



Tartalom

TOVÁBBKÉPZÉS	
A népegészségügyi kommunikáció erősítése, korszerűsítése	2
<i>Országos Egészségfejlesztési Intézet, Egészségkommunikációs Központ</i>	
A nemdohányzók védelméről szóló törvény (Nvt.) 2012. évi módosításaival összefüggő intézkedések és vizsgálatok rövid áttekintése	6
<i>Demjén Tibor, Tomka Zsuzsanna, Bóti Edina, Koncz Barbara, Kimmel Zsófia</i>	
FELMÉRÉSEK	
A segítség értelmezése az ápolói hivatásban	21
<i>Nagy Zsuzsanna</i>	
MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS	
Munka. Mindenkire hangolva	29
Egészséges munkahelyek kialakítása krónikus betegségben szenvedő munkavállalók számára	
<i>European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP), Országos Egészségfejlesztési Intézet</i>	
RECENZÍÓ	
Fülöp Bea: <i>Életbevágó válaszok – korszakváltó interjúk a rákról</i>	32
<i>Prof. Dr. Simon Tamás</i>	
HÍREK, INFORMÁCIÓK	33

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: Léder László

Felelős szerkesztő:
prof. dr. Simon Tamás

Vezető szerkesztő:
Balogh-Háromszéki Zsuzsanna

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

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

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



Országos
Egészségfejlesztési
Intézet





A népegészségügyi kommunikáció erősítése, korszerűsítése

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet kiemelt projektje

Országos Egészségfejlesztési Intézet, Egészségkommunikációs Központ

Az elmúlt években Magyarországon számos színvonalas kezdeményezés született az egészségesebb életmód megismertetésére, az emberek attitűdjének változtatása érdekében. Ám hiába a szakmai alaposág, ha hiányzik az átfogó kommunikációs stratégia, így sokszor a kampányok nem érték el szükséges céljukat. Ezt a hiányosságot felismerve indul el a *Népegészségügyi kommunikáció fejlesztése* című, kiemelt uniós projekt.

A magyar lakosság egészségi állapota és egészségmagatartása

Bár a rendszerváltás óta eltelt több mint két évtized alatt a magyar lakosság egészségi állapota sokat javult, lemaradásunk még mindig jelentős. A keringési rendszer betegségei miatti halálozás férfiak esetében 1,9-szerese, nők esetében 1,8-szorosa, az emésztőrendszer betegségei miatti halálozás pedig a férfiaknál 2,4-szerese, a nőknél 1,8-szorosa az uniós országok átlagának. Hazánkban 2010-ben a születéskor várható átlagos élettartam a férfiaknál 70,50 év, a nőknél 78,11 év volt, ami szintén jelentős elmaradást mutat.

A magyar lakosság rossz egészségi állapotáért az egészségkárosító életmód – a dohányzás, a túlzott alkoholfogyasztás, az egészségtelen táplálkozás és a testmozgás hiánya is felelős, amely hozzájárulhat a keringési betegségek által okozott, kiugróan magas halandósághoz. Az egyént érő stresszhatások, az általános érték- és bizalomvesztés, a támogató közösségek és az emberi szolidaritás hiánya, a megtomlott kapcsolatok, a negatív gondolkodás

dásmód egyaránt hozzájárulhat lelki és testi egészségünk megromlásához. A fokozott stresszhatások közvetlenül is hozzájárulhatnak bizonyos betegségek kialakulásához és súlyosbodásához. Az egészséget ily módon károsító pszichoszociális környezet kialakulásában az ország gazdasági teljesítménye, foglalkoztatási és jövedelmi viszonyai, sőt, közlekedési és információs infrastruktúrája is szerepet játszik. Ezek együttesen határozzák meg az egészséges életmód feltételeihez való hozzáférést is.

A társadalmi-gazdasági környezet felsorolt elemei, valamint az egészségügyi és szociális rendszerek nem megfelelő működtetése közvetlenül is okolhatók a magyar lakosság rossz egészségi állapotáért. A helytelen egészségmagatartás háttérben jórészt az egészségnevelés és az egészségfejlesztés modern és eredményes módszerei elterjedtségének hiányosságai, az e célokra fordított összegek elégtelensége, valamint az egészséges életmódhoz szükséges információhoz, termékekhez, szolgáltatásokhoz, sportolási lehetőségekhez való korlátozott hozzáférés állnak.

A hazai egészségkommunikáció pillanatnyi helyzete

Bár a kommunikációs csatornák az elmúlt években jelentősen bővültek – a lakosság egy része keresi is az egészséggel (illetve inkább a betegségekkel) kapcsolatos információkat –, a felmérések azt mutatják, hogy – különösen az életmód és a betegségek kapcsolatát illetően – alacsony a lakosság ismeretszintje. Az információbőségnek azon-





ban nemcsak pozitív hatása van: megnőtt a fogyasztást ösztönző információk mennyisége, amelyek valóságartalmát nem ellenőrzik.

A lakosság meggyőzése az egészséges életmód kialakítása, és a betegségek megelőzése érdekében komplex tudást igényel. A szakmai ismeretek birtoklása nem biztosíték a tudás sikeres átadására. A kommunikációs eszközök gyors fejlődését nem követte az ehhez társuló ismeretek elsajátítása. Az egészségügyi ellátásban tevékenykedők a gyógyító-megelőző tevékenységben ma még dominánsan a gyógyításra helyezik a hangsúlyt.

A nemzeti stratégiák, a jogi szabályozás, a címzett uniós támogatások ellenére az egészségkommunikáció – a ráfordított költségek és a programok számának tükrében – nem hatékony. Általában jellemző, hogy az országos kampányokat nem egészítik ki helyi kommunikációs eszközök alkalmazásával, illetve – bár támogatják a települési programokat – nincsen egységes koncepció, így az erőfeszítések elaprózódnak. Különösen nagy problémát jelent, hogy nincsenek értékelhető, az érintettek számára hozzáférhető, összehasonlítható hatásvizsgálatok, összegző elemzések a lezajlott kampányokról, programokról.

A program célja

Az egészségtudatos magatartás, a kockázati tényezők széles társadalmi rétegekkel történő megismertetése, elterjesztése leghatékonyabban a helyes szemléletet közvetítő ismeretek átadásával segíthetők. A megfelelő szemléletmód kialakítását széles társadalmi rétegek, illetve több generáció együttes bevonásával már gyermekkorban érdemes elkezdni. Ennek érdekében olyan egészségfejlesztési programokat, kampányokat valósítunk meg, amelyekkel általánossá válhat az egészségtudatos magatartás, így erősödhet az egyén saját egészségével kapcsolatos felelőssége is, amely minden egyéb intézkedés sikerének záloga.

A népegészségügyi kommunikációt erősítő program legfontosabb célkitűzése, hogy jelentősen javuljon a lakosság egészségműveltsége, attitűdje, és növekedjen az egészségfejlesztési és betegségmegelőzési programokon való lakosság részvétel.

A célok eléréséhez a program a következő tematika mentén halad:

„Az egészség érték!”

- Az egészség olyan „vagyon/tőke”, amelynek értékét érdemes megőrizni, mert enélkül nem, vagy csak nehezen teljesíthetjük napi feladatainkat, boldogulhatunk az életben. Az egészség nem cél, hanem olyan erőforrás, amely minden tevékenységünk alapfeltétele.
- Az egészség dimenziói: biológiai egészség, lelki egészség és szociális egészség.
- Az egészséget befolyásoló tényezők: az öröklött és szerzett tulajdonságok, a társadalmi-gazdasági helyzet, az életmód, a fizikai, a társadalmi-gazdasági-politikai és a pszichoszociális környezet, valamint az egészségügy.

Az egészségfejlesztési programok akkor működhetnek hatékonyan, ha egymást erősítve, egymással integráltan valósulnak meg. Igaz ez az egészségkommunikációra is, amelynek hatása jelentősen növelhető, ha szintér-programokhoz (települési, térségi, munkahelyi programok), szabályozási változásokhoz (pl. a dohányzással, a közétkeztetéssel kapcsolatosan) vagy egyéb beavatkozásokhoz (pl. szűrőprogramok) kapcsolódik. Ugyanakkor a népegészségügyi programok hatékonyságát a támogató kommunikáció is nagyban javítja.

Változó eszközrendszer, hatékonyabb elérés

Napjainkban a kommunikációs csatorna maga vált a társadalmi folyamatok, így az egyéni és csoportszintű motiváció legfőbb szervezőerejévé. Felnőtt az az internet- és webkettes-generáció, amelynek a nyilvános, virtuális, mennyiségelvű információcsere többlet jelent, mint a társadalmi érintkezés eddigi, minőséginek tartott, működő formái. Egyéni és csoportszintű érdeklődésüket eddig soha nem tapasztalt tartalombőséggel érik el a tematikus televíziók, a helyi és közösségi rádiók, az internetes közösségi oldalak, a blogok, a fórumok és az okostelefon-alkalmazások. Egyre gyakoribb, hogy bizonyos közösségek kommunikációs gerillaakciókat szerveznek figyelemfelkeltés céljából.

Ebben a kommunikációs környezetben kell a népegészségügyi beavatkozásoknak megfelelő minőségű, ugyanakkor mennyiségi válaszokat adnia.

Rövidtávú célként a nyitottság és az egészséges életmódra való hajlandóság elérését és növelését fogalmaztuk meg. Ez az első szint, amelynek célja, hogy az emberek készek legyenek az egészséges életmóddal kapcsolatos üzenetek tudatos befogadására és gondolkodásukba való beépítésére. A középtávú célt akkor érjük el, ha a célcsoportok már tudatosan foglalkoznak az életmódváltással, felépítik az ehhez szükséges saját motivációjukat, majd ennek eredményeképpen pozitív attitűdváltozáson esnek át. Az új, megszerzett szemlélettel már szokásaikat, viselkedésüket is megváltoztatják, azaz elkezdődik az életmódváltás.



„Mit tehetek az egészségemért?”

- Bár egészségünket környezetünk is befolyásolja, azt elsősorban magunk védhetjük, erősíthetjük. Egészséges életmóddal óvhatjuk, növelhetjük egészség-vagyonunkat. (Az egészség a test „tőkéje”).
- Gondoljuk végig minden nap, mit tehetünk egészségünkért, mert az egészséges életmód mindennapos választásaink, döntéseink és cselekvéseink eredménye.

„Mi az egészséges életmód?”

- A dohányzás és a túlzott alkoholfogyasztás mellőzése, a rendszeres testmozgás, az egészséges ételek fogyasztása, a családdal, barátokkal való kikapcsolódás és a lelki egyensúly megteremtése mind-mind hozzájárulhatnak az egészségesebb élethez.
- A szűréseken való részvétellel a betegségek súlyos következményeit előzhetjük meg.

„Lelkünk egészsége”

- A család, a rokonság, a baráti társaság és a helyi közösségek kiemelt szerepet játszanak lelki egészségünk megőrzésében. A társak segítenek tájékozódni, helyünket megtalálni a világban, támogatnak a nehéz helyzetekben, és velük tudjuk megosztani örömeinket is.
- Az egyén szintjén a kiegyensúlyozott lelki egészség megteremtéséhez a stressz- és konfliktuskezelési technikák mindennapi alkalmazása is hozzájárul.
- A másokra való odafigyelés és törődés támogatja a közösség és az egyén lelki egészségének fejlődését.

„Aktívabb és egészségesebb életet éljenek az idősök!”

- Az aktívabb élet, a rendszeres testmozgás, agyunk intenzív használata időskorban is támogatja és óvja egészségünket. A fiatalabb korosztályok segíthetnek az idősebbek aktív életvitelében.

„A család az egészség bölcsője”

- A család, az otthon egyedülállóan fontos, egészséget meghatározó környezet, a gyermek elsődleges szocializációs közege, amely erősen befolyásolja későbbi egészségmagatartását. A szülők – életmódjukkal közvetlenül, mintaadással közvetetten – már a fogantatás pillanatától meghatározzák gyermekük egészségét. A gyermekvállalás életre szóló felelősség, a nevelés pedig speciális ismereteket igényel, amelyek egy részét autodidakta módon magunk is elsajátíthatjuk, illetve szakember segítségét is kérhetjük.

„Mit tehetünk az egészséges környezetért?”

- Mindenki tehet otthoni és munkahelyi környezete egészségéért közösségi magatartásával, környezettudatos életmódjával.
- Vannak, akik kevesebb, vannak, akik több ember egészségéért sokat tehetnek: életmódjuk mintaként szolgál, munkahelyi döntéseik mások életkörülményeit befolyásolják.

„Az egészségügy értünk van”

- Az egészségügy felelős egészségünkért, amely nem pusztán az egészségügyi ellátórendszert foglalja magában.
- Az egészségügy képviseli érdekeinket más szektorokkal szemben, az egészséges életfeltételek kialakítása és megőrzése érdekében.
- Segít a betegségek megelőzésében, gyógyításában, szükség esetén a rehabilitációban.



„Mi a teendő, ha betegnek érezzük magunkat?”

- Hiteles forrásokból tájékozódjunk: szakkönyvekből, telefonos tanácsadóktól vagy ellenőrzött internetes oldalakról, érdeklődünk a gyógyszerárban, hogy milyen esetekben segíthet az otthoni kezelés, mielőtt az orvosi ellátást igénybe vesszük.
- Azzal is segíthetjük gyógyulásunkat, ha követjük az orvos életmódbeli és gyógyszereszedési utasításait, elmegyünk az előírt vizsgálatokra, és nem hanyagoljuk el a kontrollt.

Mindezek elérése érdekében olyan munkacsoport-rendszer alakítottunk ki, amely képes hatékonyan, korszerűen megvalósítani a kitűzött kommunikációs célokat. A projektben a következő munkacsoportok dolgoznak:

- Táplálkozás munkacsoport
- Fizikai aktivitás és rekreáció munkacsoport
- Szűrés munkacsoport
- Dohányzás munkacsoport
- *Lelki egészség, orvos–beteg kommunikáció* munkacsoport
- Alkohol munkacsoport
- Sérülésmegelőzés munkacsoport
- Ritka betegségek munkacsoport
- Szintér munkacsoport
- Módszertani munkacsoport
- *egeszseg.hu szerkesztőség* munkacsoport

– *egeszseg.hu IT* munkacsoport

– *Kreatív* munkacsoport

A projekt eredményeképpen az állam meghatározó szereplővé, egyben katalizátorrá válik a kommunikációs térben, így az állami egészségkommunikáció hitelessége és elfogadottsága is növekszik. Ez a rendszer hatékonyan tud üzeneteket eljuttatni és mozgósítani a szakmabelieknek, a lakosságnak, a társadalmi-gazdasági partnereknek és a döntéshozóknak. Kiépül az egészségkommunikáció hatékonyságának értékelésére alkalmas kapacitás, amely hozzájárul a lakosság és az egészségügyi ellátórendszer közötti intenzív kommunikációhoz, így a célzott népegészségügyi üzenetek a lakosság széles rétegeihez jutnak el.

A programmal kapcsolatos, rendszeresen frissített információk a www.egeszseg.hu honlapon olvashatóak.





A nemdohányzók védelméről szóló törvény (Nvt.) 2012. évi módosításaival összefüggő intézkedések és vizsgálatok rövid áttekintése

Demjén Tibor,
Tomka Zsuzsanna,
Bóti Edina,
Koncz Barbara,
Kimmel Zsófia

Országos Egészségfejlesztési Intézet, Dohányzás Fókuszpont

Az Nvt. módosítások okai, háttere és a változások áttekintése

Az Országgyűlés 2011. április 26-án elfogadta *A nemdohányzók védelméről szóló 1999. évi XLII. törvény (Nvt.)* módosítását. A törvénymódosítás 2012. január 1-jén lépett hatályba, három hónap türelmi idő biztosítása mellett. Ez azt jelenti, hogy a hatályba lépett új törvényi szakaszok alapján bírságot csak 2012. április 1-jétől, a három hónap türelmi idő lejáratá után szabott ki az ellenőrző hatóság.

A módosítás célja – a világban bekövetkezett változásokra tekintettel – a nemdohányzók és dohányzók fokozottabb védelme volt. Az Európában és a világon is az elsők között, 1999-ben meghozott magyarországi, a nemdohányzók védelméről szóló törvény és néhány apróbb módosítása már nem felelt meg az *Európai Bizottság* és a *WHO* szakmai ajánlásainak. A legújabb tudományos eredmények szerint a dohányfüstnek nincs biztonságos, az egészséget már nem veszélyeztető minimális szintje, és zárt légtérben a műszaki megoldások sem képesek megvédeni az egészségkárosító hatásaival szemben. A törvényalkotók figyelemmel voltak az egészséghez, az egészséges környezethez fűződő alkotmányos jogok érvényesülésének elősegítésére. A módosítás különös szükségességét indokolták a rendkívül kedvezőtlen magyar dohányzási szokásokra vonatkozó adatok, a dohányzással összefüggő katasztrofális mortalitási és morbiditási mutatók, és az ezekből eredő, a bevételeket messze meghaladó gazdasági teher.

A törvénymódosítással jelentős mértékben szigorodtak a dohányzás térbeli korlátozására vonatkozó törvényi rendelkezések. A jelenleg hatályos szabályozás szerint – a kijelölt helyek kivételével – nem szabad dohányozni a közforgalmú intézmények nyilvánosság számára nyitva álló helyiségeiben, a közösségi közlekedési eszközökön, a munkahelyeken, a gyalogosforgalom számára nyitva álló aluljárókban és egyéb, zárt légtérű, közforgalmú közlekedő, összekötő terekben, valamint közterületi játszótérekben, továbbá a játszótérek külső határvonalától számított 5 méteres távolságon belül. Ugyancsak tilos rágyújtani a vasúti pályaudvarok utasok által használt területein, továbbá a busz-, villamos- és trolibuszmegállóknak és várakozó helyeknek, valamint azok külső határvonalától számított 5 méteres távolságon belül.

Nem lehet dohányzóhelyet kijelölni közforgalmú intézmények és munkahelyek zárt légtérű helyiségeiben, helyi tömegközlekedési eszközökön, a HÉV-en, távolsági buszokon, valamint a menetrend szerint közlekedő személyszállító vonatokon.

Közoktatási, gyermekjóléti, és gyermekvédelmi intézményben, továbbá egészségügyi szolgáltatóknál még *nyílt* légtérben sem jelölhető ki dohányzóhely.

A büntetés-végrehajtási intézményekben, a rendőrségi előállító helyiségekben, a fogdáknak és az őrzött szálláshelyeknek a fogvatartottak – köztük a kóros elmeállapotúak – számára, a pszichiátriai intézetben a pszichiátriai betegek számára, azon munkavállalók részére, ahol

A tanulmány szerkesztése 2013. február 18-dikán zárult le.





a munkahelyi klíma – zárttéri munkahelyen a korrigált effektív hőmérséklet – a 24°-ot meghaladja, bizonyos feltételekkel a fokozottan tűz- és robbanásveszélyes, a tűz- és robbanásveszélyes, valamint tűzveszélyes munkahelyeken, létesítményekben is ki lehet jelölni *zárt* légtérben dohányzóhelyet.

A módosítás hatálybalépésekor a vendéglátóhelyeken, szállodákban már működő ún. szivarszobák – amennyiben a hatóságnál kérvényezték – továbbra is működhetnek. (Az egész országból összesen 13 kérelem érkezett.)

A közös használatú, *zárt* légtérű helyiségben való dohányzás tilalma a társasházakra, lakásszövetkezetekre is kiterjed, ha az összes tulajdonos vagy lakásszövetkezeti tag legalább négyötöde másként nem dönt.

A 2011. áprilisában elfogadott törvényszöveghez képest a törvény többször módosult: a 2011. évi CLXVI. törvény a *zárt* légtérű kijelölés alóli kivételek közé emelte azokat a munkahelyeket, ahol a korrigált effektív hőmérséklet a 24°-ot meghaladja, a 2012. évi XXVI. törvény alapján a rendőrségi előállító helyiségekben, fogdáknak és az őrzött szálláshelyeken, illetve a tűz- és robbanásveszélyes munkahelyeken is ki lehet jelölni *zárt* légtérű dohányzóhelyet.

A módosítás indoka az volt, hogy a hőexpozíciós munkahelyek, valamint azon nemzetgazdasági érdekből jelentős vegyipari, olajipari és gyógyszeripari létesítmények esetében, ahol a *nyílt* légtérben történő dohányzás a Munka Törvénykönyvében biztosított munkaközi szünet keretében, a tűzvédelmi szabályokra és a folytatott tevékenységre tekintettel nem megvalósítható, a munkavállalók számára a *zárt* légtérű dohányzóhely ne a munkáltató egyedi mérlegelése alapján, hanem az egészségügyi államigazgatási szerv engedélyével legyen kijelölhető. Az igazgatási szolgáltatási díjhoz kötött eljárás a jogkövető magatartást biztosítja. A módosítás emellett a büntetés-végrehajtási intézetek analógiájára tekintettel pontosította a *zárt* légtérű dohányzóhely kijelölésének lehetőségét a rendőrségi előállító helyiségekben, fogdáknak és az őrzött szálláshelyeken.

Az *Nvt.* 7. § szakasza rendelkezik a dohánytermékek fogyasztására vonatkozó tilalmak megszegése esetén teendő intézkedésekről. Az egészségügyi államigazgatási szerv ellenőrzi a dohányzási tilalmak betartását, és azok megsértése esetén a jogsértő természetes vagy jogi személlyel, illetve jogi személyiség nélküli szervezettel szemben egészségvédelmi bírságot szab ki. Az egészségvédelmi bírság összege

a) A dohányzással összefüggő tilalmak, korlátozások megsértése esetén legalább 20.000,- Ft, legfeljebb 50.000,- Ft.

b) A dohányzóhelyek kijelölésére vonatkozó kötelezettség nem vagy nem megfelelő teljesítése, valamint

a dohányzást érintő tilalmak, korlátozások megtartására vonatkozó ellenőrzési kötelezettség elmulasztása esetén

ba) legalább 100.000,- Ft, legfeljebb 250.000,- Ft az ezen kötelezettségek betartásáért *felelős személy* tekintetében, illetve

bb) legalább 1.000.000,- Ft, legfeljebb 2.500.000,- Ft az intézmény, szervezet, *üzemeltető vagy gazdasági társaság* tekintetében.

Dohányzási tilalmak megszegésének észlelése esetén bejelentést lehet tenni az egészségügyi államigazgatási szervnél, illetve napi 24 órában a 06-40-200-493-as telefonszámon.

Az *Nvt.* 8. § (5) bekezdésében foglalt felhatalmazás alapján megalkotott, a dohánytermékek jelöléséről, valamint az egészségvédelmi bírság alkalmazásának részletes szabályairól szóló 291/2011. (XII. 22.) *Korm. rendelet* tartalmazza a kombinált figyelmeztetésre vonatkozó előírásokat. A kormányrendelet 1. melléklete tartalmazza az *Európai Bizottság* által létrehozott könyvtár képei-nek megfelelő kombinált figyelmeztetéseket. A képeket a cigaretta egyik főoldalán, az oldal legalább 40%-ának megfelelő nagyságban kell feltüntetni. A képek egy része tartalmazza a leszokást segítő www.leteszemacigit.hu webcímet, valamint a leszokásban segítő, és az *Nvt.* megsértése esetén hívható 06-40-200-493-as telefonszámot is.

A törvény szigorításával Magyarország is megfelel az *Európai Unió* és a *WHO* egészségpolitikai, szakmai elvárásainak, és egyben jelentős mértékben csökkentheti a dohányzás okozta népegészségügyi és gazdasági károkat is.

Az *Nvt.*-módosítások során fellépő kihívások

A törvény bevezetését követő 2012. január 1-jétől 2012. április 1-jéig terjedő türelmi időszakban szerzett tapasztalatok összegzésével újabb kérdések, megoldásra váró feladatok merültek fel, amelyek egyrészt az eltérő jogi értelmezésekből, a törvény által le nem fedett vagy nem egyértelműen meghatározott helyzetekből, illetve az ellenőrzés, valamint a törvény betartatásának nehézségeiből eredtek.

Például az *Nvt.* 2. § (4) bekezdése értelmében egészségügyi szolgáltatónál nyílt légtérben sem jelölhető ki dohányzóhely az intézmény területén. *Az egészségügyi szolgáltatást is nyújtó többcélú intézmény* – például egy gyár területén üzemorvosi rendelő – esetén nyílt légtérben sem volt kijelölhető dohányzóhely az intézmény területén.

Az ellenőrzések során tapasztaltak alapján, a fenti jogszabályhelyen foglaltak betarthatóságával kapcsolatban, a többcélú, egészségügyi szolgáltatást is nyújtó intézmé-



nyek esetén kihívásként merült fel például, hogy a *szociális otthonokban* tartózkodó idős emberek hogyan kötelezhetőek az intézmény elhagyására.

Hasonló a helyzet az akár több ezer munkavállalót foglalkoztató, több hektáros területtel rendelkező *ipari létesítményeknél*, intézményeknél is, ahol az intézmény területének elhagyása dohányzás céljából jelentős munkaidő-kieséssel jár.

Azon gyógyfürdők esetén, amelyeknél a gyógyászati rész teljesen önálló, fizikailag is elkülönülő egység, ugyanakkor külső, szezonálisan működő strandterülettel is rendelkezik, a szezonálisan működő részlegen a korlátozás újrarendelésre szorult.

További kérdés merül fel az egészségügyi szolgáltatást is nyújtó többcélú intézmények esetén az azok működési helye alapján való besorolás tekintetében, nevezetesen, ha pl. irodaházról vagy társasházról van szó.

Fentiekre hozott megoldást a 2013. január 1-jétől hatályos módosítás, amely szerint olyan többcélú intézmény esetén, amelyben vagy amelynek területén egészségügyi szolgáltatást is nyújtanak, dohányzóhely nyílt légtérben is kijelölhető, de csak oly módon, ha az az egészségügyi szolgáltatást igénybevevők szokásos vagy szükségszerű útvonalától megfelelően elkülönül.

Az ellenőrzések során tapasztaltak, illetve a folyamatosan beérkező lakossági panaszok alapján kihívást jelent a közterületeken, a lakóházak ablakai alatt, illetve a lakóházak bejáratánál történő dohányzás.

A szórakozóhelyek, éttermek, kocsmák zárt légtérű helyiségeiből az utcára dohányozni kijáró, olykor itt vendégekre a környékbeli lakók a dohányfüst és az okozott lárma miatt panaszkodnak.

Számos panasz érkezik a társasházakban, a magántulajdont képező lakásokban történő, de más lakásokba átszűrődő dohányfüst miatt, illetve a társasházak közös tulajdonú, de nyílt légtérű részein – tipikusan a körfolyosókon – történő dohányzással kapcsolatban.

Meg gondolandó továbbá, hogy a bejáratától számított 5 méteres tilalom nem csak a közforgalmú intézmények esetén, hanem a munkahelyeken is álljon fenn; így a nemdohányzó munkahely, nemdohányzó intézmény alatt ugyanazt a fogalmat értsük.

Az *Nvt.* módosításaival összefüggő intézkedések

Az *Nvt.* tervezett módosításának társadalmi elfogadottsága az előzetes vizsgálatok szerint¹ megfelelő volt, ugyanakkor a hatálybalépést megelőzően – és a türelmi időszakban is – javasolt a hatékony, a média bevonásával történő informálás, a lakosság pontos tájékoztatása a dohányzási korlátozással érintett helyekről vagy helyiségekről, valamint közterületekről, a dohányzásra kijelölhető helyekről,

a nemdohányzó intézményekről vagy munkahelyekről. A kijelölés módjáról is javasolt az intézmények vezetőit tájékoztatni, ami – a törvény előírásának megfelelően – „szembetűnő”, „jól látható”, illetve „egyértelmű” felirat vagy jelzés alkalmazását jelenti.

A hasonló szabályozást bevezető országok tapasztalatai alapján feltételezhető, hogy a törvény hatálybalépése a hazai dohányzással és passzív dohányzással kapcsolatos attitűdben, szokásokban és expozícióban jelentős változásokat indít meg. Fontos ezen változások mérése, és ehhez szükséges a törvény hatálybalépése előtti, kiindulási állapot adatainak gyűjtése.

A fenti szempontok figyelembevételével az alábbiakban részletezett tevékenységek valósultak meg a *Dohányzás Fókuszpont* szakmai támogatásával és az *Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI)* által biztosított forrásból.

Médiakampány

Nemzetközi tapasztalatok alapján a törvényi szigorítás bevezetésének nélkülözhetetlen eleme a lakosság véleményformálása. Fontos a lakosság törvénnyel kapcsolatos ismereteinek megfelelő szintre emelése, és a rendelkezésekkel kapcsolatos pozitív attitűd kialakítása. Erre a célra a dohányzás teljes tilalmát már bevezető országok sikerrel alkalmazták médiakampányt, illetve ennek részeként tájékoztató jellegű nyomtatott anyagokat. A szigorítás társadalmi elfogadottságának további növeléséhez az elektronikus média bevonása is elengedhetetlen.

Hazánkban a passzív dohányzás elleni, valamint a leszokásra motiváló és informáló médiakampány² több szakaszban valósult meg, amelyeket a következő tematikus portálok segítettek:

- „Ne szívj tovább!” <http://neszivj.postr.hu/>,
- „Fellelegezhetünk!” <http://fellelegezhetunk.hu/web/>,
- valamint az *Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat* szakmai információkat és aktualitásokat is tartalmazó honlapja: <https://www.antsz.hu/>,
- a *Dohányzás Fókuszpont* honlapja: <http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/>,
- valamint a <http://www.leteszemacigit.hu> honlap.

A portálok és a médiában sugárzott rövidfilmek széles körben, közérthető módon tájékoztatták a lakosságot a törvényi szigorítás fontos részleteiről, illetve azt a célt szolgálták, hogy erősítsék a lakosság ezzel kapcsolatos pozitív attitűdjét. A feldolgozott témák a törvény rendelkezéseire, a szigorítás szükségességének okaira, az érintettek, az érintettség módjára vonatkozó kérdésekre adtak választ. A rövidfilmek készítésekor külön figyelmet fordítottak a lakosság törvény által érintett különböző célcsoportjaira, mint például: munkaadók, mun-



kavállalók, pedagógusok, egészségügyben dolgozók, fiatalok, vendéglátók, közösségi közlekedésben résztvevők. A hatásosság érdekében a rövidfilmek hiteles, és a célcsoportok befolyásolására alkalmas személyek bevonásával készültek. Ilyen személyiség *Kemény Dénes* vízilabdaedző, háromszoros olimpiai bajnok szövetségi kapitány, akinek főszereplésével két rövidfilm is készült, valamint a pályaudvarokon az ő hangjával hangzottak el a dohányzási korlátozással kapcsolatos pozitív üzenetek az utazóközönség részére. Elismert színészek részvételével több, a dohányzás és a passzív dohányzás egészségre gyakorolt hatását bemutató, illetve leszokási módszereket ismertető rövidfilm is készült. A honlapon humoros ábrák, képek és animációk tartották fenn a látogatók figyelmét. A törvény bevezetésének sikeressége érdekében ki kellett használni az elektronikus média és a személyes kommunikáció során terjeszthető nyomtatott tájékoztató anyagokban rejlő lehetőségeket. A kampány részét képezték a közterületeken elhelyezett óriásplakátok és egyéb infokommunikációs eszközök.

A médiakampányok mellett megvalósult a szórakoztató és vendéglátást nyújtó intézményekben a hatályba lépő *Nvt.*-módosítás *HORECA- (Hotels, Restaurants, Cafes)* promóciója,³ amely stílusjegyeiben megegyezett a dohánytermékek direkt, helyszíni promóciójához hasonló hostess-promóciókkal. A direkt hostess-promóció a szórakozóhelyek, vendéglátóegységek (klubok, kávézók, hostelek) bevonásával valósult meg, amelynek keretében felhívták a figyelmet a dohányzás káros hatásaira, szénmonoxid mérésel bemutatták, hogy a mérgező gáz a dohányzás után több órával is kimutatható a dohányzók tüdejében, és motiválták a résztvevőket a leszokásra. A hostess-promóció keretében tájékoztató anyagokkal, egészségkvízzel és vitaminportával hívták fel a célcsoport figyelmét a dohányzás káros hatásaira, biztatták a lakosságot az egészséges életmódra.

A törvény szigorítása elengedhetetlenné tette a lakossági és szakmai tájékoztatásra szolgáló <http://www.leteszemacigit.hu/> honlap információinak bővítését, továbbfejlesztését.⁴ Az új helyzetből adódó elvárásoknak megfelelő tartalom kialakításához nélkülözhetetlen volt a törvényt módosítás által előírt felirat, vagy más egyértelmű jelzés ajánlott változatainak elérhetővé tétele. Az új funkciók beépítésével lehetővé vált, hogy az intézménytulajdonosok letölthessék a dohányzást tiltó, illetve engedélyező táblák alapjául szolgáló egységes feliratokat, jelzéseket. A www.leteszemacigit.hu információs portál webcímét 2013-tól – az európai unió *Dohánytermék Irányelvben (2001/37/EK irányelv)* meghatározottak szerint – a cigarettás dobozok képekkel kombinált figyelmeztető feliratának szövegében is kell tüntetni, ahogy a törvény által előírt felirat, vagy más egyértelmű jelzés szövegében is.

Leszokásban segítő és az Nvt.-vel kapcsolatos észrevételek fogadására kialakított telefonos szolgáltatás

A dohányzás további térbeli korlátozása az egész lakosság, de elsősorban a dohányosok számára olyan jelentős változást jelent a mindennapi életben, hogy a törvény bevezetését megelőzően és azt követően nélkülözhetetlen a lehető legteljesebb körű tájékoztatás, véleményformálás és – ezzel párhuzamosan – a leszokásra történő motiválás, illetve segítségnyújtás. Erre az egyik legalkalmasabb eszköz egy olyan telefonos szolgáltatás biztosítása, amely alkalmas a leszokásban segítséget nyújtó módszerekről és helyekről szóló tájékoztatásra, valamint lehetőséget teremt a törvény betartásával kapcsolatos észlelések jelzésére. Utóbbi azért lényeges, mert azok számára is biztosítja, hogy észrevételeiket jelezzék, akik a hivatalos, személyes megjelenést is igénylő, időigényes hatósági ügyintézés menetében nem tudnak, vagy nem kívánnak részt venni.

A telefonvonalon beérkező észrevételeket továbbítjuk az illetékes népegészségügyi szakigazgatási szervnek. A helyi tarifával működő telefonos szolgáltatás száma: 06-40-200-493. Ezt a telefonszámot a cigarettásdobozok képekkel kombinált figyelmeztető feliratának szövegében valamint a törvény által előírt, dohányzási korlátozással érintett, illetve dohányzásra kijelölt helyeket jelölő felirat vagy más egyértelmű jelzés szövegében ugyancsak fel kell tüntetni. A szolgáltatás napi 24 órában automata nyomógombos rendszerként, munkanapokon 9-től 14 óráig ügyintéző tanácsadói szolgáltatás mellett működik.

Dohányzásra kijelölt, illetve dohányzási korlátozás alá eső területek kijelölése

A módosított *Nvt.* alapján a dohányzási korlátozással érintett helyet vagy helyiséget, valamint közterületet, illetve dohányzásra kijelölt helyet, nemdohányzó intézményt vagy munkahelyet az oda érkezők számára „szembetűnő”, „jól látható”, illetve „egyértelmű” módon felirat vagy jelzés alkalmazásával (pl. matricákkal) kötelező megjelölni. A jelölésre ajánlott matricák tartalmának megtervezése az *Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyért Felelős Államtitkárságának Népegészségügyi Főosztálya*, az *Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ)*, valamint az *OEFI Dohányzás Fókuszpont* szakmai munkájának támogatásával és koordinációjával valósult meg.⁵ A matricákból összesen 76 880 db, kültéri és beltéri változat is készült. Kétféle felirat, illetve ennek megfelelő ábra található rajtuk: „*Tilos a dohányzás*” és „*Dohányzásra kijelölt hely*”. A matricákat az ellenőrzések során az ÁNTSZ szakemberei osztották ki.



Képekkel kombinált figyelmeztetések a dohánytermékek csomagolásán

A dohánytermékek csomagolása, címkézése szintén fontos eszköze a dohányzás visszaszorításának. A dohányipar folyamatosan azon igyekszik, hogy minél több fogyasztót szerezzen, az új fogyasztókat függővé tegye és a dohányzók leszokását megakadályozza. A dohányipar azon taktikájának, hogy folyamatosan elterelje a figyelmet a dohánytermékek egészségkárosító, halált okozó hatásairól, fontos része a gondosan kialakított, tetszetős csomagolás. A fiatalok számára is vonzó, ríkióan színes csomagolás egyértelműen fogyasztásra ösztönöz.

A dohánygyártó cégek évente több millió dollárt költenek arra, hogy az új fogyasztókat függővé tegyék és a dohányzók leszokását megakadályozzák. Minthogy a cigaretta egészségre veszélyes termék, és fogyasztása bizonyítottan fokozott kockázatokkal jár, erről fogyasztóit megfelelő módon tájékoztatni kell. A dohánytermékek csomagolása, címkézése megfelelő szabályozást igényel.

A képes egészségvédő figyelmeztetések bevezetése a dohánytermékek csomagolásán – amelyet a magyar lakosság közel négyötöde támogat⁶ – fontos előrelépés. Ez egyrészt a fogyasztóval történő, egészséggel összefüggő kommunikáció legcéltobb módja, másrészt a fiataloknak szóló hatásosabb üzenetátadást tesz lehetővé, mint a szöveges figyelmeztetések.⁷

A WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye Dohánytermékek csomagolásával, címkézésével kapcsolatos 11. cikkének végrehajtását segítő irányelvek szerint a bizonyítékok arra utalnak, hogy a képeket is tartalmazó egészségi figyelmeztetések és üzenetek – a csupán szöveget tartalmazóképekhez képest – jobban észlelhetőek, hatásosabbak, jobban fokozzák a dohányzástól való leszokás szándékát, zavarhatják a márka imázsának hatását, és csökkenthetik a doboz átfogó vonzerejét.

A kombinált figyelmeztetésre vonatkozó előírásokat a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény (továbbiakban: *Nvt.*) 8. § (5) bekezdésében foglalt felhatalmazás alapján megalkotott, a dohánytermékek jelöléséről, valamint az egészségvédelmi bírság alkalmazásának részletes szabályairól szóló kormányrendelet (továbbiakban: *Kr.*) részletezi. A *Kr.* 1. melléklete tartalmazza a kombinált figyelmeztetéseket.

A bevezetett képek az alábbi honlapon tekinthetők meg: http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/42_kombinalt_figyelmeztetes_hu.pdf

Az *Nvt.* betartásának ellenőrzése

Az *Nvt.* betartásának ellenőrzésében a kormányhivatalokban működő Népegészségügyi Szakigazgatási Szervek (*NSZSZ*) és a kistérségi intézetek munkatársai vesznek részt. Az ellenőrzések során alkalmazott jegyzőkönyv és a hozzá tartozó, az ellenőrzés helye szerint specifikus mellékletei új változatának kidolgozására az Országos Tisztifőorvosi Hivatal szakembereinek részvételével munkacsoport jött létre.

Az új típusú jegyzőkönyv kialakításának folyamata a területen dolgozó kollegákkal történt konzultáció mellett az általuk korábban vezetett dokumentáció, valamint a módosított törvény új rendelkezései alapján történt. A megyei munkatársak bevonásával történt többkörös szakmai egyeztetést követően az *OTH Jogi Főosztály*, *Közegészségügyi Főosztály*, valamint az *OEFI Dohányzás Fókuszpont* munkatársai végezték a jegyzőkönyvek jogi, illetve szakmai revízióját.

A véglegesített jegyzőkönyv ezt követően került széleskörű szakmai nyilvánosság elé. Egnapos szakmai továbbképzés formájában a megyei népegészségügyi szakigazgatási szervek és a kerületi/kistérségi népegészségügyi intézetek dohányzás témakörrel foglalkozó munkatársai megismerhették a jegyzőkönyv napi gyakorlatban történő alkalmazhatóságát, illetve megtehték azzal kapcsolatos észrevételeiket. Az ellenőrzések során alkalmazandó jegyzőkönyvet és mellékleteit a törvénymódosításnak megfelelően alakítottuk ki, a segítségükkel gyűjtött adatok informatikai feldolgozása is folyamatos. Az elkészült 115 000 db önindígyós jegyzőkönyv kétpéldányos és lefűzhető.⁸

A törvény betartásának ellenőrzése során keletkezett adatok összesítése különböző mennyiségi és minőségi követelményeknek kell, hogy megfeleljen. Ehhez mindenképpen egy erre a célra fejlesztett, az iktatási rendszerhez illeszkedő új szoftver elkészítése volt szükséges.⁹ A szoftver segítségével a jövőben lehetővé válik az új jegyzőkönyvek által rögzített adatok pontos és részletes feldolgozása (pl. melyek a leggyakoribb törvénysértések, hol, milyen körülmények között történnek, stb.). A szoftver alkalmazásával készült elemzések segítik majd a törvény hatásainak vizsgálatát. A tapasztalatokhoz számítógépes adatok formájában történő hozzáférés segíteni fogja az ellenőrzések hatékonyabb végrehajtási módszertanának kifejlesztését. A szoftver támogatja a törvény betartását, emeli az ellenőrzésre felhatalmazott hatóságok adatszolgáltatásának minőségét, és segíti a hatóság, így az állam hitelességének megőrzését.

A 2012. január 1-én hatályba lépett, szigorított *Nvt.* ellenőrzésének eredményei a teljes évre rendelkezésre állnak. (1. táblázat)



Az intézkedések várható hatása a lakosság egészségi állapotának javulása. A jó egészség önmagában is jelentős egyéni és társadalmi érték, ugyanakkor egyéni és társadalmi erőforrás is. A dohányfogyasztás csökkentése javítja a munkaképes korúak egészségmutatóit. A hatékony szabályozási intézkedések alkalmazásával, valamint a fenntartható népegészségügyi célú kezdeményezések támogatásával várhatóan csökkennek Magyarország dohányzás okozta megbetegedési és halálozási mutatói. A lakosság jó egészsége a fenntartható gazdasági növekedés záloga, amely kiegyensúlyozott munkaerőpiacot és hosszan tartó, aktív életet jelent.

Az Nvt. módosításaival összefüggő vizsgálatok rövid áttekintése

A törvénymódosítást megelőző vizsgálatok

A tervezett törvénymódosítás, valamint az intézkedések előkészületeként 2008 áprilisában a *Medián Közvélemény- és Piackutató Intézet* az *Országos Egészségfejlesztési Intézet* megbízásából több szakaszból álló kutatást végzett a törvény tervezett módosításainak megítéléséről a vendéglátóiparban, az egészségügyben és a közoktatásban érintettek megkérdezésével.¹⁰ A kutatás célja az volt, hogy feltárja a válaszadók és a környezet dohányzási szokásait, valamint feltérképezze a tervezett módosi-

tás várható hatását és megítélését. Az adatfelvételre 2009 áprilisában került sor, az eredmények kedvezőek voltak.

Előzetes hatásbecslések is készültek az *Országos Egészségfejlesztési Intézet Dohányzás Fókuszpont* és a *Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Népegészségügyi Kar Egészséghatás Vizsgálat Munkacsoport* vezetésével.^{11, 12}

A nemdohányzók védelméről szóló törvény szigorításának hatása a zárt légtérű közösségi helyek levegőjének minőségére

A nemdohányzók védelméről szóló törvény szigorításával valamennyi zárt, közforgalmú intézményben teljes dohányzási tilalom van érvényben. A törvény betartásának ellenőrzésére, illetve az intézményekben megváltozott levegőminőség változásának mérésére, ezáltal a szigorítás hatásának monitorozására az *Országos Környezetegészségügyi Intézet Levegőhigiénés Osztálya*, az *Országos Egészségfejlesztési Intézet Dohányzás Fókuszpontja* és a fővárosi VI., VII., VIII., IX. kerületi Népegészségügyi Intézetek munkatársai kidolgoztak és megvalósítottak egy, a szórakoztató és vendéglátóipari létesítmények belső téri levegőminőségét vizsgáló kutatást.¹³

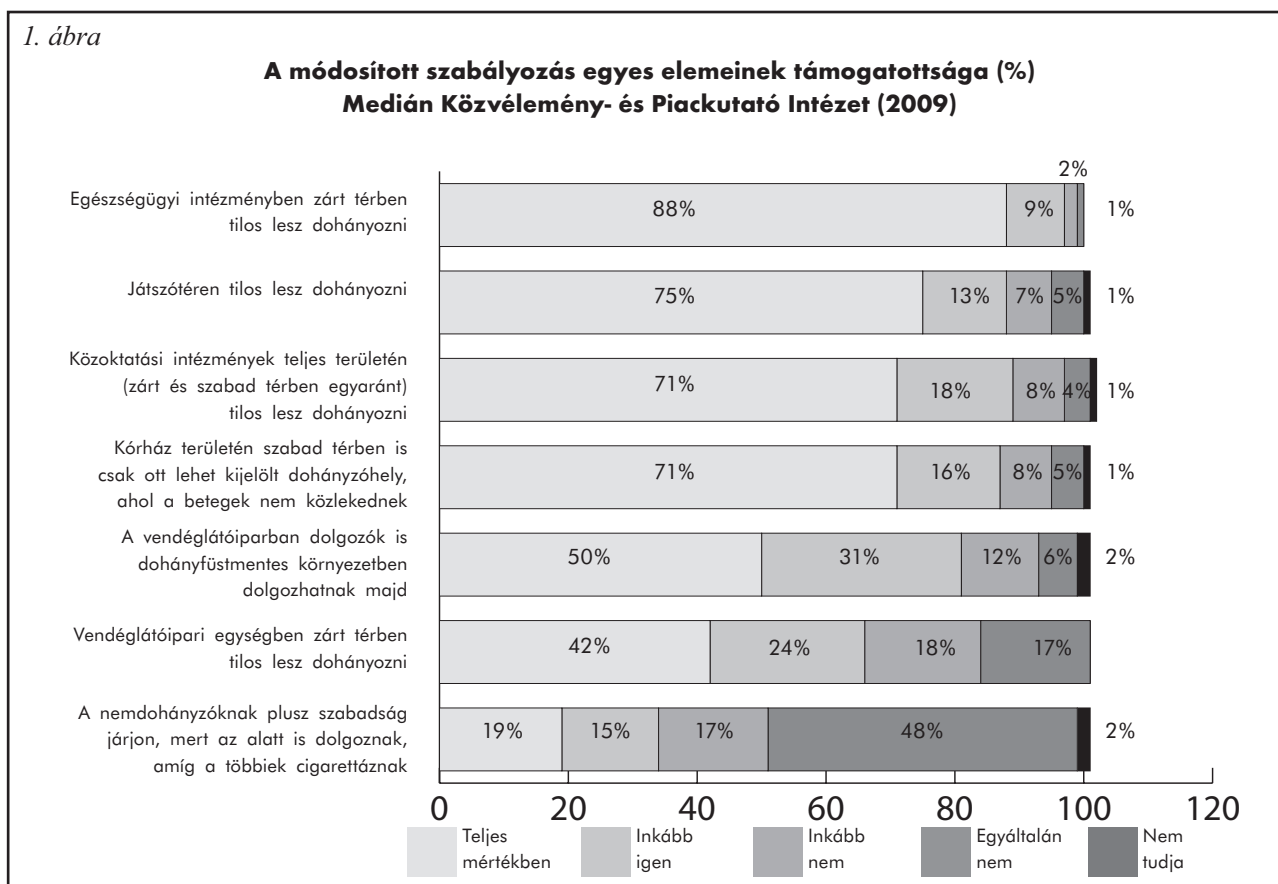
A vizsgálatban a szálló por 2,5µm alatti frakcióját (PM_{2,5}) választottuk indikátornak, mivel ezen porfrak-

1. táblázat

A 2012. január 1-jén hatályba lépett, szigorított Nvt. ellenőrzésének eredményei

	Vizsgált egységek típusa	Ellenőrzött egységek száma	Kifogásolt egységek száma	Hatósági intézkedések száma	Tervezett bírság összege (Ft)
1.	Büntetés-végrehajtási intézmény	35	3	19	200.000,-
2.	Pszichiátriai intézet	36	4	3	-
3.	Közösségi közlekedési eszköz	246	6	9	80.000,-
4.	Közterület	856	65	59	338.000,-
5.	Szálloda	1 086	17	11	200.000,-
6.	Közoktatási, gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmény	5 304	84	37	12.000,-
7.	Szórakoztató, vendéglátóipari egységek	8 709	339	234	5.220.000,-
8.	Egészségügyi szolgáltató	8 784	92	44	106.000,-
9.	Közforgalmú intézmény	10 664	301	185	4.800.000,-
10.	Munkahelyek	20 227	275	161	1.150.000,-
11.	Összesen	55 947	1 186	762	12.106.000,-





ció a beltéri dohányfüstre nagyon érzékeny. A cigarettából származó dohányfüstrészecskék átmérője a finom és az ultrafinom részecsketartomány (0,02–2µm) közé esik.

A végzett felmérés eredményei egyértelműen igazolták azt a feltevést, hogy a dohányzást tiltó rendelkezések hatására a beltéri légszennyezettségben jelentős javulás várható. A vizsgált 2,5µm alatti részecskék tömegkoncentrációja szignifikánsan ($p < 0,001$) magasabbnak bizonyult valamennyi vizsgált vendéglátóipari egységben, ha az adott belső térben dohányoztak. Az átlag PM_{2,5} koncentrációban az összes vizsgált zárt légtérű helyszínen 90% körüli csökkenés figyelhető meg a dohányzást tiltó törvény szigorítása után.

A vendéglátóhelyek előtt, kültéren végzett mérések, a külső térre jellemző, lényegében változatlan PM_{2,5} eredmények igazolták, hogy a vizsgált belső terekben a cigarettafüst számít a magas 2,5µm alatti aeroszol-koncentráció legfőbb forrásának. A dohányosok, valamint a vendéglátóhelyek tulajdonosai által gyakran hangoztatott azon érvelés tehát, amely szerint sokkal nagyobb mértékű a levegő szennyezettsége az utcákon, a forgalmas utak mentén, mint pl. egy étteremben, ahol dohányoznak, ebből a szempontból cáfolható.

Lakossági és ifjúsági felmérések

A külföldi tapasztalatok alapján várható, hogy a törvény hatálybalépése a hazai dohányzási szokásokban, illetve az azzal kapcsolatos attitűd tekintetében változásokat indít meg. A változások igazolásához elengedhetetlenül szükséges volt a törvény hatálybalépése előtti, kiindulási állapot adatainak gyűjtése. Legutóbb néhány éve (*ELEF 2009*) történt adatfelvétel e területen, ezért indokolt volt a magyar felnőtt lakosság dohányzási szokásairól adatot szolgáltató kérdőíves felmérés megvalósítása 2012 elején.¹⁴

Felnőtt Dohányzás Felmérés 2012/15 (17+)

A felmérés célja a magyar felnőtt lakosság dohányzási szokásainak vizsgálata volt. A kérdőíves adatfelvételt az *Országos Egészségfejlesztési Intézet* szakmai irányításával és megrendelésére a *TÁRKI Társadalomkutatási Intézet Zrt.* végezte. Az adatfelvétel a 2012 februári és márciusi Omnibusz kérdéses keretei között zajlott. A vizsgálat keretein belül 1 543 személy válaszolt a kérdőívre. A becslések a minta alapján, a nem intézményben élő felnőtt magyar lakosságra vonatkoznak.



Kiemelt megállapítások

A dohányzás gyakorisága, intenzitása

– A napi rendszerességgel dohányzók aránya 2000 óta a férfiaknál csökkenő tendenciát mutat, míg a nőknél számottevő változás nem figyelhető meg. 2009-cel összevetve a 65 év alatti férfiaknál közel 2%-os csökkenés, a 65 év felettiéknél azonban 2%-os emelkedés tapasztalható. A nőknél 2009 óta 1%-kal nőtt a naponta dohányzók aránya.

– Az iskolai végzettséggel meredeken csökken a napi rendszerességgel dohányzó férfiak aránya: míg a legfeljebb 8 általánost végzett férfiak 45%-a dohányzik naponta, addig ez az arány a legfeljebb érettségiig jutó férfiaknál 32%, az ennél magasabb végzettségűeknél 20%. A nőknél a középiskolát végzeteknél a legmagasabb a napi rendszerességgel történő dohányzók aránya (a legfeljebb 8 általánost végzetek: 22%; a legfeljebb érettségizettek: 26%; az érettségienél magasabb végzettségűek: 18%).

– Azon férfiaknak, akik úgy vélik, anyagilag nehéz helyzetben élnek, több mint a fele (54%) naponta dohányzik. Azon férfiak, akik anyagi helyzetüket közepesnek tartják, fele ilyen gyakorisággal (25%) dohányoznak naponta. A magukat jómódúnak tartó férfiak 45%-a ugyancsak rendszeresen dohányzik. A nőknél ezek az arányok hasonlóan alakulnak: 37%–19%–35%.

– Hakiszűrjük az életkor és az iskolai végzettség zavaró hatását – 2009-ben gyűjtött adatok alapján – nőknél és férfiaknál egyaránt egyértelmű összefüggés mutatható ki a dohányzók aránya és a háztartási jövedelem szerint képzett csoportokban: a legalacsonyabb jövedelmi ötödben közel kétszeres (nőknél 1,7-szeres, férfiaknál 1,9-szeres) a dohányzók aránya, mint a legmagasabb ötödben.

– Az elszívott cigaretták száma 2009 óta közel 8%-kal csökkent. A gyári és sodort cigaretták aránya jelentősen megváltozott: 2012-ben a sodort cigaretták száma majdnem a duplájára növekedett, elérte az elszívott cigaretták mennyiségének egyharmadát.

Passzív dohányzás

– A dohányosok kétharmada (66%) gyűjt rá saját otthonában. A nemdohányzók 12%-a szív be dohányfüstöt otthon is.

– A nemdohányzók mintegy 7%-a volt dohányfüstnek kitéve zárt légtérben munkahelyén vagy vendéglátóhelyeken, 5%-uk a várótermekben is.

– A nyílt légtérű közösségi helyeken a nemdohányzók 10%-kal gyakrabban tapasztaltak dohányfüstöt, mint zárt légtérben. A nemdohányzók ötöde (21%) a kö-

zösségi közlekedés várakozó és megállóhelyein is ki volt téve dohányfüstnek.

A dohányzás korlátozásának támogatottsága

– A dohányzásnak az egészségügyi, közoktatási és más közintézményekben, valamint a játszótéren való korlátozását a dohányzók és nemdohányzók egyaránt támogatják.

– A nemdohányzók többsége (61%) egyetért azzal, hogy a bárókban, kocsmákban tiltják a dohányzást, sőt a dohányosok negyede is így véli. Az éttermekre, a közlekedési eszközökre és a munkahelyekre vonatkozóan a nemdohányzók 80%-a, a dohányosok 50%-a támogatja a tiltást.

A dohánytermékek kötelezően egyforma csomagolásának és a forgalmazás térbeli szabályozottságának támogatottsága

– A dohánytermékek kötelezően egyforma csomagolására vonatkozó javaslattal a dohányosok 20%-a, a nemdohányzók 40%-a ért csupán egyet.

– A dohánytermékek kizárólag erre szakosodott boltokban való árusítását a dohányosok 18%-a támogatja.

Leszokás

– A kérdést megelőző 6 hónapban a naponta dohányzók negyede (25%), az alkalmi dohányzók közel fele (40%) próbált leszokni a dohányzásról.

A felnőtt korosztály mellett fontos a fiatalok körében történő adatgyűjtés is. A *Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás-felmérés (Global Youth Tobacco Survey – GYTS)* elnevezésű kutatást az ENSZ Egészség-ügyi Világszervezete (WHO), az amerikai Betegség Megelőzési Központ (CDC) az ENSZ Gyermekjogi Szervezetével (UNICEF) együttműködésben, 1998-ban indította útjára. Ennek az egész világra kiterjedő projektnek célja a 13–15 éves fiatalok dohányzási szokásaira és attitűdjére irányuló információgyűjtés.

Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérés 2012 Magyarország (13–15 éves korosztály) *Global Youth Tobacco Survey (GYTS)*

Tények, adatok

A magyarországi GYTS a cigaretta és más dohánytermékek használatának gyakoriságáról, illetve a dohányfogyasztás hat meghatározó tényezőjéről szolgáltat adatokat: hozzáférés/elérhetőség, ár, passzív dohányzás, leszokás,



média és reklám, valamint iskolai tananyag. Ezek az eredmények jól hasznosíthatóak egy magyarországi átfogó dohányzásellenőrzési program összetevőiként. A 2012. évi *GYTS* harmadik magyarországi fordulója is iskola-alapú felmérés, amelyben 7–9. évfolyamba járó tanulók vettek részt.

A 13–15 éves korosztályban, a 7., 8., vagy 9. évfolyamokban kétlépcsős, rétegzett, csoportos mintavételi eljárást alkalmaztunk.

A mintavételi keret magában foglalta az összes magyar iskolát, minden azonosított évfolyammal, évfolyamok, illetve települési kategóriák szerint rétegezve, így a különböző városi és vidéki területeket reprezentálva Magyarországon.

Az első lépcsőben az iskolák beválasztásának valószínűsége arányos volt a különböző évfolyamokra beiratkozott diákok számával és a település kategóriájával. A második mintavételi lépcsőben a kiválasztott iskolából egy osztály véletlenszerű kiválasztása történt meg.

Az iskolák válaszadási aránya 94%, az osztályoké 99%, a diákoké 88% volt. Összesen 3 844 tanuló vett részt a 2012. évi magyarországi *GYTS* felmérésben, 60%-uk (2 325 fő) életkora esett 13 és 15 év közé.

A dohányzás társadalmi terhei Magyarországon¹⁶

A nemzetközi standardok szerint a dohányzás 15 diagnóziscsoportban okoz bizonyítottan betegségeket. Az ezen betegségekkel kapcsolatosan, a dohányzás következtében fellépő terhek becsléséhez az egészségügyi ellátás igénybevételére, valamint a halálózásra vonatkozóan (az ezekhez kapcsolódó költségekkel együtt) szakértői elemzés készült. A terhek dohányzásnak tulajdonítható részaránya kiszámításához figyelembe kellett venni a dohányzási szokásokra vonatkozó 2009-es *Európai Lakossági Egészségfelmérés* eredményeit, továbbá a nemzetközi gyakorlatban használt kockázati értékeket, amelyek megmutatják, hogy a dohányzás mennyivel növeli egy adott betegség esélyét. A költségelemzés a dohányzás direkt és indirekt költségeinek, valamint az állami bevételeknek a 2010-es évre vonatkozó becslésére irányult.

A kutatás és az annak felhasználásával készült elemzés főbb megállapításai az alábbiak:

– 2010-ben 20 470 ember halt meg Magyarországon a dohányzás következtében, ami az összes halálozás egyhatoda (16%). A férfiak esetében az összes halálozás közel negyede (23%), a nőknél tizede (9%) volt a dohányzás következménye.

– A dohányzás következtében a Magyarországon várhatóanál korábbi elhalálozás miatt elveszített életevek száma 2010-ben 340 ezer volt. A dohányzó férfiak átlagosan legalább 16, a nők legalább 19 évvel rövidítették meg az életüket. A veszteség kétharmada a gazdasági

szempontból legaktívabb életszakaszra, a 35 és 65 év közötti időszakra esett.

– 2010-ben a dohányzással kapcsolatos állami bevételek az általános forgalmi adóból, a jövedéki adóból és egyéb befizetésekből (személyi jövedelemadó, társasági adó, járulékok) meghaladták a 360 milliárd forintot. Ennek közel háromnegyedét a jövedéki adó, negyedét az ÁFA tette ki.

– A dohányzás miatt keletkező közvetlen és közvetett kiadás 2010-ben több mint 441 milliárd forint volt.

– A magyarországi dohányzás miatt felmerült egyéni és állami összes kiadás, illetve bevétel szaldója 2010-ben 80 milliárd forint veszteség volt.

Az *Nvt.* törvénymódosítások, valamint az intézkedések hatásvizsgálatára vonatkozó javaslat

A monitorozás általános célja

Információt szolgáltatni a törvénymódosítás bevezetésének *népegészségügyi és gazdasági következményeiről*, végrehajtásának eredményességéről.

A monitorozás speciális céljai

– Beszámolni a törvény bevezetését követő *népegészségügyi* változásokról.

– Információt szolgáltatni a törvény *végrehajtásának ellenőrzéséről* és annak eredményeiről.

– Beszámolni a *dohánytermékek előállításának, forgalmazásának* helyzetéről.

– Beszámolni a *nikotint tartalmazó termékek szabályozásának* alakulásáról.

– Beszámolni a *szórakoztató és vendéglátóipari szolgáltatást* nyújtó szektor helyzetéről.

– Ismereteket nyújtani a törvénnyel kapcsolatos kommunikációhoz.

A monitorozás során megválaszolendő kérdések

A törvény bevezetését követő népegészségügyi változásokkal kapcsolatos kérdések:

– Megváltoztak-e a dohányzási szokások Magyarországon? Hogyan változott a dohányzók aránya a különböző társadalmi csoportokban? Kevesebb cigarettát szívnak el? Később kezdenek a fiatalok dohányozni? Növekedett a füst nélküli dohányzás gyakorisága?

– Változott-e a felnőtt lakosság körében az akut szívinfarktussal kórházba szállítottak száma, valamint a gyermekek körében a súlyos asztmás roham miatti kórházi felvételek száma?

– A nemdohányzók milyen gyakran és mennyi ideig

2. táblázat

Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérés 2012 Magyarország (13–15 éves korosztály)
(Global Youth Tobacco Survey (GYTS))

	2003			2008			2012					
	S	Férfi	Nő	S	Férfi	Nő	S	CI	Férfi	CI	Nő	CI
Gyakoriságok												
Kipróbálta már valaha a dohányzást	66,00	68,00	64,00	58,00	57,00	58,00	57,00	53,12-60,06	61,00	57,48-64,90	52,00	47,76-56,21
Jelenleg is fogyaszt valamilyen dohányterméket	–	–	–	28,00	28,00	27,00	35,00	32,4-38,66	41,00	37,18-44,22	30,00	26,75-34,11
Jelenleg cigarettázik	27,00	27,00	27,00	24,00	22,00	24,00	27,00	24,32-30,43	31,00	27,33-34,5	23,00	24,32-27,27
Jelenleg naponta cigarettázik	5,00	6,00	5,00	6,00	6,00	5,00	7,00	5,47-8,81	9,00	6,65-10,99	5,00	3,97-7,16
Szívott szivart, szivarkát az elmúlt 30 napban	5,00	7,00	3,00	4,00	6,00	3,00	6,00	5,12-7,17	9,00	6,65-10,99	3,00	1,86-3,55
Használt rágódohányt az elmúlt 30 napban	–	–	–	–	–	–	3,00	2,06-3,31	4,00	3,01-5,02	1,00	0,89-2,02
Szívott kézzel sodort cigarettát az elmúlt 30 napban	–	–	–	6,00	7,00	5,00	13,00	10,71-14,86	15,00	13,05-18,31	10,00	7,79-12,23
Használt e-cigarettát az elmúlt 30 napban	–	–	–	–	–	–	13,00	11,52-15,15	16,00	13,74-18,52	11,00	8,64-12,66
Szívott pipát/vízpipát az elmúlt 30 napban	1,00	1,00	1,00	12,00	14,00	9,00	20,00	17,66-21,58	24,00	22,09-26,78	15,00	12,44-17,36
Azok közül, akik már kipróbálták a dohányzást, 10 éves kora alatt próbálta először	20,00	23,00	17,00	18,00	20,00	16,00	13,00	10,98-14,36	15,00	12,51-17,11	10,00	7,79-12,23
Hozzáférés és elérhetőség – jelenleg dohányzók												
Azok közül, akik soha nem dohányoztak, lehetségesnek tartja, hogy a következő évben el fogja kezdeni a dohányzást	24,00	16,00	30,00	19,00	16,00	21,00	23,00	20,41-25,54	22,00	19,19-26,05	23,00	20,01-26,78
Otthon szokott dohányozni	10,00	–	–	6,00	–	–	13,00	11,35-15,7	15,00	12,74-17,88	11,00	9,46-14,23
Boltban veszi a cigarettát	60,00	–	–	48,00	–	–	45,00	40,49-49,13	48,00	42,99-53,8	40,00	34,94-45,75
Akik boltban vásárolták a cigarettát, nem utasították vissza az eladók a kiszolgálás során a korukra való hivatkozással	71,00	–	–	52,00	–	–	43,00	37,46-49,4	45,00	37,32-52,2	41,00	33,27-49,88

2. táblázat

**Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérés 2012 Magyarország (13–15 éves korosztály)
(Global Youth Tobacco Survey (GYTS))**

	2003			2008			2012					
	S	Férfi	Nő	S	Férfi	Nő	S	CI	Férfi	CI	Nő	CI
Gyakoriságok												
Passzív dohányzás												
Otthonában az ő jelenlétükben dohányoznak	84,00	–	–	43,00	–	–	44,00	41,6-47,1	44,00	40,99-47,46	45,00	41,3-47,68
Otthonán kívüli helyeken dohányfüstnek van kitéve	93,00	–	–	73,00	70,00	75,00	70,00	67,44-72,13	70,00	66,82-72,38	70,00	67,04-72,8
Egyetért a dohányzást tiltásával az otthonán kívüli helyeken	70,00	71,00	70,00	77,00	78,00	77,00	97,00	96,59-97,92	97,00	95,95-97,69	98,00	96,74-98,42
Úgy gondolja, hogy mások dohányzása káros az ő számára	–	–	–	62,00	–	–	60,00	58,31-62,38	58,00	55,17-60,17	63,00	60,33-65,62
Legalább egyik szülője dohányzik	58,00	–	–	71,00	–	–	49,00	46,72-52,19	49,00	46,22-52,51	50,00	46,25-52,84
Dohányzik az édesanyja	–	–	–	33,00	–	–	33,00	30,79-35,9	33,00	29,96-35,97	33,70	30,84-36,66
Dohányzik az édesapja	–	–	–	38,00	–	–	37,00	34,83-39,42	33,00	33,96-39,52	38,00	34,62-40,47
Azok közül, akik otthon passzív dohányzásnak van kitéve, hány % dohányzik	–	–	–	–	–	–	39,00	–	43,00	35,00	–	–
A legtöbb vagy minden barátja dohányzik	26,00	–	–	22,00	–	–	22,00	18,68-24,85	24,00	20,76-27,3	19,00	15,93-23,28
Leszokás – Jelenleg dohányzók												
Le akar szokni a dohányzásról	38,00	–	–	41,00	–	–	42,00	38,47-46,03	43,00	37,63-47,55	42,00	36,29-47,48
Az elmúlt évben megpróbált leszokni a dohányzásról	69,00	–	–	66,00	–	–	59,00	56,14-62,64	55,00	51,25-59,44	65,00	59,63-69,8
Már kapott valaha segítséget a leszokáshoz	56,00	–	–	48,00	–	–	49,00	45,54-52,49	48,00	43,23-52,36	50,00	45,22-55,63
Mindig úgy érzi, hogy reggel rögtön rá kell gyújtania	14,00	–	–	17,00	–	–	24,00	19,63-27,93	26,00	20,82-31,43	21,00	16,26-26,94
Nehéznek találja a dohányzásról való leszokást	–	–	–	–	–	–	81,00	78,95-83,69	79,00	74,74-82,14	84,00	81,4-87,04

2. táblázat

Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérés 2012 Magyarország (13–15 éves korosztály)
(Global Youth Tobacco Survey (GYTS))

	2003			2008			2012					
	S	Férfi	Nő	S	Férfi	Nő	S	CI	Férfi	CI	Nő	CI
Gyakoriságok												
Média és reklám (negatív hatások)												
Látott dohányzásellenes médiaüzeneteket a TV-ben	–	–	–	83,00	–	–	70,00	67,83-71,22	66,30	64,06-68,39	72,00	70,4-75,01
Hallott dohányzásellenes média üzeneteket rádióban	–	–	–	–	–	–	34,00	31,88-36,81	35,00	32,66-38,24	33,00	30,26-36,41
Látott dohányzásellenes üzenetet (megelőzés, leszokás segítés) hirdetőtáblán	–	–	–	59,00	–	–	43,00	41,5-45,31	42,00	39,22-43,96	45,00	42,65-47,8
Látott dohányzásellenes hirdetést (megelőzés, leszokás segítés) újságban vagy magazinban	–	–	–	33,00	–	–	45,00	42,73-46,81	42,00	38,37-43,42	48,00	44,94-50,65
Van valamilyen emléktárgya valamely cigaretta márka logójával	25,00	–	–	16,00	–	–	10,00	9,17-11,39	13,00	11,57-15,03	7,00	6,06-8,69
Megkínált valamely dohánycég képviselője ingyen cigarettával	6,00	–	–	6,00	–	–	5,00	3,89-5,60	6,20	4,97-7,79	3,00	2,36-4,13
Látott dohányzásellenes médiaüzenetet az interneten az elmúlt 30 napban	–	–	–	53,00	–	–	59,00	57,08-60,36	57,00	54,79-59,65	60,00	58,03-62,35
Látott dohányzásellenes médiaüzenetet a moziban az elmúlt 30 napban	–	–	–	–	–	–	17,00	15,26-18,42	19,00	17,13-21,13	14,00	12,62-16,75
Látott dohányzásellenes médiaüzenetet sport-eseményeken, koncerteken, vásárokon, stb.	–	–	–	–	–	–	79,00	77,88-80,87	77,00	74,31-79,23	82,00	80,13-83,56
Látott dohányzó színészeket tévében, videón, DVD-n, vagy moziban	–	–	–	93,00	–	–	91,00	91,43-93,51	91,40	90,04-92,55	94,00	92,22-94,88
Az iskola épületében naponta látja tanárait iskolaidőben dohányozni	–	–	–	25,00	–	–	11,00	9,39-12,67	14,00	11,96-16,34	8,00	6,47-9,48
Az épületen kívül, de az iskola területén (pl. udvaron) naponta látja tanárait iskolaidőben dohányozni	–	–	–	21,00	–	–	13,00	11,32-15,59	15,00	11,17-18,15	11,00	9,01-13,78
Az épületben naponta látja diáktársait iskolaidőben dohányozni	–	–	–	19,00	–	–	7,00	5,84-9,33	9,00	6,63-10,96	6,00	4,75-8,18
Az épületen kívül, de az iskola területén (pl. udvaron) naponta látja a diáktársait iskolaidőben dohányozni	–	–	–	32,00	–	–	13,00	10,78-15,5	15,00	11,97-17,99	11,00	46,31-53,15

2. táblázat

Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérés 2012 Magyarország (13–15 éves korosztály)
(Global Youth Tobacco Survey (GYTS))

	2003			2008			2012					
	S	Férfi	Nő	S	Férfi	Nő	S	CI	Férfi	CI	Nő	CI
Gyakoriságok												
Iskola (megelőzés)												
Részt vett az osztályban a dohányzás ártalmairól szóló oktatáson ebben a tanévben	49,00	–	–	57,00	–	–	64,00	60,57-68,2	63,00	58,36-66,54	66,00	61,86-70,67
Ebben a tanévben valamely tanórán részt vett a vele egyidős fiatalok dohányzásának okairól szóló beszélgetésen	38,00	–	–	41,00	–	–	47,00	43,95-49,26	44,00	40,48-46,5	50,00	46,31-53,15
Részt vett oktatáson ebben a tanévben a dohányzás hatásairól	41,00	–	–	52,00	–	–	–	–	–	–	–	–
Biztosan emlékszik rá, hogy az óvodában beszéltek neki a dohányzásról	–	–	–	9,00	–	–	5,00	4,71-6,36	6,00	CI: 4,86-7,13	5,00	4,09-6,28
E-cigaretta használók												
Az elmúlt 30 napban E-cigaretta használók közül nem dohányzik	–	–	–	–	–	–	6,70	90,51-95,24	–	–	–	–
Az elmúlt 30 napban E-cigaretta használók közül dohányzik (alkalmi+naponta)	–	–	–	–	–	–	93,30	90,51-95,24	–	–	–	–
Vélemény												
Úgy gondolja, hogy a dohányzó fiúknak több barátjuk van	–	–	–	–	–	–	22,00	24,53-28,29	22	19,86-24,32	31	28,03-33,48
Úgy gondolja, hogy a dohányzó lányoknak több barátjuk van	–	–	–	–	–	–	18,00	16,54-19,89	17	14,64-19,09	20	17,51-21,79
Úgy gondolja, hogy a dohányzó fiúk vonzóbbak	–	–	–	–	–	–	11,00	9,77-12,77	13	11,65-15,39	9	7,29-10,96
Úgy gondolja, hogy a dohányzó lányok vonzóbbak	–	–	–	–	–	–	8,00	6,47-9,18	9	6,97-10,22	7	5,38-9,01



vannak otthon vagy munkahelyükön, zárt légtérben passzív dohányzásnak kitéve?

– Növekedett-e a leszokni szándékozók, illetve a leszokást megpróbáltak aránya? Milyen gyakran és milyen fajta segítséget (mint pl. gyógyszer vagy speciális kezelés) vettek igénybe a leszokáshoz? Mennyire voltak sikeresek a leszokási kísérletek?

– Csökkent-e a dohányzással összefüggő halálozások és megbetegedések aránya Magyarországon? Csökkent-e az egészségügyi ellátás dohányzással összefüggő betegségek miatti igénybevétele?

– Mennyi és milyen típusú dohányzás visszaszorítását célzó kampányt indítottak, kommunikációs tevékenységet végeztek? Mennyi és milyen korösszetételű célcsoportot érthettek el?

– Milyen gyakran és milyen típusú, dohányzást népszerűsítő, támogató reklámmal lehetett találkozni?

– Mit gondol a lakosság a dohányzás ártalmasságáról, a leszokás lehetőségeiről, a cigaretta elérhetőségéről, áráról? Mely társadalmi csoportok hogyan vélekednek a dohányzás tiltásáról? Betartják-e a lakosok a dohányzásra vonatkozó jogszabályokat?

A törvény végrehajtásának ellenőrzésével és annak eredményeivel kapcsolatos kérdések:

– Milyen hatósági ellenőrzések történtek, és azok milyen eredménnyel zárultak? (havi, az ellenőrző és az ellenőrzött egységek bontásában)

– Milyen helyi jogszabályalkotás történt, és milyen intézkedéseket hoztak a dohányzás visszaszorítása céljából?

A dohányárak előállításának, forgalmazásának a törvény bevezetését követően tapasztalható változásaival kapcsolatos kérdések:

– Hogyan alakult a dohánytermesztés, valamint az import és az export Magyarországon?

– Hogyan változtak a dohánytermékek hazai előállításának és forgalmazásának gazdasági adatai?

– Tapasztalható-e változás a dohánytermékek illegális forgalmazásával kapcsolatos adatokban?

A szórakoztató és vendéglátóipari szolgáltatást nyújtó szektorral kapcsolatos kérdések:

– Hogyan alakult a szolgáltatók száma?

– Hogyan alakult a munkavállalók száma?

– Hogyan változtak a forgalomra vonatkozó gazdasági adatok?

A lakossági alapállapot-felmérések folytatásaként – a változások kimutatásához – 2013-ban az alábbi felmérések megismétlése szükséges:

– Nemzetközi Ifjúsági Felmérés (GYTS) – magyarországi 2012. évi felmérés.

– Felmött felmérés – 2012. évi felmérés.

JEGYZETEK

1. Részletek „Az Nvt. módosításaival összefüggő vizsgálatok rövid áttekintése” című fejezetben.
2. 10 M Ft értékben. Szerződésszám: 29529-2/2011/EGP
3. 3 M Ft értékben. Szerződésszám: 29529-2/2011
4. 1 M Ft értékben. Szerződésszám: 19948-2/2011/NÜF
5. 2,5 M Ft értékben. Szerződésszám: 29529-2/2011/NÜF
6. *Flash Eurobarometer*, 253. http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_253_en.pdf
7. *Lakossági felmérés a képes egészségvédő feliratok magyarországi bevezetéséről*. FACT, 2009. http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/kepekkel_kombinalt_figy_lakossagi_felmeres_zarajelentes_2009.pdf
8. 2,5 M Ft értékben. Szerződésszám: 28910-2/2011/NÜF
9. 7,5 M Ft értékben. Szerződésszám: 19944-2/2011/NÜF
10. *A nemdohányzók védelméről szóló törvény megítélése és várható hatása*. Kérdőíves felmérés az Országos Egészségfejlesztési Intézet számára. MEDIÁN, 2009. http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/nvt_szigoritas_hatasa_a_vendeglatoiparra_oeffi_df_2009.pdf

tó hatása. Kérdőíves felmérés az Országos Egészségfejlesztési Intézet számára. MEDIÁN, 2009.

http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/nvt_szigoritas_hatasa_a_vendeglatoiparra_oeffi_df_2009.pdf

11. *A tervezett jogszabály változtatások lehetséges hatásainak vizsgálata és előzetes költség-haszon becslése a javasolt intézkedések figyelembevételével a nemzetközi tapasztalatok alapján*. Országos Egészségfejlesztési Intézet (OEFI), 2008. március

http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/nemdoh_vedelme_hatastanulmany_OEFI_DF_2008.pdf

12. *A nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény módosításáról*. Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Kar, Egészséghatás Vizsgálat Munkacsoport, Egészséghatás Vizsgálat, Debrecen, 2009. május 20.





TOVÁBBKÉPZÉS

13. „A nemdohányzók védelméről szóló törvény szigorításának hatása budapesti vendéglátóhelyek beltéri levegőminőségére.”
Népegészségügy, 90. évfolyam 3. szám (2012)
http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/Indoor_air_quality_in_hospitality_venues_before_and_after_%20prohibition_%20of_%20smoking_2012.pdf
14. 7,95 M Ft értékben. Szerződés szám: 29529-2/2011/NÜF
15. *Felnőtt Dohányzás Felmérés 2012*. Országos Egészségfejlesztési

Intézet–TÁRKI.

http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/17_evnel_idosebb_lakossag_dohanyzas_felmeres_honlapra_20130108.pdf

16. *A dohányzás társadalmi terhei Magyarországon*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2012.

http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/dohanyzas_tarsadalmi_terhe_OEFI_2012_.pdf





A segítség értelmezése az ápolói hivatásban

Nagy Zsuzsanna

Szegedi Tudományegyetem, Oktatáselméleti Kutatócsoport

A segítség értelmezése az ápolás klasszikus modelljeiben

Az egyén élete során folyamatosan törekszik szükségleteinek kielégítésére. Maslow (1954/1970) klasszikus szükséglethierarchiájának valamennyi lépcsőjét célunk megvalósítani a jóllét optimális állapotának elérése érdekében. Adódnak azonban olyan helyzetek, állapotok, problémák, amelyek megoldásában egyedül nem boldogulunk, és ekkor családtagjaink, barátaink, közeli és távoli ismerőseink segítségét kérjük. Az élet más területein szakértőkkel alakítunk ki segítő kapcsolatot. A segítő foglalkozások szakemberei, a pedagógusok, a gondozók, a szociális munkások, a pszichológusok, a mentálhigiénikusok, az orvosok és az ápolók (Exterdéné és Szarkáné, 2008) a másoknak való segítséget hivatásuknak tekintve járulnak hozzá különféle szükségleteink kielégítéséhez. Tanulmányunkban szakirodalmi feltárás alapján a segítség (helping) értelmezését, az ápolói hivatásban való megvalósítását vizsgáljuk, illetve az ápolás mint hivatás értelmezését, az ápoló mint segítő szakember szerepét a kérdőíves felmérés módszerével kutató empirikus vizsgálatunk eredményeiről számolunk be.

Az ápolásról beszélve nem hagyhatjuk említés nélkül *Florance Nightingale* nevét, akinek munkásságához köthető az ápolás tudományának születése. Neki köszönhetjük „az ember és környezet kölcsönhatásának vizsgálatát, a megfigyelésre alapozott, dokumentált ápolást, az epidemiológiai szemléletű gondolkodást, és végül a statisztikai elemzésre alapozott következtetések levonását” (Zrínyi, 2000). Korszakalkotó jelentőségű

művében a *Notes on nursing* (1860) című munkájában az ápolás első kézikönyvét teremtette meg, megalapozva ezzel az ápolás elismerését a tudományok rendszerében. A „lámpás hölgy” (Kertész, 2001) tevékenysége nyomán megindult az ápolás professzionalizálódása, tudománynyá formálódása, és Nightingale mellett sorra jelentek meg az ápolástudomány elméletalkotói, akiknek jellemzően gyakorlati problémákat célzó (Zrínyi, 2000) koncepciói megalapozták az ápolás tudományos jellegét, kijelölték elméleti kereteit.

Peplau fejlődésen alapuló modellje (Baukó, Kujalek és Wetzelné, 2006) az ápoló és a beteg közötti interperszonális kapcsolat alakulását, fejlődését helyezi az ápolási tevékenység középpontjába. Peplau meghatározása szerint „az ápolás emberi kapcsolat egy beteg vagy egészségügyi ellátásra szoruló egyén és egy nővér között, aki speciálisan képzett a segítségigény felismerésére és kielégítésére” (Peplau, 1952/1991, 5–6. o.) Hangsúlyozza a segítő kapcsolat kölcsönösségét, kiemeli annak hatását a beteg és az ápoló személyiségére, viselkedésére egyaránt. Peplau (1952/1991) az ápolás céljaként a beteg érett személyiséggé válásának segítségét jelöli meg, amely lehetővé teszi a problémák felismerését és az azokkal való megküzdést is.

Abdellah és munkatársai szerint az ápoló az egyént teljes emberi mivoltában ápolja, feladata a testi, lelki, érzelmi, szellemi és társadalmi szükségletek kielégítése egyaránt. Peplauhoz hasonlóan Abdellah páciensközpontú megközelítése is hangsúlyozza az ápoló és a beteg kapcsolatának interperszonális jellegét. A mo-



1. táblázat

A minta összetétele

	Ápolók
Elemszám	393
Szakmai tapasztalat (fő)	
0–5 év	28
5–10 év	57
10–20 év	140
20 év felett	168
Nem (fő)	
Nő	368
Férfi	25
Végzettség (fő)	
Diplomás ápoló	67
OKJ-ápoló	167
Szakápoló	96
Általános ápoló	51
Segédápoló	12

dell szerint az ápoló tevékenységének segítő jellege abban nyilvánul meg, hogy a szükségletek kielégítése által a beteg jó erőnlétét mozdítja elő (*Potter és Griffin, 1999*).

Ida Orlando (1961, idézi *Potter és Griffin, 1999*) szerint az ápoló feladata, hogy – felmérve a beteg szükségleteit – szándékosan vagy automatikusan segítse annak kielégítésüket, ezáltal csökkentve a beteg szorongását. *Orlando* modelljében tehát – *Abdallahéhoz* hasonlóan – a szükségletek kielégítése kap központi szerepet, és emellett megjelenik az ápolás mint segítő tevékenység szándékos jellege is.

Henderson (1966, idézi *Potter és Griffin, 1999*) modelljében az ápoló munkájának segítő jellege a beteg személyiségének függetlenségét célozza meg. Szerinte az ápolás célja, hogy azokban a tevékenységekben álljunk a segítségre szoruló egyén mellett, amelyet ő maga – állapotából kifolyólag – nem tud önállóan elvégezni. Az egészség visszaszerzését segítő munka addig tartson, amíg a beteg nem nyeri vissza függetlenségét. Ez – a később *Poper, Logan és Tiemey* által továbbgondolt – úgynevezett életműködésen alapuló modell (*Baukó, Kujalek és Wetzelné, 2006*) a beteg fiziológiai szükségletei mellett az ápolás által kielégítendő alap-

szükségletnek tartja többek között az emberekkel való kapcsolattartás, a munkavégzés, a játék, a tanulás lehetőségének biztosítását is.

A Johnson (1968) által kidolgozott ápoláskonceptió a fiziológiai szükségletek társadalmi és kulturális normák szerinti kielégítésének segítségét tartja az ápoló feladatának (*Potter és Griffin, 1999*). *Martha Rogers* (1970, idézi *Potter és Griffin, 1999*) a lehető legjobb állapot elérésében kívánja a beteget segíteni. *King* (1971, idézi *Potter és Griffin, 1999*) modelljében az ápoló és a beteg között interperszonális kapcsolat van, amely mellett, hogy a beteg környezetéhez való alkalmazkodásának segítése érdekében jön létre, hat az ápoló tevékenységeire is. *Orem* (*Potter és Griffin, 1999. és Baukó, Kujalek és Wetzelné, 2006*) 1971-es munkájában az ápolást az egyén önálló képességének tekinti, úgy gondolja, hogy az ápoló segítő tevékenységének arra kell irányulnia, hogy az egyén képessé váljon az önellátásra, szükségleteinek kielégítésére. *Neumann* (1972, idézi *Potter és Griffin, 1999*) modelljében a beteg egyén mellett megjelenik a család és az embercsoportok tanításának, segítségének igénye is, amely által a maximális jóllét eléréséhez, megőrzéséhez járul hozzá az ápoló. Rendszerszemléletű modelljében *Neumann* az egyént mint teljes személyiséget veszi



figyelembe (Baukó, Kujalek és Wetzelné, 2006). Hozzá hasonlóan Levine (1973, idézi Potter és Griffin, 1999) is integrált egészségként tekint a betegre, akit segíteni kell testi épségének és személyisége épségének megőrzésében. Roy (1976) adaptációs modelljében a környezethez, az állapothoz való alkalmazkodás segítése kerül az ápolási tevékenység középpontjába (Potter és Griffin, 1999 és Baukó, Kujalek és Wetzelné, 2006). Leininger a gondoskodásra helyezi a hangsúlyt, gondoskodás alatt olyan segítő, támogató tevékenységet értve, amely egy már fennálló vagy várhatóan kialakuló szükséglet kielégítésére irányul, és kultúraspecifikusan támogatja az egyéneket vagy csoportok állapotának javítását, helyreállítását (1978, idézi Potter és Griffin, 1999). Watson (1979, idézi Potter és Griffin, 1999) szintén gondoskodásként definiálja az ápolást, céljának az emberi szükségletek kielégítését jelöli meg, és hangsúlyozza a folyamat interperszonális jellegét.

Láthatjuk, hogy a hivatkozott elméletek csaknem mindegyike kiemeli, hogy az ápolás szükségletek kielégítésére irányuló segítő kapcsolat beteg és ápoló között. Az elméletek különbözősége ebben a megközelítésben a segítség tárgyának és körülményeinek megkülönböztetésében, specifikációjában ragadható meg. Összegezve a klasszikus elméletek koncepcióit, az ápolást egy olyan beteg és ápoló között létrejövő interperszonális (Peplau, 1952/1991; King, 1971; Watson, 1979), szándékos segítő kapcsolatnak (Peplau, 1952/1991; Abdellah, 1960; Orlando, 1961; Henderson, 1966; Roy, 1976; Orem, 1971; Neumann, 1972; Levine, 1973; Leininger, 1978; Watson, 1979) tekinthetjük, amely valamely csoportnak (Watson, 1979; Neumann, 1972) vagy beteg egyénnek, mint komplex személyiségnek (Peplau, 1952/1991; Abdellah, 1960; Henderson, 1966; Neumann, 1972; Levine, 1973) állapotából adódó szükségleteinek (Orlando, 1961; Johnson, 1968; Leininger, 1978; Watson, 1979) társadalmi és kulturális normákat figyelembe vevő (Johnson, 1968; Leininger, 1978) kielégítését célozza meg, ide értve a testin kívül a lelki, érzelmi, szellemi és társadalmi szükségleteket is; illetve feladatának tartja emellett, hogy segítse a környezethez való alkalmazkodást (King, 1971; Roy, 1976), a jóllét állapotának lehető legjobb megközelítését (Rogers, 1970; Neumann, 1972), és az önellátás mielőbbi elsajátítását, a függetlenség visszaállítását (Orem, 1971).

Az ápolás mint hivatás és mint segítő tevékenység értelmezésének vizsgálata

Minta, adatfelvétel

2010 márciusában lebonyolított vizsgálatunkban az ápolás mint hivatás és mint segítő tevékenység értelmezését vizsgáltuk. Online kérdőívünk kitöltésére egy közösségi portál ápolói klubjainak tagjait kértük fel. A vizsgá-

latban (N=393) klinikai és kórházi osztályokon, ápoló otthonokban és egyéb intézményekben dolgozó, betegek otthoni ápolását végző szakemberek vettek részt, a minta összetételét az 1. táblázat adatai alapján követhetjük nyomon. Az ápolók válaszainak összesítésével a vizsgált konstruktumok általános helyzetképét rajzolhattuk meg. A minta nem reprezentatív, az eredmények ennek megfelelően tájékoztató jellegűek.

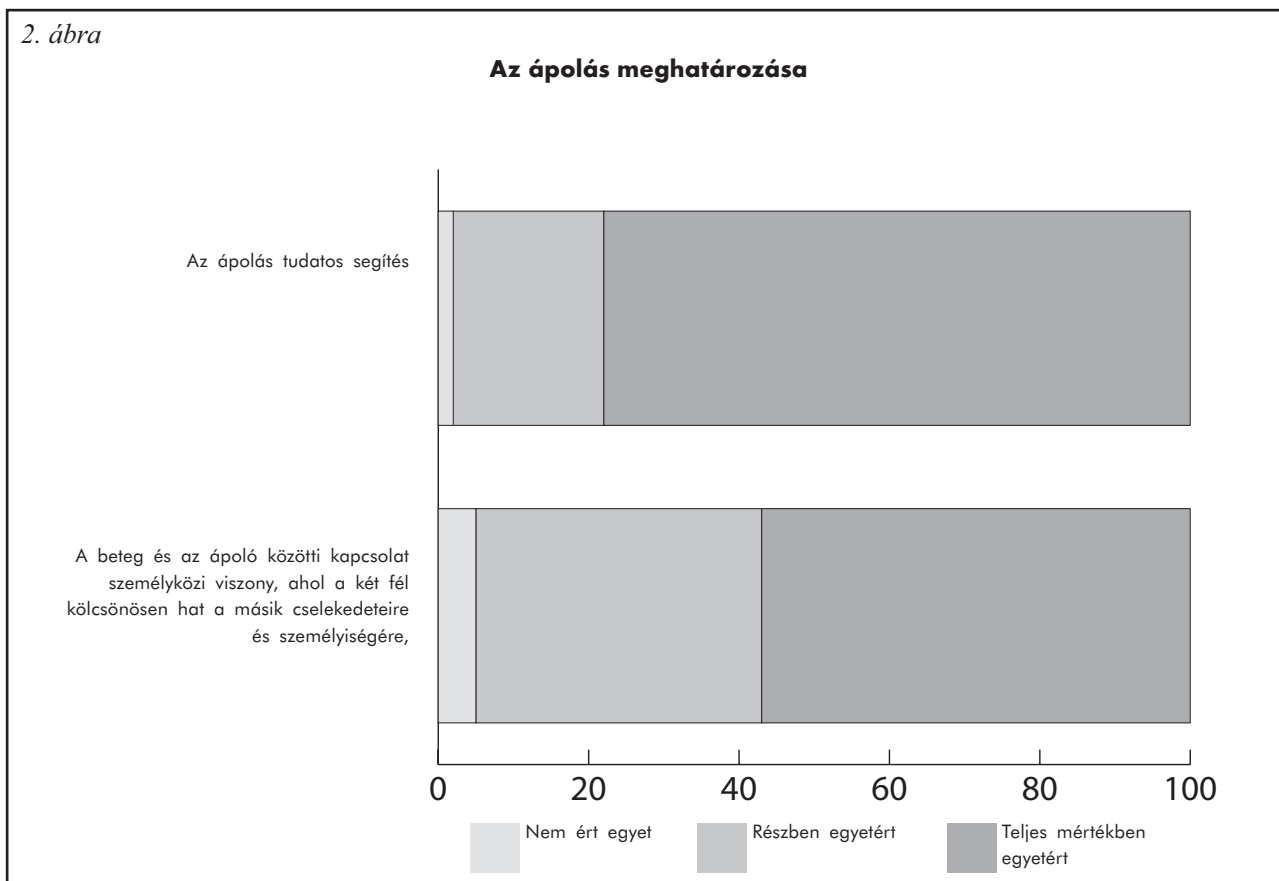
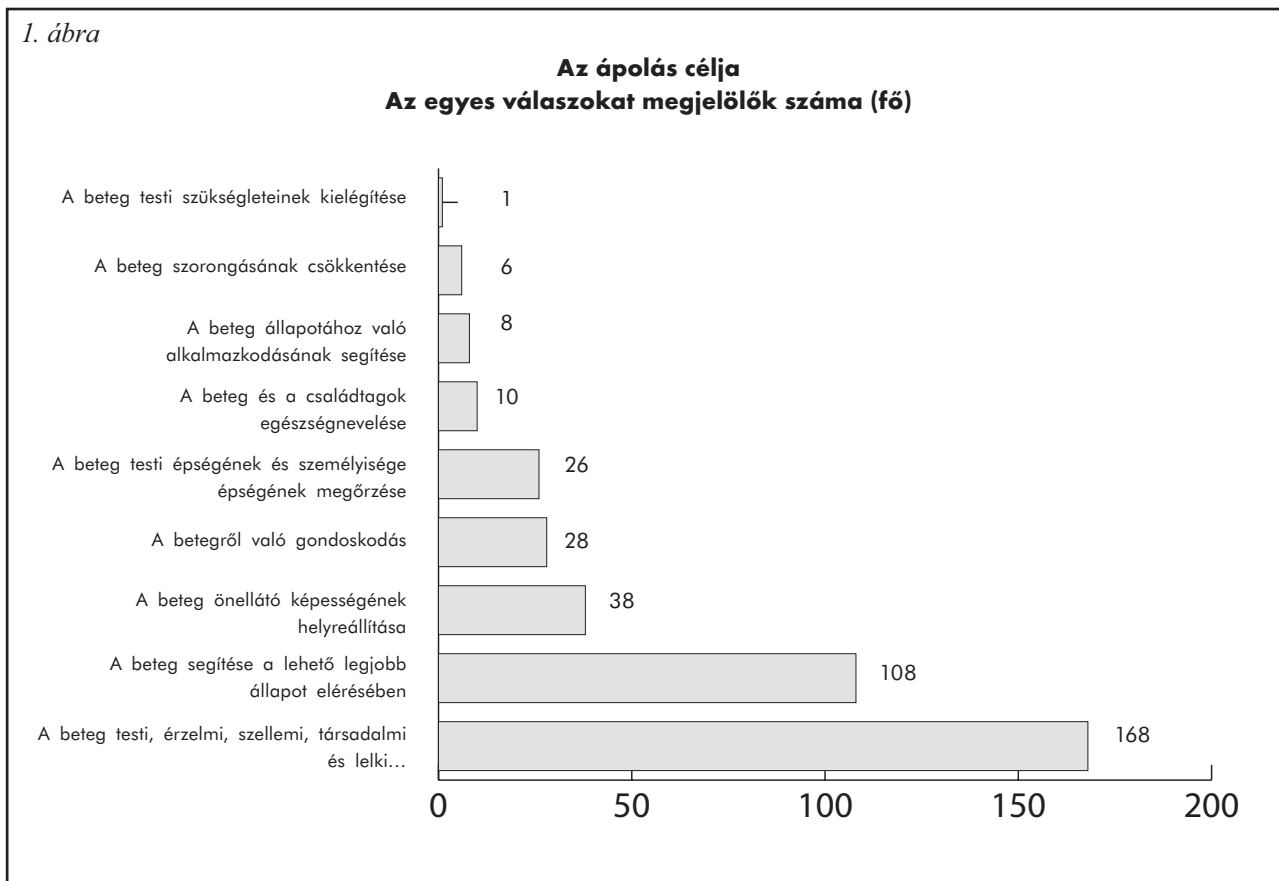
Mérőeszköz

Az ápolás mint hivatás és mint segítő tevékenység vizsgálatára kidolgozott kérdőívünkhöz a szakirodalmi áttekintésben bemutatott ápoláselméletek segítéskoncepcióját, illetve célmeghatározását, az ápoló mint segítő személy tankönyvben (Smith, 2009) foglalt legfontosabb tulajdonságainak listáját vettük alapul, továbbá felhasználtuk Pőcze (é.n.) kérdőívének egyes tételeit, és Kovácsné, Feith és Balázs (2004) vizsgálatának kategóriáit. 10 tételből álló mérőeszköz segítségével – a háttéradatak gyűjtése mellett – azt kutattuk, hogy a mintába került ápolók mit éreznek leginkább az ápolás céljának, milyen tulajdonságokat tartanak legfontosabbnak az ápoló személyiségében, miként értelmezik a segítség szerepét és az ápoló–beteg kapcsolat jellegét, valamint vizsgáltam pályaválasztási motivációjukat és hivatástudatukat is.

Eredmények

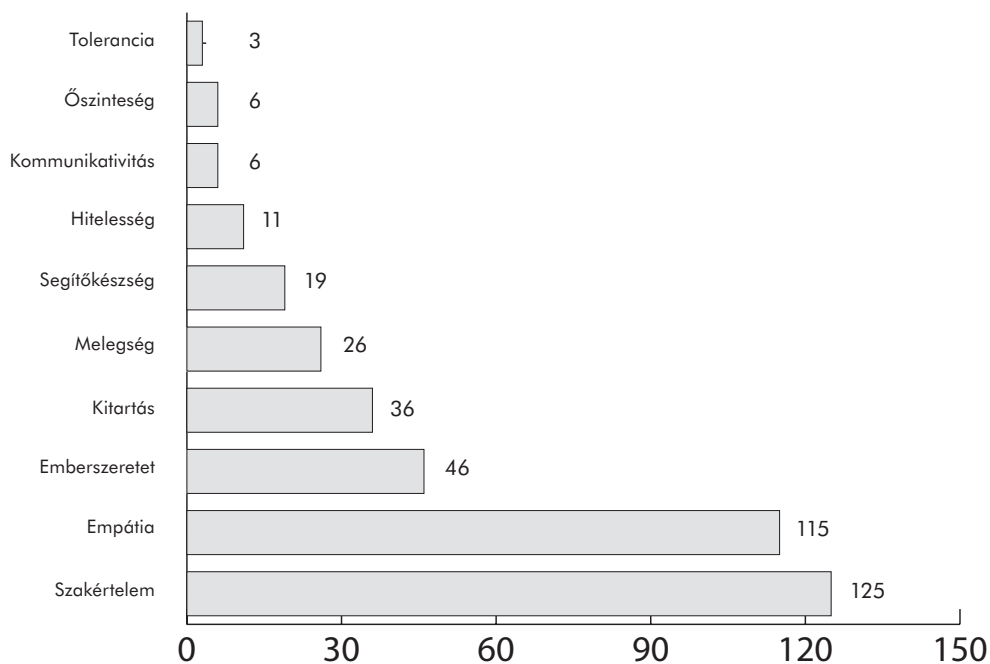
Az ápolás céljának megjelölését kérő kérdés egyes itemjeit a klasszikus ápoláselméletek célmeghatározásai alapján dolgoztuk ki. Az válaszadók összesen kilenc lehetőség közül választhatták ki azt az állítást, amellyel leginkább egyetértettek. A kérdés nem kérte a célok rangsorolását, csupán azok közül a legfontosabbnak tartott meghatározás kiválasztását. Az 1. ábrán bemutatott adatok alapján látható, hogy a megkérdezettek háromnegyed része (75%-a) a felsorolt lehetőségek közül olyan választ jelölt meg az ápolás céljaként, amely a beteget mint komplex személyiséget, a fizikai segítségnyújtáson túl szellemi, társadalmi, kulturális és egyéb szükségletekkel bíró egyént határozza meg. A megkérdezettek legnagyobb része, összesen 43%-a az Abdellah (Potter és Griffin, 1999) által leírtakat tekinti leginkább az ápolás céljának, vagyis úgy gondolja, hogy az ápoló feladata, hogy a beteg testi, érzelmi, szellemi és társadalmi jóllétét egyaránt előmozdítsa segítő tevékenysége során. Az ápolók 25%-a Rogers (1970, idézi Potter és Griffin, 1999) véleményén osztozva úgy látja, hogy az ápoló munkájának célja az, hogy a beteget a lehető legjobb állapot elérésében segítse, 7%-uk pedig Levine (1973, idézi Potter és Griffin, 1999) koncepcióját érezi önmagához legközelebb állónak, tehát véleménye szerint testi és





3. ábra

**Az ápoló legfontosabb tulajdonságai
Az egyes tulajdonságokat megjelölők száma (fő)**



szellemi épségének megőrzésében és helyreállításában kell segítenie elsősorban betegét. Elenyésző azoknak az ápolóknak a száma, akik saját feladatuknak csak a beteg testi szükségleteinek kielégítését, illetve szorongásának csökkentését tartják.

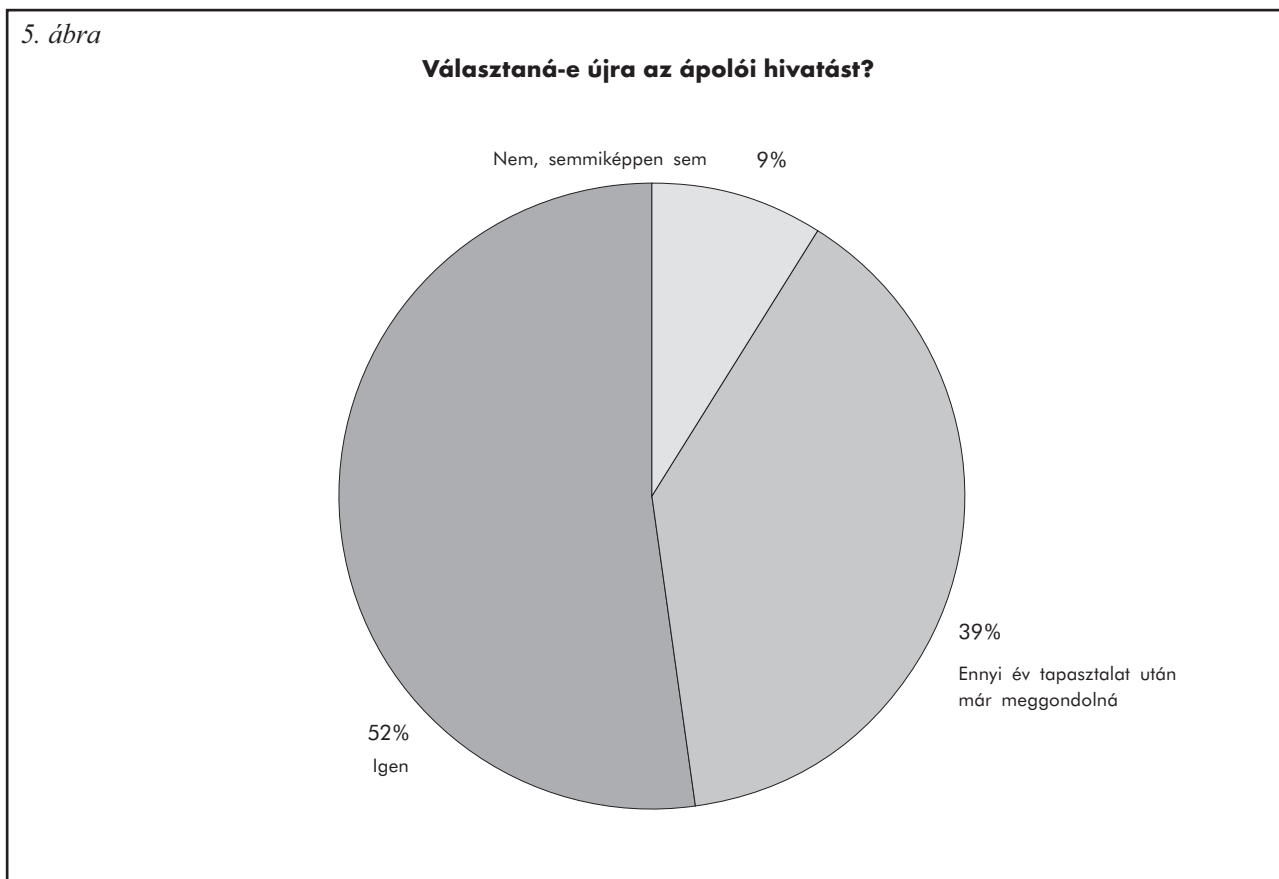
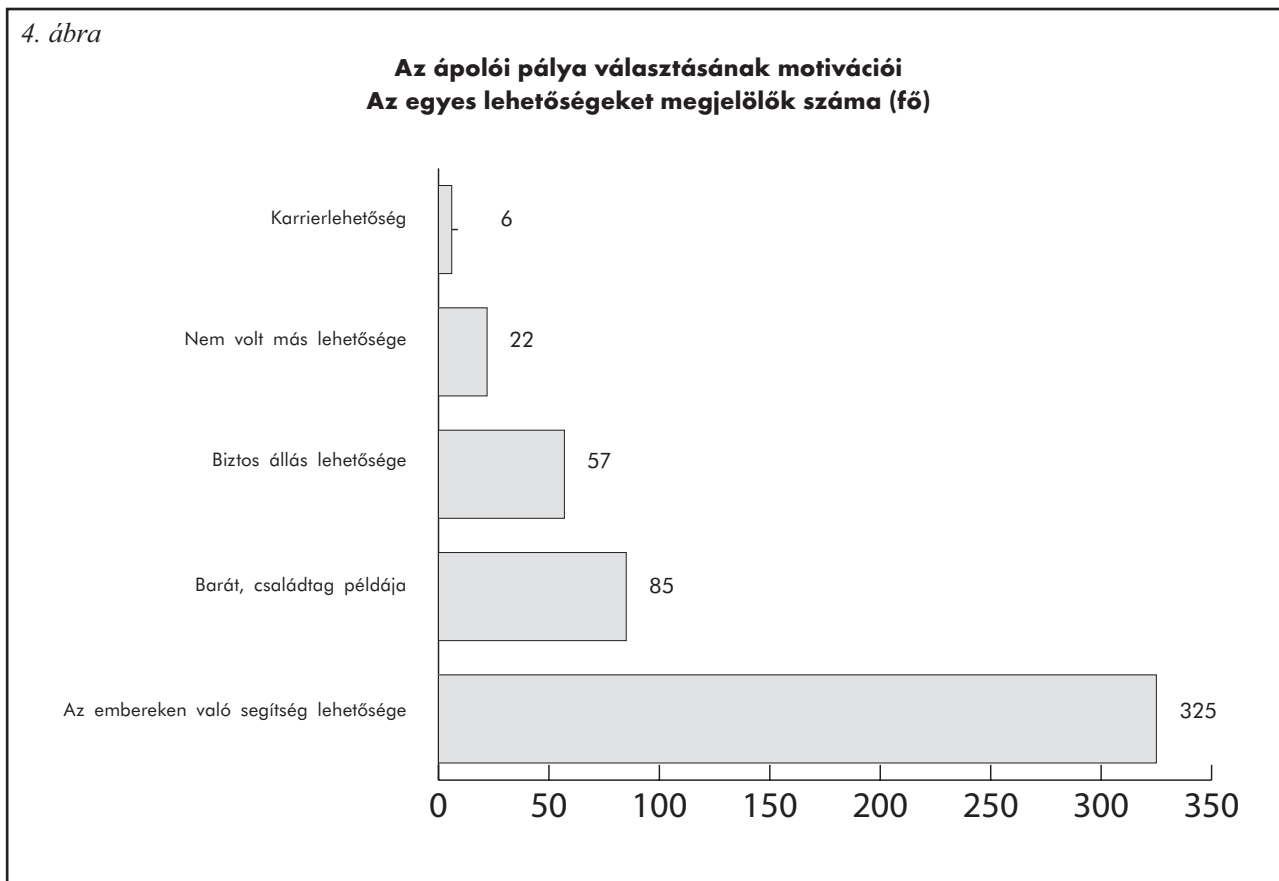
A válaszadók többsége szükséglet-kielégítésnek, illetve a beteg állapotának jobbítását, egészségének helyreállítását célzó tevékenységnek látja az ápolói munkát. Az ápolók jórészt úgy gondolják, hogy az ápolás oly módon aktív tevékenység, hogy a beteg állapotának valamilyen aspektusból történő javítását, jobbítását célozza meg, és kisebb arányuk gondolja úgy, hogy az ápoló feladata a beteg jelenlegi állapotának megőrzése. A beteg és a családtagok egészségnevelését szintén kevesen tartják az ápolás legfontosabb céljának.

A segítség proszociális tevékenység, önzetlen viselkedés (Nagy, 2010), amelynek működésekor egy másik személy érdekeit szem előtt tartva cselekszünk. Az ápolói hivatás a segítő szakmák egyike (Exterdéné és Szarkáné, 2008), professzionális segítő tevékenység-rendszer (Nagy, 2010). A 2. ábráról leolvasható eredmények alapján megállapíthatjuk, hogy a felmérés résztvevőinek közel 80%-a teljes mértékben egyetért azzal az állítással, hogy az ápolás tudatos segítő kapcsolat, így önmagát segítő személyként definiálja. Ugyanakkor a 3. ábrán láthatjuk, hogy az ápoló legfontosabb tulajdonságainak rangsorolását

kérő kérdésre adott válaszok átlaga alapján a megkérdezettek szerint a *segítőkézség* csak a hatodik legfontosabb személyiségjegye az ápolónak, a *szakértelmet*, az *empátiát*, az *emberszeretetet*, a *kitartást* és a *melegséget* követően.

Az ápolók többségének véleménye szerint az egészségügyi dolgozó legfontosabb tulajdonsága a *szaktudás*, úgy gondolják, hogy elsősorban kellő szakértelem, biztos és naprakész szakmai információk szükségesek ahhoz, hogy jól végezzék munkájukat. A szintén előkelő helyen szereplő *empátia*, *emberszeretet*, *melegség* és *segítőkézség* mind a proszociális személyiségű ember tulajdonságai, aki képes másokkal való együttérzésre, birtokában van annak a képességnek, hogy társai helyzetébe beleélje magát, hogy tudatosan a számukra legmegfelelőbb segítséget nyújtsa nekik.

A felmérésben résztvevő ápolók jellemzően kevésbé fontos tulajdonságként tekintenek a *hitelességre*, a *kommunikativitásra*, az *őszinteségre* és a *toleranciára*. A *kommunikativitás* mint ápolói tulajdonság a rangsorolandó tíz jellemző közül átlagosan a hetedik, kevésbé előkelő helyre került. Az, hogy a megkérdezettek kevésbé tartják fontos tulajdonságnak az ápolói munka során a jó kommunikációs készséget, összefüggésben állhat azzal, ahogy az ápolásra mint személyközi viszonyra tekintenek. A 2. ábrán láthatjuk, hogy az ápolók közel





fele nem ért teljes mértékben egyet azzal az állítással, hogy az ápolás olyan személyközi viszony, ahol a beteg és az ápoló kölcsönösen hat egymásra. Az eredmények alapján elképzelhető, hogy a megkérdezettek az ápolást nem kétszemélyes interakciónak, a beteg és az ápoló kommunikáción alapuló, kölcsönös kapcsolatának látják. Feltételezhető, hogy önmaguknak tulajdonítanak kiemelt szerepet az ápolás folyamatában, hiszen elsősorban ők irányítják az interakciót, a beteg pedig véleményük szerint kevésbé hat erre a kapcsolatra, inkább helyzetéből adódóan alárendelt szerepbe kerül, és az ápoló személyiségére, cselekedeteire, az ápolás folyamatára csak kis mértékben van hatással.

A tulajdonságok rangsorában a *hitelesség*, és főként az *őszinteség* háttérbe szorulása valószínűleg azzal magyarázható, hogy az ápolók nem minden esetben, nem minden beteggel való kommunikáció közben tartják megfelelő döntésnek az őszinteséget a mindennapi ápolás során. Elképzelhetőek olyan szituációk, amelyekben a beteg érdekeit, aktuális pszichés jóllétét – az ápolók véleménye alapján – az állapottal kapcsolatos információk szűrése jobban szolgálja, mint a mindenre kiterjedő, részletes tájékoztatás.

A 4. és 5. ábrán bemutatott eredmények alapján a megkérdezettek pályaválasztási motivációjáról, valamint hivatástudatukról, a pályával való elégedettségükről szerezhettünk információt. Az ápolói hivatás választásának okaira irányuló kérdés megválaszolásakor az ápolók a kérdőív által kínált lehetőségek közül többet is megjelölhettek. A 4. ábráról leolvasható, hogy az egészségügyi pálya melletti döntést leginkább az anyagi érdekektől független emocionális tényezők motiválják. A válaszadók 83%-a (325 fő) az ápolói pályára lépést indokló tényezőként jelölte meg az embereken való segítség lehetőségét. Az ápolók 22%-ának (85 fő) válaszai alapján következtethetünk arra, hogy e hivatás választása sok esetben családi hagyomány, a szülők, ismerősök, családtagok példája indítja el a fiatalokat az egészségügyi pálya felé. A biztos álláslehetőség a válaszadók 15%-a számára jelentette legfőbb okát a valamikori pályaválasztásnak. Kevesen, mindössze a válaszadók nem egészen 6%-a jelezte, hogy nem volt más lehetősége, illetve szintén kevés azoknak az aránya (1,5%), akiknek pályaválasztását alapvetően a karrierépítés motiválta.

Az 5. ábra alapján elmondhatjuk, hogy a megkérdezettek kisebb hányada érzi úgy, hogy hibásan döntött, amikor az ápolói pályát választotta (9%). Az ápolók többségének igen erős a hivatástudata, a válaszadók több mint fele (52%) – a pályán töltött évek során szerzett tapasztalatai ellenére, illetve éppen ezek miatt – ismét ápolónak tanulna akkor is, ha újra dönthetne pályaválasztásáról.

Megbeszélés

Kérdőíves felmérésünk eredményei alapján az ápolók segítsérről, illetve magáról az ápolói pályáról, hivatásról való gondolkodásáról szereztünk információkat. A megkérdezettek válaszai alapján úgy látjuk, hogy a jelenleg pályán lévő ápolók többsége hivatásának tekinti szakmáját. Az ápolók segítsérről alkotott elképzeléseit, saját magukról mint segítő személyekről kialakított képüket vizsgáló kérdéscsoportok elemzése során nyert eredményeink alapján úgy elmondható, hogy a megkérdezettek alapvetően segítő szakmaként gondolnak az ápolásra. A megkérdezettek tudatos segítő kapcsolatként definiálják az ápolói tevékenységet, és többségük pályaválasztásában szerepet játszott az, hogy az ápolás segítő hivatás, ahol az ápoló a segítséget nyújtó személy szerepét tölti be, és a beteg általános, fizikai, szellemi, érzelmi, társadalmi jóllétének helyreállításában működik közre.

Összefoglalás

A vizsgálat célja

A vizsgálat célja az volt, hogy általános képet kapjunk az ápolók hivatásukkal, illetve a segítséssel kapcsolatos gondolkodásáról.

Vizsgálati módszerek és minta

A vizsgálatot online kérdőíves módszerrel valósítottuk meg. A vizsgálati személyek (N=393) egy internetes közösségi portál tagjai voltak, akik önként vettek részt a felmérésben. A – nem reprezentatív – mintába diplomás ápolók, OKJ-ápolók, szakápolók, általános és segédápolók; férfiak és nők egyaránt kerültek.

Eredmények

A megkérdezettek 75%-a a betegre mint komplex személyiségre tekint, akit az ápolónak fizikai, szellemi, társadalmi, kulturális és egyéb szükségleteinek kielégítésében kell segítenie. A válaszadók az ápoló legfontosabb tulajdonságának a biztos szaktudást tartják. Az ápolók pályaválasztását leginkább az embereken való segítség lehetősége motiválja, és többségük szívesen végzi ápolói tevékenységét.

Következtetések

A vizsgálat eredményei szerint az ápolók többsége saját szakmájára mint hivatására tekint, és azt tudatos segítő tevékenységként határozza meg.



IRODALOM

1. Baukó, M.–Kujalek, É.–Wetzelné Gál, A. (2006): *Az ápolás alapjai*. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, h.n.
2. Exterdéné Zsurkai, I.–Szarkáné Kövi, M. (2008): *Segítő kapcsolat*. Nemzeti Szakképzési és Felnőttképzési Intézet, Budapest.
3. Henderson, V. (1966): *The Nature of Nursing*. Macmillan Publishing, New York.
4. Kertész, E. (2001): *A lámpás hölgy*. Holnap Kiadó, Budapest.
5. King, I. (1971): *Toward a theory for nursing. General concepts of human behavior*. John Wiley & Sons, New York.
6. Kovácsné Tóth, Á.–Feith, H. J.–Balázs, P. (2004): „A diplomás ápoló hallgatók pályaválasztási motivációja és pályaelhagyása.” In: *Nővér*, 17, Online: http://www.meszk.hu/nover/2004/2004_06.htm#3
7. Leininger, M. (1978): *Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practices*. John Wiley & Sons, New York.
8. Levine, M. (1973): *Introduction to clinical nursing*. F. A. Davis Company, Philadelphia.
9. Maslow, A. H. (1954/1970): *Motivation and Personality*. Harper&Row, New York.
10. Neumann, B. (1972): „Model for teaching total person approach to patient problems.” In: *Nursing Research*, 21. pp. 264-268.
11. Nagy, J. (2010): *Új pedagógiai kultúra*. Mozaik Kiadó, Szeged.
12. Nightingale, F. (1860): *Notes on nursing. What it is, and what it is not*. D. Appleton and Company, New York. Online: http://books.google.hu/books?id=fAIAAAIAAJ&dq=Florence+Nightingale+Notes+on+nursing&printsec=frontcover&source=bn&hl=hu&ei=WyONS7GiMMj2Abf6O3jDQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=4&ved=0CBYQ6AEwAw#v=onepage&q=&f=false
13. Orlando, I. J. (1961): *The dynamic nurse-patient relationship*. Putnam, New York.
14. Peplau, H. E. (1952/1991): *Interpersonal Relations in Nursing. A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. Springer Publishing Company, New York. Online: http://www.google.com/books?hl=hu&lr=&id=ck8-E6FL IUC&oi=fnd&pg=PR5&dq=%22Peplau%22+%22Interpersonal+relations+in+nursing%22&ots=OCX_JrC9mQ&sig=SvkZTCRxxq-Eq7zDxFzQp5gwoYw#v=onepage&q=&f=false
15. Potter, P. A., Griffin, A. P. (szerk.) (1999): *Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
16. Pócze, I. (é.n.): *Ápolás, mint hivatás*. Csathó Nyomda Kft., Eger.
17. Rogers, M. (1970): *An introduction to the theoretical basis of nursing*. F.A. Davis, Philadelphia.
18. Susan, S. (2009): *Kommunikáció az ápolásban. Vezérfonal az ápoló önérvényesítő és felelősségteljes kommunikációjához*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
19. Watson, J. (1979): *Nursing. The philosophy and science of caring*. Brown Little, Boston.
20. Zrínyi, M. (2000): „Az ápolástudomány az egészségtudományok rendszerében.” In: *Nővér*, 13, Online: <http://www.meszk.hu/nover/2000/200005/nov0005.htm#4>



Munka. Mindenkire hangolva

Egészséges munkahelyek kialakítása

krónikus betegségben szenvedő munkavállalók számára

European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP)

Országos Egészségfejlesztési Intézet

A *Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózata* (European Network for Workplace Health Promotion, ENWHP) 2013. október 22–23-án, Brüsszelben tartotta a *Munka. Mindenkire hangolva* kampány zárókonferenciáját. A konferencia céljai között szerepelt – többek között –, hogy

- felhívják a figyelmet a krónikus betegségek munkaerőpiaci és társadalombiztosítási hatásaira,
- elősegítsék a krónikus betegségben szenvedő munkavállalók munkahelyének megtartásában és/vagy munkahelyre történő visszatérésében érintett összes érdekhordozó együttműködését,
- ösztönözzék az ismeret- és tapasztalatcserét.

A konferencián népegészségügyi és munkahelyi egészségfejlesztéssel foglalkozó szakmai és európai szakpolitikai szervezetek képviselői is részt vettek. Bemutatták a munkahely megtartása, a korai beavatkozás, a munkába való visszatérés stratégiáit, jó gyakorlatait, valamint az ezek alapján készült ajánlásokat is. *(Olvasóink további információkat találhatnak az alábbi honlapon: www.workadaptedforall.eu)*

A *Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózata* 9. „*Munka. Mindenkire hangolva*” című kezdeményezése és kampánya, valamint a zárókonferencia az *Európai Bizottság Népegészségügyi Programjának* (2008–2013) támogatásával és társfinanszírozásával valósult meg. A kezdeményezést koordináló ENWHP titkárságát a belga *Prevent Foglalkozásbiztonsági és -egészségügyi Intézet* (Institute for Occupational Safety and Health) biztosította Brüsszelben. A zárókonferenciát az ENWHP a *Belga Nemzeti Egészség- és Betegségbiztosító Intézettel* (Belgian National Institute for Health and Disability Insurance, INAMI-RIZIV) közösen szervezte.

A projektet Magyarországon – a hazánkat az európai hálózatban képviselő – *Országos Egészségfejlesztési Intézet* valósította meg.

„Munka. Mindenkire hangolva” európai kampány

A *Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózatának* új, egész Európát átfogó kampánya 2011-ben indult.



A „Munka. Mindenkire hangolva” kampány az Európai Bizottság 2008–2013-as Népegészségügyi Programjának társfinanszírozásával valósult meg.



Célja, hogy felhívja a közvélemény figyelmét a krónikus betegségben szenvedő munkavállalók megtartásának, továbbfoglalkoztatásának és munkába való visszatérésének jelentőségére.

A „*Munka. Mindenkire hangolva*” kampány azzal a céllal jött létre, hogy hozzájáruljon a hatékony, munkahelyi, egészséggel kapcsolatos gyakorlatok megvalósításához azáltal, hogy ösztönzi az európai vállalatokat olyan tevékenységek és belső szabályok kialakítására, amelyek lehetővé teszik a krónikus betegségben szenvedő munkavállalók továbbfoglalkoztatását, munkába való visszatérésük elősegítését, valamint megelőzik a munkavállalók rokkanttá válását és korai nyugdíjba vonulását.

A kampány első fázisában több európai országban gyűjtöttek adatokat a krónikus betegségben szenvedő munkavállalókkal kapcsolatos, már létező, fenntartható foglalkoztathatóságot célzó stratégiákról és gyakorlatokról. Ezek az információk szolgálták alapul a krónikus betegségben szenvedő munkavállalók továbbfoglalkoztatását és munkába történő visszatérését célzó, átfogó, munkahelyi egészségfejlesztési (MEF) stratégiákról és beavatkozásokról szóló útmutató elkészítéséhez. A második fázis egy ismeretterjesztő kampányból állt, amelynek célja ezen útmutató és további ajánlások terjesztése egész Európában a krónikus betegségben szenvedő munkavállalók fenntartható foglalkoztathatósága érdekében.

Krónikus betegségben szenvedő munkavállalók a munkahelyen?

Mivel az emberek sok időt töltenek a munkahelyükön, tökéletes szintér az egészséges életmód támogatásához, és ahhoz, hogy a munkahely hozzájáruljon a munkavállalók egészségi állapotának javításához. Sok vállalat gazdasági teljesítménye – ezzel az egész gazdaság teljesítménye – a motivált és egészséges munkaerőben rejlik.

Azonban a krónikus betegségben szenvedő munkavállalók munkában maradása, hosszabb hiányzás utáni visszatérése gyakran nagy nehézségekbe ütközik. Mostanáig ez leginkább azt jelentette, hogy rokkanttá nyilvánították őket vagy korai nyugdíjba mentek, elhagyva a munkaerőpiacot. 2010-ben egy OECD-jelentés megállapította, hogy túl sok dolgozó hagyja el végleg a munkaerőpiacot egészségügyi problémák vagy rokkantság miatt, és túl kevés csökkent munkaképességű dolgozó maradhat a munkahelyén. (Az OECD „*Betegség, rokkantság és munka: az akadályok áttörése. Az OECD-országokban tett megállapítások összegzése*” [*Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. A Synthesis of Findings across OECD Countries*] című, 166 oldalas tanulmánya elérhető az OECD-könyvtár weblapján.)

A krónikus betegség bármilyen hosszantartó fizikai,

pszichikai vagy kognitív betegség, amely jelentősen befolyásolja a mindennapi életet (pl. a daganatos, a légúti, a mozgásszervi megbetegedések, a magasvérnyomás-betegség, a cukorbetegség, különféle mentális problémák). Az esetek nagy részében az érintetteknek évtizedeken át együtt kell élniük betegségükkel, ezért nem mindegy, milyen minőségű életet élnek.

A már kialakult krónikus megbetegedések esetében a betegeknek támogatást kívántunk nyújtani a betegséggel való együttélésben, a munkáltatóknak pedig a krónikus betegségben szenvedők foglalkoztatásának elősegítését szolgáló kezdeményezésekben. Az aktív korú (16–64 éves) betegek nagy része jelen van a munkaerőpiacon. Számukra munkaképességük, munkahelyük megtartása különösen fontos.

A projekt céljával tűzte ki útmutatások kidolgozását, jó gyakorlatok gyűjtését és elterjesztését a krónikus betegségben szenvedő munkavállalók munkában való megtartására, egészségének fejlesztésére, munkába való visszatérésük elősegítésére. A projekt során a résztvevő tagországokban – így hazánkban is – a munkáltatók figyelmét felhívó kampány indult.

A program keretében ösztönözni kívántuk a munkáltatókat a krónikus betegségben szenvedő munkavállalók egészségének fejlesztésére, megtartására, illetve a munka világában való mindennapi életük megkönnyítésére.

2012 végére kialakítottuk a program honlapját, útmutatót készítettünk munkaadók számára a krónikus betegségben szenvedő munkavállalók foglalkoztatásának elősegítésére.

2013 februárjában rendezvény keretében mutattunk be jó gyakorlatokat, s egyúttal minél szélesebb körben szeretnénk terjeszteni az elkészült szakmai anyagokat.

A kezdeményezés célja egészséges munkafeltételek és megfelelő munkalehetőségek biztosítása a krónikus betegségben szenvedő munkavállalók számára munkahelyük megtartásával, vagy munkába való visszatérésük támogatásával. Az ENWHP hatékony munkahelyi egészségfejlesztési gyakorlatok bevezetésére törekszik azáltal, hogy támogatja a megfelelő, pozitív munkahelyi kultúra kialakítását, valamint útmutatást és számos eszközt biztosít a krónikus betegségben szenvedő munkavállalók érdekeit szolgáló változások véghezviteléhez.

Az egészségügyi problémákkal, krónikus betegséggel küzdő munkavállalók magas aránya és a munkaerőpiaci hiány

Európában a munkaképes lakosság gyorsan öregszik, amihosszú távon hiányt okoz a képzett munkaerő terén. Ráadásul az Unió 27 országában a dolgozó népesség 32,5%-a nyilatkozott úgy, hogy krónikus betegségben szenved, 19%-uknak vannak tartós egészségügyi prob-



MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

lémái. Ezen állapotok tehát az európai munkaerő jelentős részét érintik. A krónikus betegségek közé tartozik pl. a rák, a szívelégtelenség, az asztma, az epilepszia, a vázizomrendszeri rendellenességek, a cukorbetegség, a hepatitis- és a HIV-fertőzés, a depresszió, az alkohol- és drogfüggőség.

A munkaerőpiaci kihívások és az egészségügyi problémával és krónikus betegséggel küzdő munkavállalók

nagy száma miatt fontos a fenntartható foglalkoztathatóság növelése, annak érdekében, hogy minden dolgozó munkaképessége optimálisan kihasználható legyen. A fenntartható foglalkoztathatóságra irányuló stratégiáknak ezért a krónikus betegségben szenvedő munkavállalók munkaképességére kell fókuszálniuk, és nem csak jelenlegi, hanem tartós foglalkoztathatóságukat is figyelembe kell venniük.

Következő lapszámunkban a kampány során összegyűjtött jó gyakorlatokból adunk ízelítőt, s egyúttal részletesen beszámolunk a zárókonferencián megfogalmazott célkitűzésekről, eredményekről.



Korszakváltó interjúk a rákról

Fülöp Bea: Életbevágó válaszok – Korszakváltó interjúk a rákról

Prof. Dr. Simon Tamás

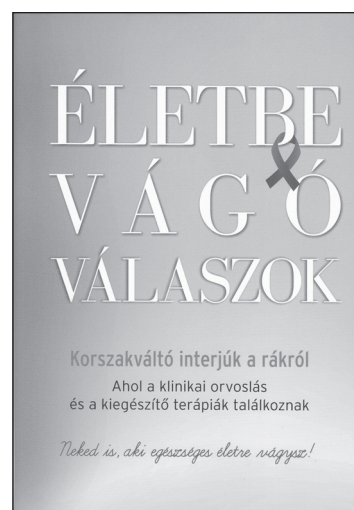
a Magyar Rákellenes Liga elnöke

Anagyon felkészült és a kérdéses területen jártas riporter tizenkét interjút ad közzé. Interjúinak alanyai nem a hagyományos gyógyítást végző orvosok, hanem a klinikai orvoslás mellett a kiegészítő terápiákat is felvállaló szakemberek. Napjainkban egyre több információ jut el – részben a reklámok, részben a korszerű elektronika útján – az emberekhez arról, hogy a hosszantartó betegségekben szenvedők – a hagyományos orvostudományi kezelés mellett – milyen lehetőségekkel élhetnek.

Az interjúkötetben szereplő szakemberek a gyakorló orvosprofesszor, a patológus mellett a kórélettan professzora, a hagyományos kínai orvoslás művelője, egyes élelmiszerki-gészítő immunstimulánsok kutatója és forgalmazója. Valamennyien állást foglalnak abban, hogy a hagyományos orvoslás mellett a XXI. századi gyógyításban szerepet kell adni a komplementer medicinának. Nem az alternatív gyógyítás mellett törnek lándzsát, hanem a kiegészítő terápia mellett.

Tanulságos olvasmány lehet az interjúkötet minden rákbeteget gyógyító orvos számára. A hagyományos orvostudomány művelőinek többsége hazánkban jelenleg még mereven elzárkózik a komplementer medicina alkalmazásától a rákgyógyításban. Nem biztos, hogy jól teszi. Az *Amerikai Egyesült Államokban* nem ritka, hogy a legelőkelőbb orvosegyetemeken tanszéke van a komplementer medicinának, és a rákgyógyító kórházakban igen sok helyen a kórház integráns része a kiegészítő terápiás részleg. Bár a hazai elzárkózás már oldódni látszik, hazánkban már a *Pécsi Orvostudományi Egyetemen* több éve működik az első *Komplementer medicina Tanszék*, és a többi orvostudományi egyetemen is megjelentek egyes komplementer medicina kurzusok a szabadon választható tantárgyak mellett.

Ez az interjúkötet segít abban, hogy a hivatalos orvostudomány merev elzárkózása oldódjék, és egyesült erővel – hagyományos és komplementer medicina együtt – dolgozzanak a rákbetegek gyógyulásáért és jobb életminőségéért.





Hírek, információk

Olívaolajjal a sztrók megelőzéséért

A régebben szélhűdés vagy szélütés néven emlegetett sztrók az agyi főerek elzáródásának vagy elpattanásának következménye, s az infarktus és a rák után harmadik helyen áll a leggyakoribb halálozási okok listáján. A kutatók régóta vizsgálják, hogy vajon az életvitel és az étrend minősége mennyire befolyásolja a betegség kialakulásának kockázatát, és mennyiben játszhat szerepet annak megelőzésében.

Az egyszerű telítetlen zsírokban, növényi fehérjékben, teljes kiőrlésű magvakban és tengeri halakban gazdag mediterrán étrend, mérsékelt alkohol- és édességfogyasztással ötvözve csökkenti a szív- és érrendszeri betegségek, valamint a magas koleszterinszint kialakulásának esélyét. Az olívaolaj rendszeres használata pedig 65 éves kor felett is segíthet a sztrók megelőzésében, illetve a vérnyomás csökkentésében.

Az elfojtott szó megbetegíthet

Azok, akik képtelenek megosztani valakivel problémáikat, fájdalmukat, dühüket, komolyan veszélyeztethetik egészségüket. Szervezetünket leginkább a munkahelyi gondok viselik meg. Az elfojtott szó akár duplájára is növelheti a szívinfarktus és az agyvérzés kockázatát. Azok azonban, akik képesek – a józan ész határain belül – hangot adni haragjuknak, megszabadulhatnak a rájuk nehezedő mindennapos feszültségekről, s átlagos élettartamuk is megnő.

Harc a trombózis ellen

Hazánkban évente legalább 2000 ember halálát okozza az érrendszerben elakadt vérrög, amely gyakran a tüdőben torlaszolja el a vér útját, végzetes tüdőembóliát váltva ki. Az áldozatok többsége munkaképes korú, magát egészségesnek tekintő férfi és nő. A trombózisos betegek táppénzére évente milliárdokat költünk, miközben a szakemberek évek óta küzdenek a vérrögek képződés megelőzéséért és a tromboembóliás betegek túléléséért. A megoldás az lenne, ha jelentősen növelnék a trombózisközpontok számát, ahogyan ezt Nyugat-Európa legtöbb országban tették. Magyarországon jelenleg öt ilyen intézmény működik, de tízszer ennyire lenne szükség – állítja *Blaskó György*, az újonnan megnyílt központ vezető pofesszora. (Bővebb információ a www.tromboziskozpont.hu honlapon.)

Minden negyedik nőt érinthet a Hashimoto-szindróma

A 35 éves korú nők csaknem egynegyede szenved Hashimoto-szindrómában, a pajzsmirigy autoallergén eredetű, idült, diffúz gyulladásában. Célirányos vizsgálattal kimutatható a pajzsmirigy-antitestek jelenléte, amely kimerültséget, súlygyarapodást, meddőséget, vetélést vagy koraszülést eredményezhet. Ha a további irányadó értékek megfelelőek,





az orvos hormonkezelést vagy egyéb autoimmun kezelést javasol. Az autoimmun betegségben szenvedők 70–80 százaléka nő.

A fogantatás képessége révén a nők immunrendszere komplexebb a férfiakénál, ráadásul az ösztrogénhormon hajlamosít az autoimmunitásra, míg a tesztoszteron és a progeszteron megelőzi azt. Várandósság alatt a megemelkedett progeszteronszint miatt enyhülhetnek a tünetek.

Akcióban a nátha ellen

Az orvosok és a mikrobiológusok egyetértenek abban, hogy megfázás esetén ne siessünk az antibiotikumok szedésével. Talán jobban kivédhetjük a kórokozók támadását az alábbi hatnapos tervvel.

1. nap Fejfájás, végtagfájdalom, rossz közérzet, összpontosítási képtelenség

Mi a teendő? Vitaminbombára van szükség: naponta háromszor ígyuk meg egy-egy citrom kicsavart, langyos vízzel hígított, mézzel ízesített levét. Nem árt a multivitamin-tabletta sem, és ajánlott a korai lefekvés.

2. nap Torokkaparás, fájdalom az egész testben

Mi a teendő? Gargalizáljunk sós vízzel 3 óránként, és szopogassunk torokfertőtlenítő tablettát. Jót tesz az esti forró fürdő, utána egy zsályatea és egy alapos izzadás.

3. nap Gyulladt torok, bedugult orr, hőemelkedés vagy láz

Mi a teendő? Kamillás inhalálásra és sós vízzel történő gargalizálásra van szükség 3 óránként. Szedjük vitamin-tablettát, és dörzsöljük be a halántékunkat borsmentaolajjal, ami csillapítja a fejfájást. Csak nagyon magas láz esetén kell gyógyszert bevenni.

4. nap Múlt torokfájás, kezdődő köhögés, bedugult orr

Mi a teendő? Ágyban kell maradni. Együnk könnyű ételeket: párolt zöldséget, rizst, halat. Mellünket kenjük be légzéskönnyítő kenőccsel, párologtassunk borsmenta- vagy citromolajat.

5. nap Múlt láz, még mindig fájdalmat okozó köhögés

Mi a teendő? Az segít a legtöbbet, ha sokat iszunk: legjobb a hársfavirágtea és a forró tej mézzel.

6. nap. Tisztuló fej, múlt nátha és köhögés

Mi a teendő? Most kell megacéloznunk szervezetünk ellenállását sok gyümölccsel, zöldséggel, gyümölcslevekkel, vitamintablettákkal. A legfontosabb: naponta menjünk friss levegőre!

Sporttal könnyebb a leszokás

Csökken és hamarabb megszűnik a nikotínéhség azoknál, akik, miután végleg leteszik a cigarettát, elkezdnek sportolni. Hogy melyek a leghatásosabb mozgásformák? A tapasztalatok szerint a futás, a kerékpározás és az úszás. A mozgás eltereli az ember figyelmét, javítja hangulatát, így csökkenti a rágyújtás iránti vágyat is.

Elfüstölt memória

A dohányosok mindennapi memóriájuk egynegyedét elveszíthetik a cigarettázással – figyelmeztetnek a kutatók. A vizsgálatokból az is kiderült, hogy akik abbahagyták a füstölést, képesek voltak visszaidézni az elvesztett információkat: csaknem ugyanolyan eredménnyel teljesítettek a teszteken, mint a nemdohányzók.

A délutáni szunyókálás előnyei

A délutáni alvás nem csupán felfrissít, de az agyműködésre is jótékonyan hat. A legfrissebb kutatási eredmények szerint már egyórányi szieszta is elegendő ahhoz, hogy a nap második felében megsokszorozódjon agyunk kapacitása, így sokkal eredményesebb munkára leszünk képesek. A módszert a világ legismertebb vezetői is gyakran alkalmazták: *Margaret Thatcher* és *Bill Clinton* például csak a legkritikább esetben mulasztotta el a délutáni alvást.





A monitor vibráló képei is rontják az elalvás esélyét

Egyedülálló kutatás zajlott a Semmelweis Egyetemen, amely az alvással kapcsolatos panaszok, tünetek gyakoriságát és az életmód, az életvitel ebben játszott szerepét vizsgálta. A tesztek kitöltése után a kutatók arra a meglepő eredményre jutottak, hogy a gyermekek harmada alvászavarral küzd.

Dr. Szabó Attila, a kutatás témavezetője, az *I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika* docense kiemelte, hogy gyermekeink egyre több időt töltenek a számítógép és a televízió előtt. A hét folyamán felhalmozott alváshiányt a kisebbek csaknem negyede, a fiatalok több mint fele hétvégi, nappali alvással próbálja pótolni.

Fiatalodás klasszikus zenével

Amerikai, francia és holland zeneterapeuták szerint a bölcs derűt, életörömet, önfeladti gyermeki boldogságot sugárzó klasszikus zenedarabok nem csak késleltetik az öregedést, hanem meg is fiatalíthatnak. *Mozart* darabjai közül a *39., Esz-dúr szimfónia* fináléját, a *36., C-dúr (Linzi) szimfónia* II. tételét, a *C-dúr fuvola-hárfa-verseny* rondóját, valamint a *Kis éji zene*, a *D-dúr fuvola-verseny* és az *A-dúr klarinét-verseny* I. tételét ajánlják. A másik nagy klasszikus, *Beethoven* művei közül az *F-dúr (Tavaszi) szonátán* kívül érdemes hallgatni az *1. (C-dúr)*, a *6. (F-dúr, Pastorale)* és a *9. (d-moll) szimfónia* IV. tételét a *D-dúr zongora-verseny* III. tételét és a *D-dúr hegedű-verseny* II. tételét.

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.

Fáradozásukat köszöni és eredményes munkát kíván

a Szerkesztőbizottság





CONTENTS

TRAININGS

Improving and Modernising National Health Communication 2
Institute for National Health Development, Health Communication Centre

An Overview of Surveys and Measurements in Connection with Non-smokers' Protecting Law 6
Tibor Demjén, Zsuzsanna Tomka, Edina Bóti, Barbara Koncz, Zsófia Kimmel

SURVEYS

Explaining the Notion of Help in Nursing 21
Zsuzsanna Nagy

WORKPLACE HEALTH PROMOTION

Work Adapted for All – Promoting Healthy Work for Employees with Chronic Illness 29
*European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP),
Institute for National Health Development*

BOOK REVIEWS

Changing Our Minds – Interviews about Cancer 32
Prof. Tamás Simon M.D.

NEWS, INFORMATION 33

Megrendelőlap

Előfizetésben megrendelem az Egészségfejlesztés című lapot példányban.

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

Megrendelő (fizető):

Cím:

Kézbesítési cím:

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

.....
aláírás

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

