/h, míg tömegközlekedés esetében 21,5 km/h volt.

A közlekedési előnyök tárgyalásánál meg kell említeni a közlekedési eszközök közötti intermodalitást. Figyelembe véve a magas parkolási árakat, az intermodalitás személygépkocsi esetében megkérdőjelezhető. Az *Európai Bizottság* számára készült jelentés alapján például Budapesten (de említhetnénk Londont, Madridot vagy akár Prágát is) 1 óra parkolás annyiba kerül, mintha 5 km utat tennénk meg személygépjárművel.

Nagyobb távolságokra való közlekedésnél a kerékpár kiváló „ráhordó” eszköze a közösségi közlekedésnek (gondoljunk a vonatra vagy a HÉV-re). Kis mérete miatt a közlekedési csomópontok kerékpárral való megközelítése sokkal könnyebb, hatékonyabb.

A kerékpár kicsi, könnyű, tiszta és csendes. Könnyű vezetni, kezelni, parkolni, lényegesen könnyebb fenntartani és szerelni, mint a személyautót. Kevés helyet igényel: egy 2 méter széles kerékpárút óránként 2 000 embert képes „szállítani”, míg egy három és fél méter széles autópálya ugyanekkora a teljesítménye. A 30 km/h vagy alacsonyabb maximális sebességű utakon nem igényel külön területet, hiszen a motorizált járművekkel azonos helyen is haladhat.

Koppenhágában a kerékpárt alapvető eszköznek tartják a lakóbarát város kialakításában. Habár az autó néhányuk számára még mindig státusz-szimbólum, az életminőséget, környezetük élhetőbbé tételét a lakosok egyre inkább az autók számának és sebességének csökkentésében látják. A legtöbb európai polgár a városi közlekedést elviselhetetlennek (22%) vagy alig elviselhetőnek (54%) tartja. Ráadásul a forgalomcsillapítást követően a lakástulajdonosok igen jó néven veszik ingatlanjaik értékének növekedését. A forgalomcsillapítást lehet kombinálni kerékpárral, akár úgy, hogy az autópálya elkerüljük, akár úgy, hogy a sebességet 30 km/órán rögzítjük. Kutatások igazolják, hogy a forgalomcsökkentés hatására (ahol többen gyalognak és kerékpároznak) csökken a balesetek száma is.

2.4 A legolcsóbb közlekedési eszköz

Még egy alapvető kérdés: olcsóbb-e biciklivel közlekedni, mint autóval vagy tömegközlekedéssel? Itt egy érdekes számítás közlünk *Kiss-Dobronyi Bence és Torda Ádám* dolgozatából. A szerzők az egyszerűsítés kedvéért háromféle költségtényezőt vettek figyelembe: 1. az egyszeri beruházási díjat, 2. a fenntartás költségeit, 3. az idő- vagy alternatíva-költséget. (1. táblázat)

Egyértelműnek tűnik, hogy a tömegközlekedés évente megújuló beruházási költségével hosszú távon elmarad a másik két opciótól, habár rövid távon a legjobb megoldást jelentheti. A személygépkocsi esetében nagy beruházási költségről és napjainkban már nagy fenntartási költségről beszélhetünk, cserébe az időköltségnek hoznia kéne az „egyenlítés” lehetőségét. Azonban a budapesti közlekedésben ez az érték alig 40%-kal haladja meg a kerékpáros közlekedés értékét. Ezek után egy

vázlatos számítással (feltételezzük, hogy az amortizáció azonos mértékben történik gépkocsi és kerékpár esetében, továbbá eltekintünk a gépkocsi üzemanyagon és szervizelésen felül jelentkező költségeitől, évi 2 500 km közlekedést feltételezve) kimutatható, hogy:

Évi költségek személygépkocsi esetében:

20 eFt + 54 eFt = 74 eFt

átlagsebesség városban 22,3 km/h;

112 óra közlekedés

Évi költségek kerékpár esetében:

20 eFt; átlagsebesség városban 16 km/h;

156 óra közlekedés

A számítás alapján tehát elmondható, hogy az autósok átlagosan 1.227,- Ft/óra prémiumot fizetnek a gyorsabb sebességért. A szerzők hozzáteszik, hogy ez a sebesség a kötött út adta korlátokat figyelembe véve valójában talán nem is gyorsabb. A számítások korlátozottak lehetnek, azonban valóságtartalmukat alátámaszthatja az is, hogy egyes vélemények szerint havi bruttó 500 eFt kereset alatt nem éri meg a személygépjármű használata Budapesten.

A kerékpározás támogatja a helyi gazdaság fejlődését. A kerékpározásba fektetett pénz megtakarítást jelent az autós infrastruktúrába való befektetéshez viszonyítva. Egy kerékpár parkolóhelyének költsége 5%-a egy autónak. A kerékpározás a városi gazdaságra is jó hatással van, hiszen javítja a városközpontban és a lakónegyedekben levő kereskedelmi egységek életképességét. Ez azért van így, mert a kerékpárosok számára a közelben lévő üzletek könnyen elérhetőek, nem úgy, mint autós társaiknak, akik a távoli, parkolóval rendelkező boltokat részesítik előnyben.

A kerékpározás egy város marketingjében is jelentős szerepet játszhat. *Richard Florinda* neves amerikai városkutató szerint a kerékpárosok a lakóközösség kreatív életmódot folytató tagjai. Ez azt jelenti, hogy ha városunkba kreatív lakókat szeretnénk vonzani, akik a gazdasági fejlődés motorjai, fejlesztenünk kell a kerékpáros közlekedést. A kerékpározás egyre divatosabb, az életstílust kiszolgáló designerek is megerősítik ezt (pl. Párizs a közösségi kerékpározás bevezetésével rengeteg publicitást kapott.) A kerékpározás a látogatóknak és a turistáknak egyaránt vonzó lehet, hiszen olcsón, egyszerűen és a sétálásnál gyorsabban biztosítja egy város bejárást. Nem véletlen tehát a kerékpáros, vezetett városnéző túrák népszerűsége és a közösségi kerékpár-rendszerek elterjedése sem.

3. Kerékpárral munkába

Ebben a fejezetben a kerékpáros munkába járás vállalatokat érintő hatásait vesszük sorra, alátámasztva, hogy ennek alacsony befektetés mellett számtalan előnye lehet.

A hatások az alábbiak szerint csoportosíthatók:

1. A munkavállalók egészségi állapota (ami a munkavállaló és munkáltató szempontjából is pozitív hatás)
2. Költségek
3. CSR (vállalati társadalmi felelősség vállalás), környezettudatosság és a hozzá kapcsolódó PR

3.1 A munkavállalók egészségi állapota és a megtakarítható költségek

Ahogy már bemutattuk, a munkavállalók egészségi állapota a rendszeres kerékpárhasználat következtében jelentősen javulhat. Ez vállalati szinten is pozitív hatást fejt ki, hiszen a munkavállalók – jobb egészségi állapotukból adódóan – kevesebbet hiányoznak, kevésbé fáradékonyak, nagyobb lehet a munkabírásuk.

A dolgozók egészségi állapota számokban is kifejezhető előnnyel jár a vállalat számára. Az elhízott dolgozók a tengerentúlon többször számolnak be alacsonyabb teljesítőképességről, amely számítások szerint az Egyesült Államok vállalatainak több mint 42,49 milliárd dollárjába kerül évente.

A munkabírás szempontjából más hatások, például a dolgozók jobb stressztűrése és nagyobb munkabírása sem elhanyagolható. Egy kutatás arra az eredményre jutott, hogy aki kerékpárral jár munkába, átlagosan 15%-al kevesebb napot hiányzik munkahelyéről, mint inaktív társai.

Az Egyesült Királyságbeli kerékpáros munkavállalók esetében ez 1,3 nappal kevesebb betegszabadságot jelent évente.

Számítások szerint ez a teljes gazdaság számára évi 128 millió font, a következő 10 évre vetítve további 1,6 milliárd font megtakarítását eredményezheti.

A kerékpáros közlekedéssel a cégek a parkolási költségeket és az elvárt parkolóhelyek számát is csökkenthetik. Egy Baltimore térségére készült munkáltatói ajánlás alapján az itt elért megtakarítás akár 6 000 dollár is lehet éves szinten, de a céges autók esetében is jelentős költségcsökkentés érhető el.

Mivel a dugók és a forgalmi torlódások könnyebben elkerülhetők egy kerékpáros számára, így egy kerékpárral közlekedő dolgozó pontosabban érkezik a munkahelyére, márpedig ez jelentős anyagi hasznot is jelenthet. A késéssel érkező munkavállaló ugyanis a vállalatnak súlyos összegekbe kerül. *Diana DeLonzor* szerint ez az összeg az Egyesült Államokban az évi 3 milliárd dollárt is elérheti, ennyibe kerülnek a vállalatoknak a kiesett munkórak. Ha emellett figyelembe vesszük azt is, hogy a leggyakoribb indok a késésre a közlekedéshez kapcsolódik, akkor nyugodtan kijelenthetjük, hogy a kerékpározás hozzájárulhat a vállalat költségeinek csökkentéséhez.



3.2 CSR, környezettudatosság és a hozzá kapcsolódó PR

Porter és Kramer a közlekedés megváltoztatását, így a csökkenő CO² kibocsátást CSR-elemként írják le.

A CSR sokszor szorosan illeszkedik a marketinghez és a vállalati PR-feladatokhoz. A leírt előnyökre alapozva a vállalat a megfelelő PR-használattal képessé válik fenntarthatósági törekvéseiből pozitív üzenetet kommunikálni, így jó színben tüntetheti fel magát érintettjei előtt. A vállalat választhatja azt, hogy dolgozói számára maga biztosít kerékpárt, és hozzá a megfelelő felszerelést (például bukósisakot, lakatot, esőkabátot, stb.), így amellet, hogy hozzájárul munkavállalói biztonságához, ezeket az eszközöket logóval, designelemekkel ellátva ingyenes marketingfelületként használhatja. Ezt a hatást tovább erősítheti, hogy a „reklám” megjelenése egyben ezt a fenntartható tevékenységet a vállalatról kialakult képhez is kapcsolja.

4. A kerékpáros közlekedés ösztönzésének lehetőségei

Az ösztönzők alapvetően három kategóriába sorolhatóak. Vannak alapvető infrastrukturális feltételek, amelyek megléte még a kerékpározáshoz szokott munkavállalók részéről is elvárt a munkahellyel szemben (pl. fedett biciklitároló). Amennyiben ezek megléte biztosított, akkor kell megjelenniük a pszichológiai ösztönzőknek, amelyek képesek a munkavállalók attitűdjére hatni. Ehhez erős hatásként képes hozzájárulni az információs ösztönzők köre, amely az általunk is ismertett előnyök bemutatását jelenti a munkavállalók számára. Végül pedig – ha ez a feltétel is teljesült, és elindult egyfajta kerékpáros kultúra kialakulása (akár a vállalaton belül) –, akkor felvethetjük az anyagi ösztönzők kérdését.

4.1 Infrastrukturális ösztönzők

A szükséges infrastruktúra megléte azért alapvető feltétel, mert a kerékpáros közlekedés bizonyos eszközök nélkül nehezen képzelhető el.

Egy 1994-ben készült kutatás például alátámasztja, hogy az egyik legerősebb indok a kerékpár használata ellen az attól való félelem, hogy ellopják. Emiatt alapvető elvárás egy őrzött biciklitároló megléte. *De Sener és Eluru* is kiemelik tanulmányukban, hogy a kerékpárosok többsége elégedetlen a rendelkezésre álló infrastruktúrával. Ahol megvannak a megfelelő tárolók, zuhanyzók és öltözők a kerékpározáshoz, ott a kerékpárosok aránya jóval magasabb. Ezekon túl felmerülhet a gépjárműflottákhoz hasonló szervizszemélyzet fenntartása vagy szervizműhely üzemeltetése, akár külső partnerrel szerződve.

4.2 A pszichológiai ösztönzők

A társadalom és a kollégák kerékpározásról alkotott véleménye is nagyban befolyásolja a dolgozókat a közlekedési eszköz megválasztásában. Akinek főnökei és kollégái autóval közlekednek, és úgy gondolja, hogy ők és a társadalom is ugyanezt a viselkedésmódot várják el tőle, nehezen várhatjuk el, hogy kerékpárra üljön.

A kerékpározás esetében azok, akik kerékpároznak, tisztában vannak az előnyökkel, de a társadalom többsége félelemmel fordul a kerékpározás felé. Ezt az ellenérzést rengeteg dolog táplálja, kezdve attól, hogy a kerékpárhasználat veszélyes, kényelmetlen és az ember túlságosan megizzad. E félelmek nagy részét a társadalom a motorizáció során maga teremtette, többségében alaptalanok vagy könnyen kiküszöbölhetőek.

Pszichológiai ösztönző, ha a munkavállaló nem csak hallja, hanem el is hiszi, hogy munkatársai nincsenek ellene, sőt, támogatják is kerékpáros munkába járásban. Erre az egyik legjobb eszköz, amikor a vállalatok vezetői is kerékpárra ülnek – nemcsak azért, hogy népszerűsítsék e mozgásformát, hanem mert maguk is tisztában vannak az előnyeivel.

A *Bringázz a Munkába!* 2010 őszi kampánya a „Vedd rá a kollégádat...” szlogen jegyében zajlott, amely kitűnő példa a kerékpározás népszerűsítésére. A mások adta motiváció nem csak a kipróbálást eredményezheti, hanem a gyakoribb ismétlődésben, egyszeri cselekvésből szokássá válás folyamatában is fontos szerepet tölthet be.

A következő ösztönző az lehet, hogy meggyőzzük munkatársainkat arról, hogy maguk is képesek kerékpárral közlekedni. Tanácsadást, orvosi vizsgálatokat szervezhetünk számukra, közösen feltérképezhetjük a kerékpárutakat. A kevésbé gyakorlott biciklistáknak rövid elméleti és gyakorlati oktatást tarthatunk, amely után talán könnyebben vágnak neki a kerékpáros munkába járásnak. Ha egyszer valaki elkezd, és ráérez az ízére, akkor a tapasztalat valószínűleg még inkább a kerékpározás folytatására fogja sarkallni.

4.3 Az anyagi ösztönzők

Lehetőség van anyagi ösztönzők bevezetésére is, amelyek további munkatársakat vonzhatnak a kerékpározók közé.

Az anyagi ösztönzők terén fontos kérdés a törvényi szabályozás is, ami országonként jelentősen eltérő. Logikus, hogy a vállalatok előnyben részesítik az adómentesen adható juttatásokat. Az adómentesség mértéke és formája eltérő – Hollandiában a munkahely által adómentesen biztosítható kerékpár, míg Belgiumban vagy Nagy-Britanniában a kerékpárral munkába járók megtett kilométerei után fizetett juttatás részesülhet ilyen



kedvezményben. Magyarországon jelenleg még hasonló módon nem támogatható a kerékpárral munkába járás, azonban ilyen javaslat már született – 30,- Ft/kilométer összeget ajánlottak a juttatás alapjának.

Talán az infrastrukturális lehetőségek közé is vehetnénk, de kettős hatása miatt mégis inkább ide soroljuk a különböző juttatásként adott eszközöket. Ilyenek lehetnek például az ún. *starter-kitek*, amelyek tartalmazhatják a kerékpározáshoz szükséges teljes felszerelést, ellátva akár a vállalati branding elemeivel.

5. Best practice-ok a világból

A leírt elméleti elemek alátámasztására fontos, hogy bemutassunk olyan jól működő programokat, ahol az említett tevékenységek megjelennek. Ezek főleg külföldi példák, de itthon is láthatunk ilyen irányú kezdeményezéseket.

5.1 Hazai best practice-ok

HVG

A HVG 2010-ben 10 db Csepel Rapid, főleg városi használatra fejlesztett kerékpárt vásárolt, amelyekre olyan dolgozók között írtak ki pályázatot, akik korábban nem kerékpároztak. A HVG-nél ebben az időben már volt 15–20 munkatárs, aki a kerékpáros közlekedést választotta. Ez a körülbelül 80 fős szerkesztőség közel negyede, így elmondható, hogy e munkába járási forma szervezeti elfogadottsága már ekkor is erős volt. Az infrastrukturális feltételek adottak voltak, így az új, vállalati kerékpárflotta megfelelően megalapozott környezetbe érkezett. A cég az akció népszerűsítésére különböző rendezvényeket is szervezett, így a kerékpáros munkatársak száma hamar megnőtt. A dolgozók a munkába járáson kívül a városban belüli mindennapi közlekedésre is használják a kerékpárokat.

Ebben a folyamatban az infrastrukturális, a pszichológiai és a közösségi tényezők is megjelentek, amelyek a program megvalósulásához szükségesek.

NATIONAL INSTRUMENTS (MAGYARORSZÁG)

Az elektronikai eszközök gyártásával foglalkozó *National Instruments* 1 000 főt foglalkoztató debreceni központjában több, mint 100 kerékpár elhelyezésére alkalmas fedett, zárt, kamerával megfigyelt tárolót alakítottak ki, emellett a cég mobil kerékpártárolóval is rendelkezik. A vállalat a városi kerékpáros közlekedés korszerűsítését is támogatja a kerékpárutak fejlesztéséhez nyújtott támogatáson keresztül.

5.2 Nemzetközi példák

CATMA JUTALOM PROGRAM (EGYESÜLT ÁLLAMOK)

A *CATMA* több intézményt egybefogó kezdeményezés (tagjai: *American Red Cross, Champlain College, Fletcher Allen Health Care, University of Vermont*). Jutalomprogramja azokat a munkavállalókat ismeri el, akik gyalog vagy kerékpárral járnak dolgozni. A program feltétele, hogy a résztvevők egy 4 hetes periódus alatt minden héten legalább három napon az említett két közlekedési mód valamelyikével jussanak be a munkahelyükre. A program a választható ösztönzőkön (utalványok, színházjegyek, stb.) kívül felkínál egy „vészhelyzet esetére” szóló opciót: a résztvevők, ha a gyalogos vagy kerékpáros közlekedés során nem megoldható problémával szembesülnek, egy ingyen taxiútra jogosultak.

GOOGLE (EGYESÜLT ÁLLAMOK)

A *Google* minden évben meghirdet egy „*Bike to work*” napot, ami egyébként több tengerentúli vállalatnál is bevett szokás. Ezen a programon 2011-ben körülbelül 2 500 munkatárs vett részt, ez a 32 467 munkavállaló több mint 8%-a. A kerékpározás ösztönzésére a *Google* a CSR-céloknak kétszeresen is megfelelő programot alkotott: azt, hogy mely jótékony szervezeteket támogassanak, azon dolgozók véleménye alapján döntenek el, akik az alternatív közlekedési formákat választják. Minden alkalommal, amikor egy munkatárs ilyen formát választ, „digitális bélyegeket” gyűjt, amelyeket adománydollárokká váltanak, ezeket pedig a dolgozó tetszése szerint ajánlhatja fel. Negyedévente 140 dollárt lehet ilyen módon gyűjteni és felajánlani. A programban a kezdetektől több mint 8 000 alkalmazott vett részt.

CLIF BAR & COMPANY (EGYESÜLT ÁLLAMOK)

A *Clif Bar* szinte minden általunk vázolt eszközt alkalmaz alternatív munkába járást támogató programjában. A vállalat dolgozói 500 dollár értékben kerékpárt vásárolhatnak a közlekedéshez, ha elfogadják, hogy havonta kétszer kerékpárral érkeznek munkába. További anyagi ösztönzőként akár 960 dollárral többet kereshetnek azon munkatársak, akik ezt közlekedési formát választják. A jutalom elosztása is sokszínű, fizetési kiegészítésként is kapható, de arra is lehetőség van, hogy – a *Google* módszeréhez hasonlóan – felajánlásokra fordítsák a kapott összegeket. A vállalat megfelelő infrastrukturális feltételekkel rendelkezik, és márkázott eszközöket (pl. kabátok) is nyújt munkavállalóinak.



PLEASECYCLE (NAGY-BRITANNIA)

A *PleaseCycle* kissé kilóg a sorból, hiszen itt nem egy konkrét vállalat programjáról van szó. A cég *CycleHub* nevű rendszere ugyanis gyakorlatilag komplett, kész megoldást kínál az ösztönzés és nyomonkövetés igényére. A kínált közösségi megoldás segítségével a használó vállalat munkatársai meg tudnak egymással osztani kerékpárútvonalakat, tippeket. Emellett rangsorokat állít fel, CO² kibocsátást vizsgál és lehetőséget ad a – szintén a *PleaseCycle* által menedzselte – *BikeMiles* nevű jutalomprogramban való részvételre is. A cég kiemeli azt az általunk is felvetett ténytet, hogy ez a tevékenység és eredményeinek ismerete nagyban hozzájárulhat a vállalati CSR működéséhez. A modell nagyban épít az angol társadalomban jelenlévő kerékpáros kultúrára is, hiszen az Egyesült Királyságban az emberek 27 százaléka kerékpározik.

CHAMBÉRY (FRANCIAORSZÁG)

A kerékpár ideális közlekedési eszköz az utazás első vagy utolsó kilométereinek megtételére. Az infrastruktúra terén is egyre több szolgáltatás jön létre a bicikliről közösségi közlekedésre átszálló kerékpárosok kiszolgálására. Chambéryben 2002-ben a vasútállomás mellett egy nagy kerékpárállomás épült, hogy ezzel is ösztönözzék az intermodális utazásokat. Itt őrzött kerékpártárolás, ingyenes kerékpár-átnézés és kerékpárkölcsonzés vehető igénybe. A környék különböző pontjain P+R parkolókat, zárható egyedi kerékpártárolókat létesítettek azok számára, akik gépkocsival jönnek be a városba, de ott szívesen szállnak át kerékpárra.

CIVITAS PROGRAM (PORTUGÁLIA)

A portugáliai Funchal lakosai a város domborzata miatt szkeptikusak voltak a biciklizéssel kapcsolatban. A *CIVITAS* program keretében azonban kerékpártartókat szereltek három helyi autóbuszjárat járműveire, és a kerékpározóknak megengedték, hogy kerékpárjaikat ingyen szállítsák a buszon.

LONDON CYCLE HIRE SCHEME ÉS LEGIBLE LONDON (NAGY-BRITANNIA)

Nem mindenkinek van lehetősége saját kerékpár használatára. Mind több város és közlekedési vállalat épít ki közösségi kerékpár-kölcsonző rendszereket, vagy létesít kerékpár-kölcsonzőt a vasútállomások környékén, illetve a közösségi közlekedés más pontjain, hogy ezzel is segítse az intermodalitást. A *Londoni Kerékpárkölcsonző Rendszer (London Cycle Hire Scheme)* ezzel szemben

úgy döntött, hogy kölcsönzési pontjait nem a pályaudvarok közelében helyezi el. A felmérések ugyanis azt mutatták, hogy a közösségi kölcsönzési rendszer kerékpárjai iránti kereslet a Londonba vonaton érkező ingázók körében a legnagyobb, így a fontosabb pályaudvarok környékén a kerékpárok iránti igény túlságosan nagy lenne. Ehelyett inkább a közösségi közlekedés integrált jegyrendszerével, az *Oyster Carddal* kapcsolják össze a közösségi kerékpár-kölcsonzést. A Nagy-London közlekedési rendszeréért felelős *Transport for London* így támogatja a multimodalitást, miközben azt reméli, hogy növekszik a városban a kerékpáros közlekedés aránya, tehermentesítve ezáltal a zsúfolt metró- és autóbusz közlekedést. Ezt a célt hivatott szolgálni a *Legible London (Átlátható London)* terv is, amely a stratégiai pontokon elhelyezett térképekkel és jelzésekkel segíti a városban való eligazodást. A rendszert más közlekedési módokkal is összekapcsolták, beleértve a buszmegállókat, a metró- és taxiállomásokat is, így amikor az utasok elhagyják az egyik közlekedési formát, gyorsan megtalálják az útirányt, amerre újtjukat – lehetőleg gyalog – folytathatják. A *Legible London* feltünteti az útvonal mellett található nevezetességeket, és azt is jelzi, hogy mennyi idő alatt lehet az úticélt elérni.

VALLON RÉGIÓ (BELGIUM)

A Vallon Régióban az utasok olyan autóbuszbérletet válthatnak, amely egy összecsukható kerékpár bérletét is magában foglalja. A bérlet évi 415–670 euróba kerül attól függően, milyen távolságra szól a buszbérlet.

OV-FIETS (HOLLANDIA)

A fejlett kerékpáros kultúrájú Hollandiában nagyon népszerű a holland vasúttársaság által fenntartott „*OV-fiets*” (közösségi közlekedési kerékpárok) nevű országos közösségi kerékpár-kölcsonzési rendszer, amely 5 000 kerékpárral évi csaknem 1 millió utazást bonyolít le. A rendszer hangsúlyozza a kerékpár és a közösségi közlekedés integrációját. A vonatjegy mellé nem kell külön jegyet venni a kerékpárnak.

A közelmúltban bevezetett *OV-fiets@home* nevű szolgáltatásnak köszönhetően az ingázók estére hazavihetik a közösségi kerékpár-kölcsonző rendszer kerékpárját, és csak reggel kell visszavinniük, sőt, a hétvégére is maguknál tarthatják. Ez a szolgáltatás havi 15 euróba kerül.

6. Összefoglalás

A kerékpáros munkába járás mind a vállalat, mind a munkavállaló, mind a társadalom számára hasznos, ezért szükségesnek látjuk terjesztését, ösztönzését. A mun-



kavállalók számára biztosított előnyök között a pozitív sportolási/egészségre gyakorolt hatásokat, a közlekedési lehetőségek javítását és a környezettudatos gondolkodás fejlesztését említhetjük. A munkáltató részéről ezzel szemben a költségsökkentési lehetőségek, a munkavállalók egészségi állapotának javulásából fakadó előnyök és a CSR elemeinek bővítése mutatkozik kihasználható lehetőségként.

A kerékpáros munkába járást népszerűsíteni kívánó vállalatoknak javasoljuk, hogy építsenek ki megfelelő infrastruktúrát, ezután következhet a pszichológiai bevonás, ahol fontos, hogy a vállalat vezetése is szerepet kapjon, jó példával járjon munkatársai előtt. Második lépésként a közösségi bevonás javasolt, végül pedig lehetséges egy anyagi ösztönző rendszer bevezetése is.

Annak érdekében, hogy hazánkban is növekedjen a kerékpárosok száma, történt néhány előremutató kezdeményezés. A *Nemzeti Fejlesztési Minisztérium* meghirdette a „*Kerékpárosbarát munkahely 2012*” című pályázatát, amelyhez a for-profit és a non-profit szféra

is csatlakozhat. Célja a kerékpárosokért a legtöbbet tett munkahelyek díjazása.

A *Pest Megyei Kormányhivatal* szintén nemrég hirdette meg a „*Két kerékkal a Hivatalba*” elnevezésű kezdeményezést, amelynek célja az egészséges életmód, ezen belül a kerékpározás népszerűsítése, valamint a kerékpárral munkába járás elterjesztése a hivatalok életében.

Javasoljuk, hogy a népegészségügy szereplői kezdeményezzenek olyan jogszabálymódosításokat, amelyek lehetővé teszik, hogy a munkaadók különböző formában támogathassák dolgozóikat a kerékpárral való munkába járásban. Nemzetközi példák bizonyítják, hogy a külföldi vállalatok előnyben részesítik az ilyen adómentesen adható juttatásokat, amelyek mértéke és formája országonként eltérő.

Nem az egyéb közlekedési módok kiszorítása a cél, hanem a kerékpározás előtérbe helyezése, egy fenntarthatóbb környezet és egy összetartóbb, a vállalat felé elkötelezettebb dolgozói közösség megteremtése, életre hívása.

IRODALOM

- Benczik–Finta–Tar, 2009: *Belvárosi forgalomcsillapítás jogi, műszaki és gazdasági eszközeinek összevetése*. http://emla.hu/aa2.10.0/img_upload/f1b7fd0e4cde967799ab3c249bb8f4f4/Belvarosi_forgalomcsillapitas.pdf, letöltve: 2012. október 11.
- Dufour, 2010: *PRESTO Kerékpáros Irányelvek*. <http://www.kmsz.hu/sites/default/files/PRESTOOutputato.pdf>, letöltve: 2012. október 11.
- Ahlquist, Ivo–Auerbach, Sascha–Bender, Corinne–Biallas, Bianca–Heckenbach, Leonie–Kehr, Nina–Schmidt, Gunnar–Wallman, Birgit, 2004: *Cycling and Health. Statistics*. German Sport University. http://www.selleroyal.com/news/CyclingAndHealth/big/Cycling&Health_UK.pdf, letöltve: 2012. október 11.
- Andersen, Lars Bo–Schnohr, Peter–Schroll, Marianne–Hein, Hans Ole, 2000: „All-Cause Mortality Associated With Physical Activity During Leisure Time, Work, Sports, and Cycling to Work.” *Archives of Internal Medicine*, 160 (11) (June 12): 1621–1628. <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=485349>, letöltve: 2012. október 11.
- Céges biciklit vett munkatársainak a HVG. Hirbehozó blog. <http://hirbehozó.posterous.com/ceges-bicikliket-vett-munkatarsainak-a-hvg>, letöltve: 2012. október 11.
- BaM! 2011. *Rangsor*. <http://bam.hu/index.php/a-kampany/vegeredmeny>, letöltve: 2012. október 11.
- Baltimore Metropolitan Council, 2011: *Employer Guide to Bicycle Commuting. Baltimore, Maryland: Baltimore Metropolitan Council*. http://www.baltometro.org/downloadables/bike/BikeCommuter-Guide_Employers.pdf, letöltve: 2012. október 11.
- Benoît, Blondel–Mispelon, Chloé–Ferguson, Julian, 2011: *Cycle more often 2 cool down the planet! Cycle. Brussels*. http://www.ecf.com/wp-content/uploads/ECF_CO2_WEB.pdf, letöltve: 2012. október 11.
- CATMA. 2012. *CATMA's Bike/Walk Reward Program*. http://www.catmavt.org/index.php?option=com_content&view=article&id=63&Itemid=70, letöltve: 2012. október 11.
- CTC. *Safety in numbers*. http://www.ctc.org.uk/resources/Campaigns/CTC_Safety_in_Numbers.pdf, letöltve: 2012. október 11.
- Kiss–Dobronyi–Torda, 2012: *A kerékpárral történő munkába járás ösztönzése vállalati környezetben*. http://www.bikefm.hu/media/bikefm_kiss-dobronyi-torda_kerekpáros_munkaba_jarás_vallati_ostzonzese.pdf, letöltve: 2012. október 11.
- CareerBuilder, 2009: *One-in-Five Workers Are Late to Work at Least Once a Week*, <http://www.careerbuilder.com/share/aboutus/press-releasesdetail.aspx?id=pr483&sd=2%2F25%2F2009&ed=12%2F31%2F2009>, letöltve: 2012. október 11.
- Clif Bar&Company, 2011: *Sustainability Benefits Program*. http://www.clifbar.com/uploads/press_downloads/CBCO-Sustainability-Benefits.pdf, letöltve: 2012. október 11.
- DeLonzor, Diana, 2005: „MANAGEMENT TOOLS – Running Late – Managing chronically late employees will boost productivity for everyone.” *HRMagazine*, 50 (11): 109. Department of Health. 2010. *Benefits of cycling*. <http://www.nhs.uk/Livewell/fitness/Pages/Cycling.aspx>, etöltve: 2012. október 11.
- Erhart Szilárd, 2007: „A budapesti közlekedési dugók okai és következményei.” *Közgazdasági Szemle*, LIV (5): 435–358. <http://epa.oszk.hu/00000/00017/00137/pdf/3erhart.pdf>, letöltve: 2012. október 11.
- Eurobarometer. 2007: *Survey on transportation issues among the general population in the 27 Member States*. http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_206b_en.pdf, letöltve: 2012. október 11.
- Eurobarometer. 2010: *Sport and Physical Activity*. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_334_fact_hu_en.pdf, letöltve: 2012. október 11.

- Google Inc., 2012: *We commute sustainably*. <http://www.google.com/green/efficiency/oncampus/>. letöltve: 2012. október 11.
- Gordon-Larsen, Penny–Boone–Heinonen, Janne–Sidney, Steve–Sternfeld, Barbara–Jacobs, David R. Jr.–Lewis, Cora E., 2009: „Active Commuting and Cardiovascular Disease Risk: The CARDIA Study.” *Archives of Internal Medicine*, 169 (13) (July 13): 1216–1223. <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/abstract/169/13/1216>, letöltve: 2012. október 11.
- Heinen, Eva–Wee, Bert van–Maat, Kees, 2009: „The impact of work-related factors on levels of bicycle commuting.” *Transportation Research*, (January): 1–19. <http://siliconvalleytrails.pbworks.com/f/Impact%2Bof%2BWork-Related%2BFactors%2Bon%2BLevels%2Bof%2BBicycle%2BCommuting.pdf>, letöltve: 2012. október 11.
- Horton, Dave, 2010: *Fear of Cycling*. <http://thinkingaboutcycling.wordpress.com/article-fear-of-cycling/>, letöltve: 2012. október 11.
- Johan de Hartog, Jeroen–Boogaard, Hanna–Nijland, Hans–Hoek, Gerard, 2010: „Do the health benefits of cycling outweigh the risks?” *Environmental health perspectives*, 118 (8) (August): 1109–1116. doi:10.1289/ehp.0901747. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2920084&tool=pmcentrez&render-type=abstract>, letöltve: 2012. október 11.
- London School of Economics and Political Science, 2011: *Cyclists can help Britain's economy get back on its bike suggests research*. <http://www2.lse.ac.uk/newsAndMedia/news/archives/2011/08/cycling.aspx>, letöltve: 2012. október 11.
- Lukács András–Pavics Lázár–Horváth Zsolt–Pál János, 2010: „Térítés a gyalogosan és kerékpárral történő munkába járáshoz.” *Környezetbarát közlekedés*. http://www.mgszt.hu/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=64&Itemid=17, letöltve: 2012. október 11.
- Porter, Michael E.–Kramer, Mark R., 2006: „Strategy & Society: The Link Between Competitive Advantage and Corporate Social Responsibility.” *Harvard Business Review*, 84 (12) (December): 78–92. <http://efnorthamerica.com/documents/events/ccc2008/Mark-Kramer-Keynote/Strategy-Society.PDF>, letöltve: 2012. október 11.
- Ricci, Judith A.–Chee, Elsbeth, 2005: „Lost productive time associated with excess weight in the U.S. workforce.” *Journal of occupational and environmental medicine*, 47 (12): 1227–1234. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed7&AN=2005577265>
- Rojas-Rueda, David–Nazelle, Audrey de–Tainio, Marko–Nieuwenhuijsen, Mark J., 2011: „The health risks and benefits of cycling in urban environments compared with car use: health impact assessment study.” *BMJ*, 343. doi:10.1136/bmj.d4521.
- Sener, In–Eluru, N., 2009: „An analysis of bicyclists and bicycling characteristics: Who, why, and how much are they bicycling.” *Transport Research Board Annual*. http://www.ce.utexas.edu/prof/bhat/ABSTRACTS/sener_eluru_bhat_bicycle_rev_Jan18_TRBstyle.pdf
- TNO, 2009: *Reduced sickness absence in regular commuter cyclists can save employers 27 million euros*. www.vcl.li/bilder/518.pdf
- Taylor, Neil, 2006: *Urban Transport Benchmarking Initiative Year Three. Benchmarking*. <http://www.transportbenchmarks.eu/pdf/final-reports/UTB3-A0-FINAL-REPORT.pdf>
- Xing, Yan–Handy, S.L.–Buehler, T.J., 2008: „Factors associated with bicycle ownership and use: A study of 6 small US cities.” *Research Board*, <http://industrializedcyclist.com/factorsassocwbikeownrs-hip.pdf>, letöltve: 2012. október 11.

Oszlassuk el a tévhiteket a rákról!

Prof. Dr. Simon Tamás

A Magyar Rákellenes Liga elnöke

A Nemzetközi Rákellenes Unió (UICC) a 2013. évi Rák Világnapra kiadott irányelvei a címben megjelölt célt tűzik ki. A Magyar Rákellenes Liga a 2013. évi rákellenes világnapi megemlékezések során mind a központi ((február 5-ei) rendezvényen, mind az alapszervezetek februártól ápriliséig tartó aktivitásai során tegyenek meg minden lehetőt, hogy azok a tévhitek, amelyek jelenleg a rákbetegségről el vannak terjedve, a valós értékelésekkel a helyükre kerüljenek és ne rögassanak senkit és ne akadályozzák a rákmegelőző, időben felismerő, gyógyító és rehabilitáló munkát. A megváltoztatandó tévhitek a Nemzetközi Rákellenes Unió szerint a következők:

ELSŐ TÉVHIT:

A RÁK KIZÁRÓLAG EGÉSZSÉGÜGYI PROBLÉMA

Nem igaz, mert a rákbetegség elterjedtsége és veszélyes volta miatt az egész társadalom problémája is. Társadalmi odafigyelés, oktatás, közösségi egészségügyi ellátás és a közigazgatási kérdések felismerése, megoldása nélkül nehéz visszaszorítani azokat a rákformákat, amelyek felelősek az idő előtti rokkantságot és halálozásért.

MÁSODIK TÉVHIT:

A RÁK AZ IDŐSEK, A GAZDAGOK ÉS A FEJLETT ORSZÁGOKBAN ÉLŐK BETEGSÉGE

Nem igaz, mert bár a rákbetegségek 75%-a 60 éven felülieket érint, de a betegek 25%-a fiatalabb – és fiatal rákbetegek esetleges elvesztése komoly társadalmi gondként is jelentkezhet, pl. idő előtti rokkantság, kevesebb gyermek, stb. A rák nem ismer országhatárokat és gazdasági korlátokat, egyaránt előfordul a fejlődő (szegény) és a fejlett orszá-

gok lakossága között, tehát világprobléma, ezért minden országban meg kell tenni mindent visszaszorításáért.

HARMADIK TÉVHIT:

A RÁK DIAGNÓZISA EGYÉRTELMŰ HALÁLOS ÍTÉLET

Nem igaz, mert három lehetséges rákbeteg közül egy betegsége elkerülhető, megelőzhető, a maradék kettő közül az egyiket meg lehet gyógyítani, és csak a harmadik fog meghalni – de hála az orvostudomány eredményeinek, tovább közöttünk tartható, viszonylag elfogadható életminőségben.

NEGYEDIK TÉVHIT:

A RÁK EGY SORSCAPÁS, BALSORS KÖVETKEZMÉNYE

Nem igaz, mert tudatosan, ismeretek és akaratereő birtokában sokat tehetünk azért, hogy a rákbetegség elkerüljön bennünket, hogy időben felfedezzék, és így gyógyítható legyen.

A tudatos elkerülés alapja a rákmegelőző életmód szabályainak ismerése:

- a nemdohányzás,
- a helyes táplálkozás,
- a több mozgás,
- a stressztűrés, stresszkezelés,
- a kiegyensúlyozott szexualitás,
- a környezet tisztelete,
- az óvatos napozás,

Ezekkel a szabályokkal elkerülhetjük, megelőzhetjük a tüdőrák, a gyomorrák, a vastagbélrák és a bőrrák jelentős többségét.

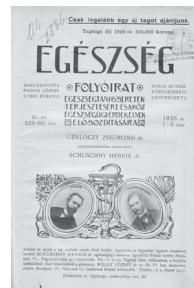
Ha odafigyelünk testünk változásaira, ha önvizsgálattal ellenőrizzük mellünk, herénk, szájüregünk állapotát, ha

szűrővizsgálatra hívnak, elmegyünk és ha visszahívnak, oda is elmegyünk, akkor a rákbetegség még időben, korai állapotában felismerhető – és ekkor a gyógyítási lehetőségek még sokkal jobbak.

Nem elég a fentieket ismerni – be is kell tartani őket.

A rákbetegség helyzetének javítása mindenkitől elvárja, hogy a tudatlanság – az ismerethiány, illetve a felelőtlen-ség, a szabályok be nem tartása ne rontsa azokat a lehetőségeket, hogy minden lehetséges rákbetegség megelőzhes-sünk, és ha a rákos folyamat elindul, időben felismerjük és gyógyíthatassuk. Egyszerű dolgok ezek, csak ismerni és követni kell őket – és nem passzívan elfogadni a pesszi-mista tévhiteket, hanem tudatosan mindent megtenni a jó irányú változások érdekében.

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 visszatekint 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 nép egészsége

Solymosy József Bonifác mb. főigazgató-helyettes

Országos Egészségfejlesztési Intézet

A 117 évvel ezelőtti írás *Németh Sándor* lelkész¹ gondolatait tartalmazza a nép egészségével kapcsolatban, aki ötvenévesen foglalta össze tapasztalatait. A szerző megállapításai a mai olvasónak első látásra elavultnak tűnhetnek, hiszen „új szelek fújnak” a népegészségtan területén. Megjelent a *WHO Egészség 2020* című szakpolitikai ajánlása és stratégiájának második változata – a 658 pontba foglalt, teljes körű, jól szerkesztett anyag nem csak népegészségügyi szakembereknek tanulságos olvasmány. Az „Egészséget mindenkinek!” szemlélet újkori gyökerei már a *WHO* alapdokumentumában² és az *Emberi Jogok Nyilatkozatában*³ is megjelennek, s az 1977-ben megfogalmazott *WHO*-nyilatkozat már konkrét, az ezredfordulóra elérendő célokat rögzített.⁴ 1981-ben a 34. Közgyűlés elfogadta az „Egészséget mindenkinek!” globális stratégiáját.⁵ 1998-ban a *WHO* közgyűlése megerősítette, hogy az egészség alapvető emberi jog.⁶ Mégis érdemes a szerző 117 évvel ezelőtti írásán elgondolkozni, hiszen ő is a belátás/beláttatás fontosságára helyezi a hangsúlyt.

Mint lelképásztornak s így a gyakorlati élet emberének, sok alkalmam volt arra, hogy a nép között megfordulhatam, úgy városban, mint vidéken, s így elég tapasztalatot szereztem magamnak az iránt, hogy a nép egészségéről szólhassak. Nem szólhatok ugyan a szorosabb értelemben vett szakértelemmel, de gyakorlati értelemmel, a mindennapi tapasztalat alapján szólhatok.

A tapasztalat arról győzött meg, hogy a nép ügyel az egészségére, annyira, mennyire az önfentartás ösztöne parancsolja, de hogy mélyebb erkölcsi kötelességérzetből tenné, erre már felemelkedni nem tud. Legalább a tapasztalat erre az állításra jogosít, erre jogosít azon körülmény

is, mely szerint a nép nagyon, de nagyon közönyös felzavart egészségi rendje helyreállításában; vagy pedig, ha nem mutat közönyösséget, a gyógyítást nem ott keresi, a hol kellene, nem a tudományos képzettségű és okszerű tapasztalatú orvoshoz folyamodik, hanem folyamodik fűhöz-fához; folyamodik a szomszédasszony, komámasszony orvosszereithez. Csak miután már nincsen semmi menekülés, azután fordul orvoshoz.

Vajon miben kereshető ennek az oka? Két körülményben rejlik ennek az oka. Az egyik a költségkímélés, a másik a tudatlanság, babonaság.

A költségkímélés azért történik, mert másképp sokszor

nem lehet, mert nincsen költség sem orvosra, sem orvos-szerre. A tudatlanság megvan a tudatlan hagyomány folytán, mely tudatlanság azzal vágja ki magát, hogy azt mondja: legjobb orvos az Isten. Ebben nyilvánul a népnek tétlen szemlélődése, s ez által árt magának, árt a társadalomnak, mely társadalomnak tagja.

Az előbb mondtam, hogy a nép a legvégső esetekig közönyös betege iránt: azaz, orvoshoz csak a legvégső esetben folyamodik, midőn az orvos segédkezése semmit nem használ. A kuruzslószernek különböző porciói nem használnak, s így a beteg annyira kimerül, hogy az orvos közbejötté sem segít, mert a beteg szervezete már nem képes ellenállásra. Innen van aztán, hogy a nép az orvosnak nem hiszen, pedig e hihetlenség árt a betegnek, árt az orvos tekintélyének, árt a közegészségnek, mely a társadalom létfeltétele. Árt nemcsak a jelen, hanem a jövő társadalmának is, a mennyiben a félrevezetett nép hasonló körülmény között hasonló veszedelemnek teheti ki magát. Ezen tudatlanság az oka, hogy a halálesetek száma oly nagy százalékot mutat vidéken, gyermekek és felnőttek közt.

Nem nagyítás ez. Ez állítás tényeken alapszik. S lekipásztör társaim bizonyára, nagyrészt mellettem fognak nyilatkozni, midőn azt állítom, hogy a gyógyszeres panasz ilyenformán hangzik: Bizony, mindent megtettünk, mindennel orvosoltuk, a mit valaki ajánlott, s utoljára még a doktort is elhivattuk, (vagy bevittük őt hozzá) de mégsem használt semmit. Beviszik tehát szekerem az orvoshoz, hogy a szekér összerázza a szerencsétlen beteget, hogy siettesék a betegség lefolyását, melynek vége a halál. Ilyen helyzete van a legkényesebb lefolyású betegségben a szenvedőnek.

Vannak azonban másnemű betegségek, melyek nem ily gyorsan, hanem lassan pusztítják a népet, mint a hogy a fereg rágja a fát. Ilyenek a bőrbetegségek, kelések, törések, nemi bajok. Ezek a kelések inkább a lábat, a talpot, aztán a kezét, tenyeret, támadják meg, nyáron és ősszel, midőn a nép mezei munkával foglalkozik. Orvosolják is aztán ezeket a keléseket mindennel, csak azzal nem, a mi hasznos. Innen van aztán, hogy egy-egy ilyen kelés miatt hetekig elkinlódik a beteg. S hogy milyen állapot lehet itt, elképzelhető, ha elgondoljuk, hogy nincs szó fertőtlenítő szerről, mi a rohadást gátolja, sőt nem egyszer megtörténik, hogy nyári időben nyű lepi meg a sebet. Pedig az ilyen kelevények gyors lefolyásuak és kellő, ésszerű orvosoltatás mellett semmi nagyobb veszedelemmel nem járnak. Hogy a nemi betegségek mennyire divatosak, talán elég lesz arra mutatnom, hogy milyen gyakori a gyermekeken és felnőtteken a genyedséges szemgyulladás.

Hát aztán arról mit szóljunk, hogy ragályos betegségek alkalmával mennyi a baj? Hiszen mindnyájunk előtt ismeretes, mennyi fáradságába kerül az eluljárásnak, hogy csak némileg is tudja gátolni a veszedelmes betegség csi-

rának tovább hurcolását; mert a nép előtt az megfoghatatlan, hogy tovább terjed a betegség. A ragályos betegség tovább terjedése ellen azt hozza fel, hogy az első beteg nem kapta senkitől, s így a többi sem kapja el egymástól. Mind olyan dolgok ezek, melyek ellenében mentő eszközre van szükség.

Ezen mentő eszköz a megértetés. Azon tétlen szemlélődéssel szemben, mely szerint azt mondja, hogy legjobb orvos az Isten, azt kell mondani, hogy az áldás is az Istené, de gondos, kitartó munka nélkül nem adja meg. Az egészség is az Istené, de aztán az emberé az a kötelesség, hogy őrizze, s ha megbomlott, gondozza okosan, orvosi utasításra.

Sok, nagyon sok olyan dolgot lehet felhozni a nép tapasztalata köréből a végett, hogy a nép szemmel láthatólag és kézzelfoghatólag megértse, hogy a betegség ellenében mennyire szükséges az okszerű orvoslás. Például a nép foglalkozik a káposzta termelésével. Ebből tudja, hogy a hernyó mennyire megtámadja a káposztát. Le kell szednie arról a háziasszonynak, s meg kell ölnie, különben a káposzta elpusztul. Éppen úgy van a betegséggel is. A betegséget korán kell gondozni, orvos által, s nem tudákos asszonyok ajánlatával; mert, a ki a tudákos asszonyokra hallgat, éppen úgy jár el, mint az az asszony, ki gyermekre bizza a hernyó elpusztítását. A gyermek ezt nem tudja. Leteszi a hernyót a gyökér mellé, s a hernyó újra felmász, s tovább rágja a káposztát. Így hát a gyermek nem segített semmit a káposztán. Ilyen az orvos nélkül való gyógyítás is. Az orvos nélkül való gyógyítással történik ugyan valami, de nincsen annak semmi haszna, éppen mint a gyermek említett dolgának. Vagy ott van a szülés. A szülésnél csak a bábasszony segíthet, így a betegségben is csak az orvos tud segíteni. A fazék, ha elhasad, drótosra bizza az asszony, s nem másra. Így a beteget is orvosra kell bízni, s nem az üres tudákoságra.

A mi pedig a ragályos betegségeket illeti, ezekről is meg lehet a népet győzni s ezek ellen is óvatosságra bírni. A nép előtt ismeretes a rüh. Ismeretes annak ragadós volta. Ettől fél is. Kerüli az ilyen embert. A himlőt, a torokgyíkot, a kolerát, a hagymázt ezekhez kell hasonlítani, s így meg lehet értetni ragályos természetüket. Ezen eljárás eredményét első sorban leginkább az iskola biztosíthatja.

A gyermek ugyanis megtanulja, hogy milyenek azok a betegségek, s mit kell tenni ellenük. Nagykorában aztán hasznát is átlátja ennek. De ez nemcsak a jövőre van kihatással, hanem a jelenre is.

A gyermek elbeszéli az eltanultakat, s ez az egész környezetre nagy hatással lehet és van; azért mert a gyermek mondta; azért mert mondásának tárgya olyan, hogy mindennap előfordul az iskola falain kívül is.

Tehát a nép egészsége érdekében a következőket tartom szükségesnek:

1. A népnek olyanszerű felvilágosítását, hogy kézzel foghatólag és szemmel láthatólag lássa be az orvosi kezelés okszerűségét és így szükségét.

2. Ezen belátást teremtsen meg az iskola, a tanító és a lelkész.

Az iskola teremtsen ezt meg meseszerű elbeszéléssel, mint szemléltető eszközzel.

A tanító és a lelkész teremtsék meg társadalmi úton, érintkezésben, teremtsék meg okos felvilágosítással.

A belátás azonban csak akkor lesz áldásos a közegészségügyre, ha a közegészségügyet államosítjuk úgy, mint azt az élet és a mindennapi szükség kívánja.

(*Egészség folyóirat 1893–1895; 1895. 5. füzet, 183. oldal*)

JEGYZETEK

1. Németh Sándor (*Szeged, Csongrád vm., 1844. aug. 29.): plébános. – 1868. VII. 11: pappá szent. Nagycsernyán, Nagybecskerekén, Törökbecsén, Hidegkúton, Apátfalván, Újszentannán és Szeged-Belvárosban kp., 1876: Kevermesen adm. 1878: Zombolyán kp., 1879: Majlátfalván, 1882: Földeákon adm., 1891. VII: Battonyán plnos, 1904: szegyh. knk., 1915. I. 1: nyugdíjazták. – M: *A tp. tiszteletben tartásáról. Okos beszélgetés a jó m. népnek.* Bp., 1892. (Népiratkák 42.) (tótul 1907) – *A pokol útja: vagy ne dobd el, amit te szereztél. Tanulságos beszélgetés az öngyilkosságokról.* Uo., 1892. (uaz 43.) (tótul 1907) – *Beszélgetés a kántor-tanítói hivatal fontos voltáról.* Uo., 1892. (uaz 46.) Forrás: *Magyar Katolikus Lexikon.* <http://lexikon.katolikus.hu/N/N%C3%A9meth.html> Megtekintve: 2012. október 29.

2. *Constitution of the World Health Organization.* World Health Organization, adopted in 1948 in New York. Available at: <http://www.archive.org/details/WHO-constitution>

3. *Universal Declaration of Human Right.* United Nations, adopted in 1948 in Paris. Available at: <http://www.un.org/en/documents/udhr/> <http://www.un.org/en/documents/udhr/>

4. *Resolution 30.43 of World Health Assembly 1977*

5. *Global Strategy for Health for All by the Year 2000.* Adopted by the General Assembly in 1981. (<http://www.un-documents.net/a36r43.htm>)

6. *World Health Declaration.* Adopted by the World Health Assembly in Geneva in 1998.

Tisztelt Szerzőink!

Kérjük, hogy az *Egészségfejlesztés*be szánt 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

CONTENTS

SURVEYS

The State of Health of Secondary School Students in the City of Szombathely in the 2011/2012 Academic Year, According to Screening Data of Youth-Health Provision 2

Csabáné Kocsis

Is Early Smoking Stylish? – Examination of Smoking Habits among 12–16 Years Adolescents 9

Péter Huszka PhD.

The Role of Night Pingpong Clubs in Youth's Care 16

Ágnes Sztankovics

TRAININGS

Bike to Work! 23

Péter Csizmadia, Gábor Köteles

Fake Beliefs about Cancer 32

Prof. Tamás Simon M.D.

THE MATTER OF HEALTH – PAST AND PRESENT

About People's Health 33

Bonifác József Solymosy

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