



## Tartalom

### FELMÉRÉSEK

- Szülőkorú felnőttek ismeretei az egészséges életmódról  
2007 tavaszán 2

Prof. Dr. Simon Tamás, Cser Zsolt, Domsits Károly, Földiné Nagy Judit,  
Gyurkovics Krisztina, Kiss Ildikó, Marek Péter, Molnár Annamária,  
Reichardné Csiszlér Judit

- Felnőttek érték- és tevékenységrendszerének feltárása 7  
Olvasztóné Balogh Zsuzsa, Bognár József, Fügedi Balázs,  
Gangl Judith, Polgár Tibor

- Fontos-e a magyar fiataloknak az egészség? 14  
A magyar fiatalok egészségtudata kívánságaik, félelmeik  
és az általuk világproblémának tartott dolgok alapján  
Pintér Nóra

- A védőnő szerepe a fogyatékosok egészségfejlesztésében 26  
Tobak Orsolya

### GYAKORLATI KÉRDÉSEK

- Hosszantartó alacsony szintű expozíció is megbetegedéshez vezethet 31  
Dr. Gömöri Gábor, Dr. Müller Cecília, Siba Jánosné, Kiss Csaba Gábor

- A munkahelyi stressz és a rekreáció 33  
Hídvégi Péter

- Konferencia a munkahelyi egészségért 34

### AJÁNLÁSOK

- A 2007/2008-as tanév egészségnevelési programjához 36  
Dr. Kaposvári Júlia

### TOVÁBBKÉPZÉS

- Az „egészség” fogalmának úraértelmezése I. rész 37  
Prof. Dr. Székely Lajos, Dr. Frans Vergeer, Prof. Dr. Simon Tamás

### HELYI KEZDEMÉNYEZÉSEK

- Egy évforduló ürügyén 51  
Prof. Dr. Métneki János



Az Országos Egészségfejlesztési Intézet folyóirata.

A lap alapítói: prof. dr. Métneki János,  
prof. dr. Vilmon Gyula

A szerkesztőbizottság tagjai:  
prof. dr. Balázs Péter, dr. Gyárfás Iván,  
prof. dr. Hollán Zsuzsa, dr. Kovács Attila,  
dr. Makara Péter (a szerkesztőbizottság  
elnöke), prof. dr. Molnár Péter,  
prof. dr. Simon Tamás

Főszerkesztő: Gábor Edina

Felelős szerkesztő: prof. dr. Simon Tamás

Vezető szerkesztő: Háromszéki Zsuzsanna

Szerkesztőség: OEFI,  
1096 Budapest, Nagyvárad tér 2.  
Levelezési cím: 1395 Budapest, Pf. 433.  
Telefon: (1) 428-8272.  
Fax: (1) 428-8273.  
E-mail: titkarsag@oeffi.hu  
Honlap: www.oeffi.hu

Kiadja:  
az Országos Egészségfejlesztési Intézet.

Terjeszti: előfizetésben a Magyar Posta  
Rt. Hírlap Üzletága, 1080 Budapest,  
Orczy tér 1. Előfizethető valamennyi  
postán, a kézbesítőknél,  
e-mailen: hirlapelofizetes@posta.hu,  
faxon: 303-3440.  
További információ: 06-80-444-444

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

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



Országos  
Egészségfejlesztési  
Intézet



# Szülőkorú felnőttek ismeretei az egészséges életmódról 2007 tavaszán

Prof. Dr. Simon Tamás<sup>1</sup>, Cser Zsolt<sup>2</sup>, Domsits Károly<sup>2</sup>,  
Földiné Nagy Judit<sup>2</sup>, Gyurkovics Krisztina<sup>2</sup>, Kiss Ildikó<sup>2</sup>,  
Marek Péter<sup>2</sup>, Molnár Annamária<sup>1</sup>, Reichardné Csiszlér Judit<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Közegészségtani Intézet, Társadalomorvosi Csoport

<sup>2</sup> Nyugat-Magyarországi Egyetem, Apáczai Csere János Pedagógiai Főiskola, egészségtan-tanár levelező szak, 2006–2007-es tanév

A magyar népesség meglehetősen rossz egészségügyi mutatóiért nagy részben a lakosság egészségtelen életmódja felelős. A szerzők munkacsoportjának egyes tagjai évek óta tanulmányozzák, mennyit tud a lakosság az egészséges életmódról, s hogy ez a tudás mennyiben felel meg korunk elvárásainak. A *Prof. Dr. Simon Tamás* által összeállított *Egészséges életmód 12 pontját* 1993 óta használják indikátorként. E pontok ismereteiről már végeztek vizsgálatokat – 1999-ben és

2000-ben iskolások között (5), 2006 tavaszán pedig pedagógusok között (4). Az előző két vizsgálatot jelen felmérés egészíti ki, amelyben szülőkorú felnőttek ismereteit mértük fel és vetettük össze az *Egészséges életmód 12 pontjával*.

## A módszer

A Nyugat-Magyarországi Egyetem, Apáczai Csere János Pedagógiai Főiskola, egészségtan-tanár levelező

szakán a 2006–2007-es tanévre beiratkozott másodéves hallgatók azt a feladatot kapták, hogy az általuk kiválasztott 50–50 felnőttet kérjék meg arra, fogalmazzák meg, mit jelent az egészséges életmód. Az adatszolgáltatóknak ezen kívül meg kellett adniuk nemüket, életkorukat, lakóhelyüket és iskolai végzettségüket. Az összegyűjtött kérdőívek adatait részben a felmérést végző hallgatók csoportosították, s *Prof. Dr. Simon Tamás* ellenőrizte és véglegesítette aszerint, hogy az

### 1. táblázat

Életkor % (N 398)

	Férfi	Nő	Együtt
35 év alatt	10,8	25,1	35,9
35–50 év	16,6	26,6	43,2
51–60 év	7,3	9	16,3
61–70 év	2,3	2	4,3
71–	0	0,3	0,3
Összesen	37	63	100

### 2. táblázat

Lakóhely típusa % (N 398 = 100%)

Város	Falu	Főváros
79,6	15,1	5,3

### 3. táblázat

Iskolai végzettség % (N 400)

	Férfi	Nő	Együtt
Általános iskola	1	2,25	3,25
Szakmunkás	5	5,5	10,5
Érettségi	11,5	23,5	35
Főiskola	10	13,75	23,75
Egyetem	7,75	12,5	20,25
Főiskola vagy egyetem	1,75	5,5	7,25
Összesen	37	63	100

## 4. táblázat

Az egyes összetevők említése pedagógusoknál, nemenként (%)

	Nők	Férfiak
Egészséges táplálkozás	98	89
Több mozgás	97	86
Stressztűrés	61	57
Nem-dohányzás	65	62
Kevesebb alkohol	58	64
Drogtagadás	38	27
A környezet tisztelete	23	25
Időben történő orvoshoz fordulás	13	11
Az egészségüggyel való együttműködés	15	2
Kiegyensúlyozott szexualitás	21	21
Személyi higiéné	20	13
Balesetmegelőzés	8	2

adatközlők az *Egészséges életmód 12 pontja* közül melyeket említették.

## Az eredmények

500 kérdőívet kaptunk, de részletesen értékelni csak 354-et tudunk, ugyanis a válaszadók nem mindegyike felelt az életkort, lakóhelyet és iskolai végzettséget firtató kérdésekre. Az 1., 2. és 3.

táblázaton bemutatjuk, hogy a mintasokaságba kerültek életkor szerinti, lakóhely szerinti és iskolai végzettség szerinti megoszlása hogyan alakul. A 4. táblázaton és az 1. ábrán azt mutatjuk be, hogy a válaszadó férfiak és nők hány százaléka említette az *Egészséges életmód 12 pontjának* egyes elemeit. Látható, hogy túlnyomó többségük az *egészséges táplálkozást* és a *több*

*mozgást* emelte ki, 50 százaléknál gyakrabban említették a *stressztűrés*t, a *nem-dohányzást* és a *kevesebb alkoholfogyasztást*. Amíg a *drogtagadás*, a *környezet tisztelete*, illetve a *kiegyensúlyozott szexualitás* említése elérte, illetve meghaladta a 20 százalékot, addig az *időben történő orvoshoz fordulás*, az *egészségüggyel való együttműködés* és a *balesetmegelőzés* említési gyako-

## 5. táblázat

Az egészséges életmód 12 pontja említési gyakoriságának összehasonlítása (%)

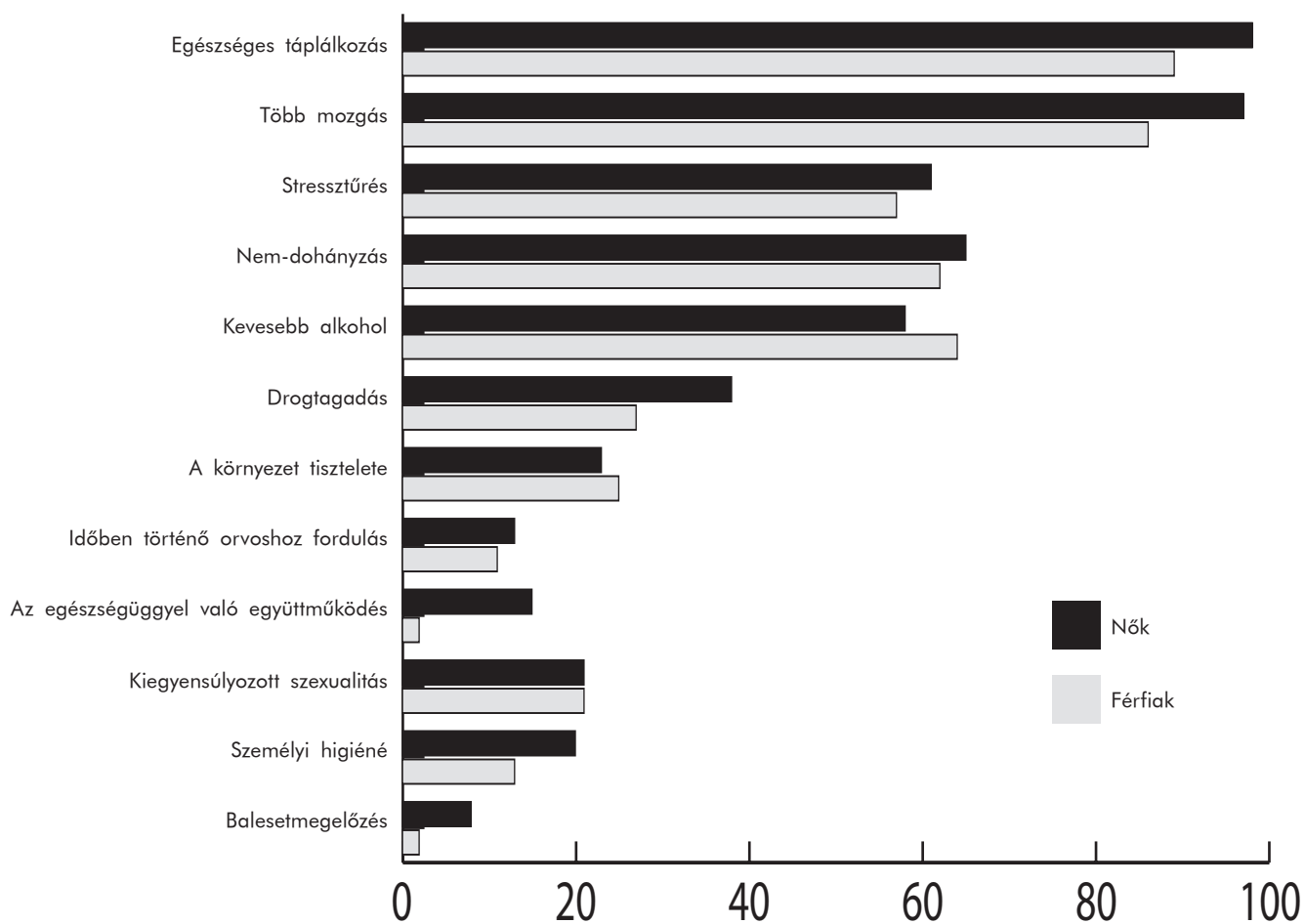
	Középiskolások (N 300)	Pedagógusok (N 268)	Felnőttek (354)
Egészséges táplálkozás	78,3	96	94,1
Több mozgás	57	95	91,8
Stressztűrés	32,7	60	50,3
Nem-dohányzás	53,7	64	44,4
Kevesebb alkohol	60,3	60	41,2
Drogtagadás	54,7	35	20
A környezet tisztelete	17,7	22	19,8
Időben történő orvoshoz fordulás	10,7	12	10,8
Az egészségüggyel való együttműködés	6	12	8,2
Kiegyensúlyozott szexualitás	18	21	12
Személyi higiéné	33	18	8,2
Balesetmegelőzés	1,3	6	1,7

6. táblázat

	Diákok tudásváltozása (%)	
	Ismeretek az akció előtt	Ismeretek az akció után
Egészséges táplálkozás	78,3	80,3
Több mozgás	57	65,7
Stressztűrés	32,7	68
Nem-dohányzás	53,7	69
Kevesebb alkohol	60,3	73
Drogtagadás	54,7	77,7
A környezet tisztelete	17,7	32,3
Időben történő orvoshoz fordulás	10,7	47,3
Az egészségüggyel való együttműködés	6	26
Kiegyensúlyozott szexualitás	18	50
Személyi higiéné	33	68
Balesetmegelőzés	1,3	34,3

1. ábra

Az egyes összetevők említése pedagógusoknál, nemenként (%)



risága még a 20 százalékot sem érte el. Eredményeinket összehasonlítottuk a pedagógusok és a diákok körében végzett hasonló felmérés eredményeivel, ezt mutatja be az 5. táblázat és a 2. ábra. Látható, hogy leggyakrabban a pedagógusok említették az egészséges életmód egyes elemeit, utánuk a diákok következnek, s a szülőkorú felnőttek ismeretei az esetek többségében a leghiányosabbak.

### Értékelés

Ha azt akarjuk, hogy az emberek kövessék az egészséges életmód szabályait, alapvető követelmény, hogy ismerjék azokat. Az elvégzett felmérés eredményei azt mutatják, hogy mind a lakosság (a szülőkorú felnőttek), mind a diákok, mind a pedagógusok ismeretei

hiányosak ezen a téren, bár biztató, hogy a pedagógusok és a diákok gyakrabban s több elemet említenek, mint a szülőkorú felnőttek. A cél, hogy mindhárom közösség tagjai legalább olyan gyakran említsék az egészséges életmód mind a 12 összetevőjét, mint amilyen gyakran az egészséges táplálkozást és a több mozgást. Az ismeretváltozásra, ismeretgazdagodásra pedagógusok esetében a megfelelő továbbképző programok, diákok esetében a célzott egészségnevelés alkalmasak. A szülőkorú felnőttek ismereteit megfelelő médiaprogramokkal, internet-elérhetőséggel, valamint iskolai szülői értekezleteken is lehetne gazdagítani. Annak bizonyítására, hogy van értelme tudásváltoztató programokat bevezetni, bemutatjuk a 6. táblázatot és a 3. ábrát, amelyek azt mutatják,

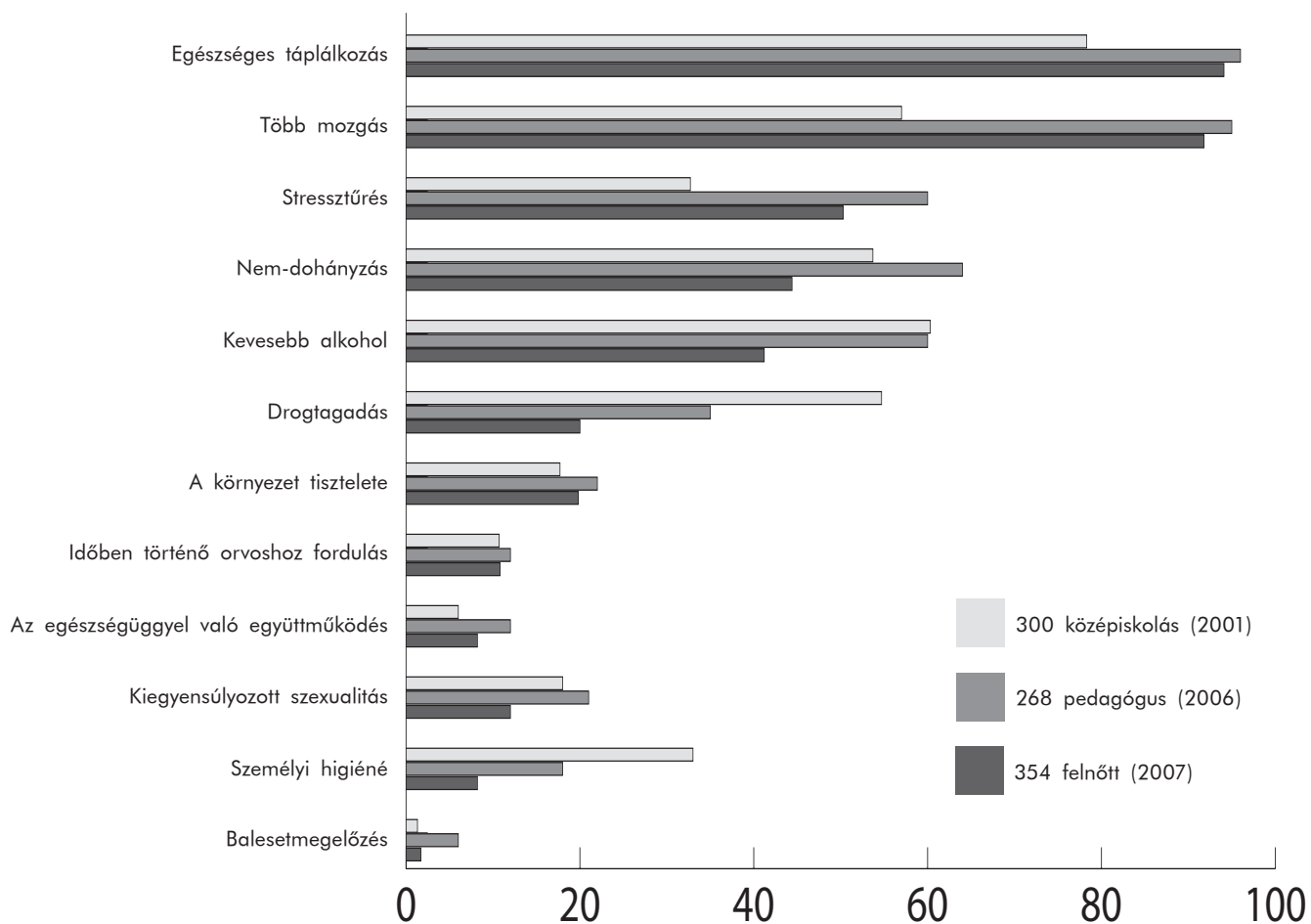
hogyan annál a 300 középiskolásnál, akik a felmérésben szerepeltek – egy célzott egészségnevelési program után három héttel – az újra megismételt felmérés milyen tudásváltozást ért el. Látható, hogy jelentősen emelkedett a kiindulási értékekhez képest az egyes összetevők említése, tehát van értelme az ilyen aktivitásoknak.

### Összefoglalás

A szerzők 354 szülőkorú felnőtt ismereteit mérték fel az egészséges életmódról és vetették össze az *Egészséges életmód 12 pontjával*. Megállapították, hogy a 12 pont közül elsősorban az *egészséges táplálkozást* és a *több mozgást* említik, elfogadható még a *stressztűrés*, a *nem-dohányzás* és a *kevesebb alkoholfogyasztás* említése,

2. ábra

**Az egészséges életmód 12 pontja említési gyakoriságának összehasonlítása (%)**



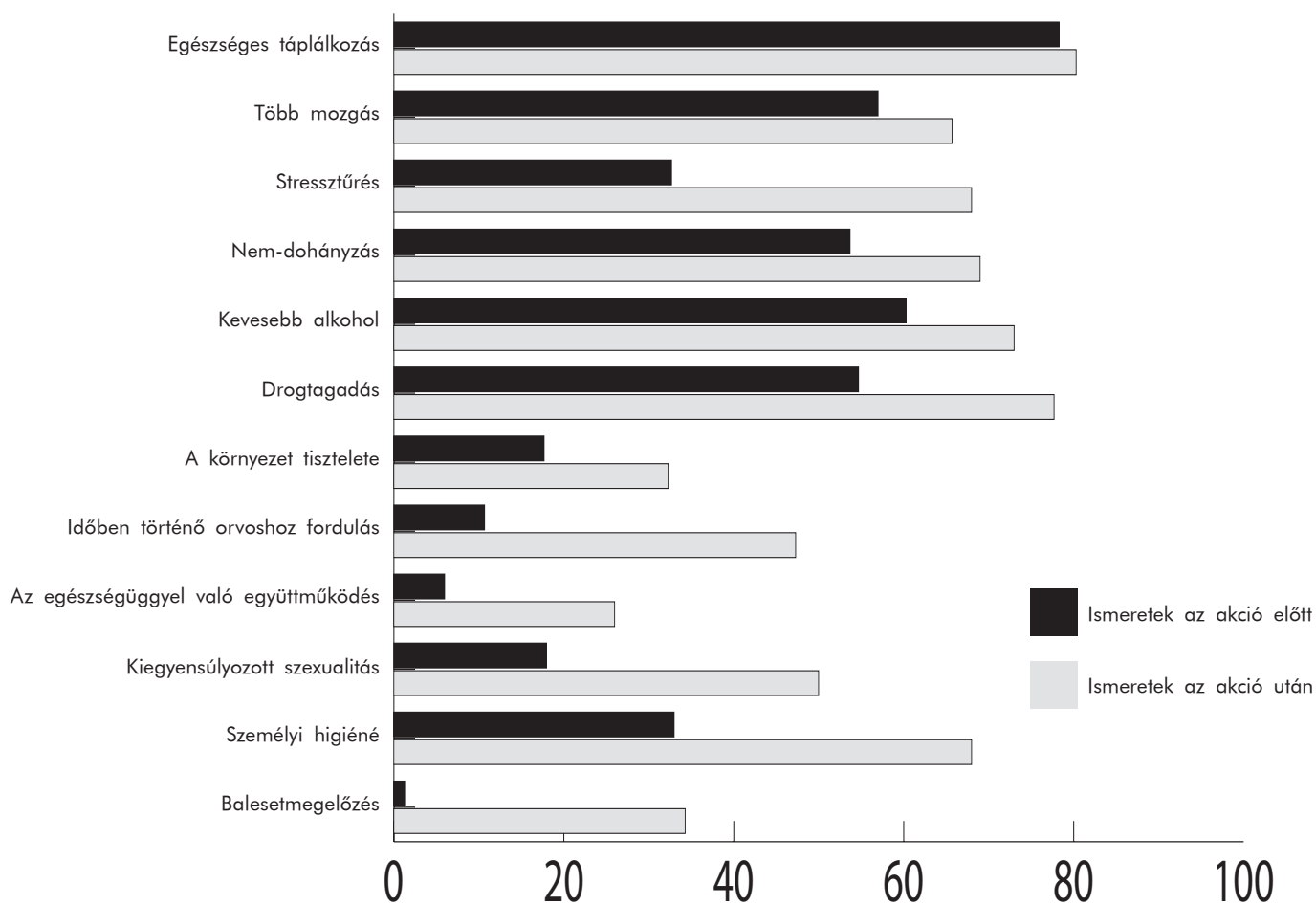
míg a drogtagadás, a környezet tisztelése és a kiegyensúlyozott szexualitás említése épp csak meghaladja a 20 százalékot. Az időben történő orvoshoz fordulás, az egészségüggyel való együttműködés és a balesetmegelőzés említése a fentieknél is alacsonyabb gyakoriságú. Az eredményeket összehasonlították középiskolások és pedagógusok ismereteivel, s megállapították, hogy a szülőkorú felnőttek ismerik a legkevésbé az egészséges életmód kritériumait. A tudás és ismeret gyarapítására a nagyobb médiakampányt, az internet igénybevételét és a célzott szülői értekezleteket javasolják.

### Irodalom

1. Aszmann A.: „A magyar serdülők egészséget befolyásoló magatartásának változása 1986–1997 között.” *Egészségnevelés*, 40. 1999. 123–132.
2. Pikó B.–Burg K.: „A felmérések jelentősége egy középiskola egészségfejlesztési stratégiájának kialakításában.” *Egészségnevelés*, 42. 2001. 101–105.
3. Rác J.: *Prevenációs programok értékelése*. Budapest, ISM, 2001.
4. Schnelbach E. és munkatársai: „Pedagógusok ismeretei az egészséges életmód 12 pontjáról.” *Egészségfejlesztés*, 48. 2007. 32–38.
5. Simon T. és munkatársai: „Hogyan változott az iskolások ismerete az egészséges életmód összetevőiről egy tanítási kísérlet után néhány hazai általános és középiskolában?” *Egészség és gazdagság Európa fiatal generációjának – EUSUHM Nemzetközi Konferencia*. Budapest, 2001. 113–118.

3. ábra

Diákok tudásváltozása (%)



# Felnöttek érték- és tevékenységrendszerének feltárása

Olvasztóné Balogh Zsuzsa<sup>1</sup>, Bognár József<sup>2</sup>, Fügedi Balázs<sup>3</sup>,  
Gangl Judith<sup>2</sup>, Polgár Tibor<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Debreceni Egyetem, Pedagógiai Főiskolai Kar, Hajdúböszörmény

<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem, Testnevelési és Sporttudományi Kar, Budapest

<sup>3</sup> Berzsenyi Dániel Főiskola, Sporttudományi Intézet, Szombathely

## Bevezetés

Az ember mindennapos viselkedését, valamint cselekedetei jellegét és irányát elsősorban a számára fontos értékek irányítják. Emellett természetesen a közösség elvárásai és normái is jelentősen befolyásolhatják értékítéleteinket, döntéseinket, választásainkat és az ezekhez kapcsolódó tevékenységeinket. Az értékek és értékrendszerek Andorka (2006) szerint egyrészt olyan meggyőződések és erények, amelyek cselekedetekben is kifejezésre jutnak, másrészt olyan kulturális alapelvek, amelyek kifejezik azt, hogy az adott társadalom mit tart kívánatosnak és fontosnak.

Az emberi társadalomban léteznek olyan általános értékek, amelyek a társadalom működését, valamint a társadalmi együttélést teszik lehetővé és minden emberi kultúrában megtalálhatóak. Ilyenek például az igazmondás, a becsület vagy a törvények betartása. Más értékek viszont csak egy szűkebb társadalom vagy esetleg egy vallás sajátos viszonyaihoz kapcsolódnak. Azonban az egyre nyilvánvalóbb, hogy értékrendszerünk elvesztette stabilitását, éppen aktuális értékeink folyamatosan változnak, újrastrukturálódnak (Magyari, 2004). Ezek után nem meglepő, hogy ma egyetlen olyan alapvető értéklista sincs hazánkban, amelyben általános egyetértés mutatkozna (Mihály, 2001).

Bő húsz évvel ezelőtt Hankiss (1983) a Rokeach-féle értékvizsgálati módszer alapján négy értékrendtípust különböztetett meg: *a hagyományos keresztény, a puritán-felhalmozó, a fogyasztói hedonista, illetve a XIX. századi és korai*

*XX. századi munkásmozgalmi értékrendet.* Egy évtizeddel később Füstös és Szakolczai (1994) azt mutatták be, hogy a hazai értékrendszer erősen individualizált és intellektualizált, továbbá, hogy az értelmesség, a morális értékek és az anyagi jólét fontossága erősödő tendenciát mutat. Mindezek mellett a szociabilitás, a közösségi értékek, valamint a munka hasznossága csökkenő jelentőséggel bír. Az 1991. évi nemzetközi értékvizsgálat pedig arra mutatott rá, hogy a magyarok számára kiemelkedően fontosak a materiális értékek, emellett kisebb jelentőségűek a szellemi értékek, a szabadság, a felelősségvállalás, illetve az egyéni kezdeményezés (Andorka, 2006).

Fisek (2006) pszichológiai megközelítése alapján elmondható, hogy az emberi értékek szerkezete elsősorban *a biológiai szükségleteket, a személyek közötti koordinációt és a csoport jólétét* veszi alapul. Itt érdemes még megemlíteni Schwartz (1992) munkáját is, aki az egyetemes értékek szerkezetének bemutatásakor *a biztonságot, a hatalmat, a teljesítményt, a hedonizmust, az ingerlést, az önirányítást, az egyetemességet, a jóindulatot, a hagyományt és a konformitást* emelte ki.

Nem vitatható, hogy az értékrend, amely a személyiség egyik alapvető jellemzője, döntő szerepet játszik a személyiség működésében és a viselkedés szabályozásában. A pedagógia szerint az érték olyan produktum, amely egyrészt az emberi közösségek, másrészt az egyén fejlődését is elősegíti (Bábosik, 2004). Az elméletben az egyik legfontosabb emberi érték a szociálisan és egyénileg is hatékony konstruktív életvezetés, amelyhez elenged-

hetetlen *a közösségfejlesztő (morális) és az önfejlesztő (az életvezetés sikerét biztosító) komponensek jelenléte.* Az egyénenként interiorizálódó értékek ereje és a magatartásban is megnyilvánuló hatása attól függ, hogy az egyén értékrendszerében mely értékek dominánsak és mely értékek erősítik vagy gyengítik egymást (Bábosik, 2001).

A pedagógia másik megközelítése szerint a kreativitás, a szabadságfok növekedése, valamint az egyéni értékrend pozitív irányú változásai együtt eredményezik a személyiség szociális és perszonális értékrendjének fejlődését (Nagy, 2000). Az elmélet szerint a szociális értékrend alapja a proszocialitás, amelynek fő tényezője a másik ember, csoport, társadalom, valamint az emberi faj létérdekeit figyelembe vevő segítő hozzáállás, magatartás. A perszonális értékrend pedig a viselkedés olyan másodlagos szabályozója, amelynek jellemző jegye az egyén túlélése, illetve életminőségének fenntartása, javítása.

## A felmérés célja

A magyar lakosság körében a rendszeres és tudatos testmozgás még nem terjedt el (Olvasztóné, Huszár, Konczos, 2007), pedig egyértelműen bizonyított, hogy az egyén életmódjával, tevékenységrendszerével szabályozhatja egészségi állapotát (Elekes, 2006). Az életmód és annak a társadalmi struktúrával való összefüggései, illetve az egészségkulturális magatartás vizsgálata többnyire az ifjúság körében történik, kevés a felnőtt lakosságra irányuló, többszempontú empirikus tanulmány (Uvacsek, 2003).

Mindezek alapján célunk, hogy a tanulmányban részt vevő felnőttek preferált érték- és tevékenységrendszerének jellegzetességeit feltárjuk. Arra voltunk kíváncsiak, hogy a kutatásban részt vevő felnőttek milyen értékeket és ehhez kapcsolódóan milyen mindennapos tevékenységeket preferálnak. Kiemelt figyelmet szenteltünk a pszichoszomatikus értékeknek (egészség, sport, szabadidő), illetve olyan tevékenységeknek, mint a sporttevékenység és kirándulás, séta. A tanulmány arra is választ keres, hogy a felnőtt lakosság értékei és tevékenységformái milyen eltéréseket mutatnak nem, korcsoport, lakóhely, iskolai végzettség és sportolási gyakoriság terén.

## A módszer

### A minta

Budapesten és nyolc vidéki városban, illetve településen hólabdás, nem valószínűségi, kiválasztási eljárást alkalmaztunk (Babbie, 1996). Mintánkban 142 fő felnőtt alkotja, amelyben 54,2% nő és 44,8% férfi, 45 éves vagy annál fiatalabb 45,8% míg a 45 év feletti aránya 54,2% ( $M=45,8$ ,  $SD \pm 8,810$ ). Mintánk 53,5%-a Budapesten, 46,5%-a vidéken lakik. Egyetemi, illetve főiskolai végzettséggel 45,1%, középiskolai végzettséggel 54,9% rendelkezik. A felnőttek 59,9%-a minimum heti kétszer sportol, míg 40,1%-a ennél kevesebbszer vagy egyáltalán nem. Itt sportolás alatt, megegyezés szerint, az egy alkalommal legalább 30 percnyi tudatos és minimum közepes terhelésű fizikai aktivitást értjük.

### Az adatgyűjtés

Tanulmányunkban kérdőíves adatgyűjtést alkalmaztunk. A kérdőívet összesen 25 nyílt, illetve zárt kérdés alkotta, amely kiterjedt a felnőttek demográfiai jellemzőire, értékrendszerére, szokásaira, egészségtudatos érték- és tevékenységrendszerére. Jelen tanulmányban csak a demográfiai mutatókra, valamint az értékekre és a mindennapos tevékenységhez kapcsolódó kérdésekre koncentráltunk. A kérdőívet a dolgozat szerzői töltötték ki olyan, élsporttal kapcsolatban nem álló felnőttekkel, akik vállalták a kutatásban való részvételét.

Kérdéseink elsősorban a preferált értékekre, az erre épülő, prioritást élvező tevékenységformákra vonatkoztak. Mindkét esetben a felnőtteket arra kértük, hogy rangsorolják a kérdőíven megjelölt érték- és tevékenységkategóriákat. A kategóriákat a szakirodalom útmutatásai, illetve előtanulmányunk alapján állítottuk össze (Huszár, Bogárn, 2007) (1–2. táblázat).

### Az adatelemzés

A személyes értékrendszer, illetve a mindennapos szokásjellegű tevékenységformák vizsgálatához is rangsort alkalmaztunk. A válaszadókat arra kértük, hogy a felsorolt értékeket fontossági sorrendben rangsorolják, amely szerint az 1 szám mindkét esetben a legfontosabb, míg az értékeknel a 13, illetve a mindennapos tevékenységeknel a 8 a legkevésbé fontos tényezőt jelölte.

A rangsort a nemzetközi szakirodalomhoz illeszkedően intervallumskálának fogadtuk el, így az alminták összehasonlítása T-próbával vagy varianciaanalízissel történt. Ezen felül a megértést az átlag, a szórás, a minimum-maximum és az összesített rangsor bemutatásával segítjük. A korrelációhoz Spearman-féle rangkorrelációt használtunk. Szignifikáns szintnek a  $p < 0,05$ -t fogadtuk el, a korrelációnál viszont  $p < 0,01$ -t. A számításokhoz az SPSS 14.0 for Windows statisztikai programot használtuk.

## Az eredmények

Az eredmények bemutatását az arányokkal és a fontossági sorrenddel kezdjük. Ehhez a felnőttek által preferált értékek és tevékenységek átlagértékeit, a szórást, minimum és maximum értékeit, illetve rangsorát vettük alapul (1–2. táblázat).

A preferált értékrendszer vizsgálatánál arra kértük a résztvevőket, hogy 1-től 13-ig saját belátásuk és értékítéletük szerint helyezték fontossági sorrendbe a felsorolt érték kategóriákat. A minta egészét tekintve a minimum és a maximum értékek azt mutatják, hogy a lakás, az élsport és a béke kivételével az összes érték szerepelt az első és az utolsó helyen egyaránt.

Az 1. táblázat alapján elmondható, hogy a mintánkban szereplő felnőttek egyértelműen a családot ( $2,82 \pm 2,72$ ) vélték a legfontosabbnak a meghatározott érték kategóriák közül. Ezen kívül a még az egészséget ( $4,06 \pm 2,91$ ), a szeretetet ( $4,33 \pm 3,23$ ) és a becsületet ( $5,05 \pm 2,40$ ) helyezték érték rangsoruk elejére. A legkevésbé elfogadott, illetve preferált értékek a rangsor végéről kezdve a sport ( $11,23 \pm 2,68$ ), a karrier ( $10,39 \pm 2,64$ ), illetve a szabadidő ( $10,18 \pm 2,94$ ) számított.

A mintánkban szereplő felnőttek eredményei nem mutattak nagy eltérést a mindennapos tevékenységek rangsorát tekintve (2. táblázat). A nyolc kategóriából álló rangsor élén az alvás/pihenés ( $3,60 \pm 2,23$ ), az olvasás ( $3,67 \pm 2,13$ ) és a televízió-/filmnézés ( $4,21 \pm 2,33$ ) szerepel. Ugyanakkor a legkisebb népszerűséggel rendelkező számítógépezés/internet ( $5,56 \pm 2,21$ ), kirándulás/séta ( $5,17 \pm 2,19$ ) és zenehallgatás ( $4,85 \pm 2,03$ ) sem rendelkezik sokkal alacsonyabb átlagértékekkel. Érdemes megjegyezni, hogy a társaság/barátok ( $4,32 \pm 2,21$ ), illetve a sporttevékenység/játék ( $4,70 \pm 2,29$ ) a rangsor közepét foglalja el.

A preferált értékek és tevékenységek bemutatása után következik az alminták összehasonlítása nem, kor, lakóhely, iskolai végzettség, illetve sportolási szokások szerint. Elmondható, hogy a preferált értékek esetében a nem, a lakóhely és a sportolási szokások alapján két-két, a kor és az iskolai végzettség alapján egy-egy érték kategóriában találtunk szignifikáns különbséget. A nők szignifikánsan többen tartották a szeretetet fontosnak, mint a férfiak ( $F=5,249$ ,  $p=0,024$ ), ugyanakkor a férfiak értékesebbnek vélték az egészséget, mint a nők ( $F=4,533$ ,  $p=0,035$ ). Az idősebbek (45 év fölött) szignifikánsan fontosabbnak ítélték a becsületet, mint a fiatalabbak ( $F=5,563$ ,  $p=0,020$ ). A Budapesten élők hangsúlyosabbnak vélték a barátságot ( $F=5,929$ ,  $p=0,016$ ) és a békét ( $F=3,952$ ,  $p=0,049$ ), mint a vidéken élők. Azt is érdemes megemlíteni, hogy az egyetemet és főiskolát végzettek a pénzt fontosabbnak tekintették, mint a középiskolai végzettséggel rendelkezők ( $F=4,638$ ,  $p=0,033$ ). Emellett azok a felnőttek,



1. táblázat

Értékek átlaga, szórása, minimum és maximum értékei, rangsora

	Pénz	Család	Barátság	Becsület	Karrier	Egészség	Szeretet	Boldogság	Lakás	Béke	Tudás	Sport	Szabadidő
Átlag	7,88	2,82	6,22	5,05	10,39	4,06	4,33	5,63	7,56	7,03	8,18	11,23	10,18
Szórás	2,868	2,722	2,941	2,407	2,646	2,912	3,234	3,105	2,547	2,775	2,386	2,688	2,942
Minimum	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1
Maximum	13	13	13	11	13	13	13	13	13	13	13	13	13
Rangsor	9	1	6	4	12	2	3	5	8	7	10	13	11

2. táblázat

Preferált tevékenységek átlaga, szórása, minimum és maximum értékei, rangsora

	Televízió, film	Olvasás	Zenehallgatás	Sporttevékenység, játék	Alvás, pihenés	Számítógépezés, internet	Kirándulás, séta	Társaság, barátok
Átlag	4,21	3,67	4,85	4,70	3,60	5,56	5,17	4,32
Szórás	2,331	2,135	2,036	2,294	2,230	2,213	2,190	2,218
Minimum	1	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	8	8	8	8	8	8	8	8
Rangsor	3	2	6	5	1	8	7	4

akik saját bevallásuk szerint heti két alkalomnál többet sportolnak, kevésbé tartották központi kérdésnek a *becsületet* ( $F=5,753$ ,  $p=0,018$ ) de fontosabbnak vélték a *szabadidőt* ( $F=47,376$ ,  $p=0,000$ ), mint azok, akik kevesebbet vagy egyáltalán nem sportolnak.

A preferált tevékenységek tekintetében nem találtunk számottevő különbséget a kor, a *nem* és a *lakóhely* tekintetében, viszont a középiskolát végzettek többet hallgatnak zenét ( $F=9,407$ ,  $p=0,003$ ) és többet kirándulnak ( $F=7,590$ ,  $p=0,007$ ), mint az egyetemi vagy főiskolai végzettséggel rendelkezők. Azok, akik heti két alkalomnál kevesebbet mozognak, többet néznek televíziót és filmet ( $F=4,699$ ,  $p=0,032$ ).

A szakirodalom alapján ismeretes, hogy az értékek egymást erősítve, illetve gátolva jelennek meg az ember magatartásában és életvitelében (Bábo-sik, 2004), így a különböző értékek és az ezekhez kapcsolódó tevékenység-

formák között lévő kapcsolatokat is fontosnak tartottuk feltárni. A 3. táblázatban láthatóak az értékek korrelációs viszonyai, míg az 4. táblázat a preferált tevékenységformák összefüggéseit mutatja be.

Az eredmények közül a 0,01 szinten szignifikáns korrelációt emeljük ki, a többi kapcsolat a 3. és 4. táblázatból kiolvasható. Ennek oka, hogy a  $p<0,05$  szignifikanciaszinthez tartozó korrelációs értékek általában alacsonyabbak (0,2 körül), míg a  $p<0,001$  szinthez tartozó értékek jelentősen felülmúlják ezeket (0,3 körül).

Az értékek összehasonlítása során egyértelműnek tűnik, hogy a *pénz*, a *becsület* ezen a szinten egyik más értékkel sincsen kapcsolatban. Ugyanakkor a *család* és a *barátság* is negatív kapcsolatban van a *szeretettel* (-0,309, -0,281), emellett a *barátság* a *szabadidővel* is negatívan korrelál (-0,237). Hasonlóan, a *karrier* negatív kapcsolatot mutat az *egészséggel* (-0,315) és a

*szabadidővel* (-0,334). A *lakás* a *boldogsággal* (-0,316) és a *békével* negatív (-0,236), míg a *sporttevékenységgel* pozitív kapcsolatot mutat (0,244).

A mindennapos tevékenységek tekintetében is csak a 0,01-es szignifikanciaszintekre utalunk. A *televízió-/filmnézés* negatív kapcsolatban áll a *sporttevékenységgel* (-0,363), a *kirándulással* (-0,235) és a *barátokkal* végzett tevékenységgel (-0,249). Az *olvasás* ezen a szignifikanciaszinten nem korrelál semmivel. Viszont a *zenehallgatás* is fordított arányú kapcsolatot mutat az *alvással/pihenéssel* (-0,320) és a *társasággal* (-0,246). A *számítógépezés* és a *kirándulás* szintén negatív összefüggésben van egymással (-0,353).

Az értékrendszerek jellemzése, a különböző tevékenységek sorrendbe állítása és kapcsolódásuk bemutatása után az értékeket és a hozzájuk tartozó mindennapos tevékenységeket próbáltuk összevetni egymással.

3. táblázat

**Értékek korrelációja**

\*korreláció szignifikáns a  $p < 0.05$  szinten  
 \*\*korreláció szignifikáns a  $p < 0.001$  szinten

		Pénz	Család	Barátság	Becsület	Karrier	Egészség	Szeretet	Boldogság	Lakás	Béke	Tudás	Élsport	Szabad-idő
Pénz	Correlation Coefficient	1,000	,025	-,046	-,004	,227*	-,194*	-,207*	-,097	-,028	-,175	-,210*	-,012	-,049
	Sig. (2-tailed)	.	,783	,620	,969	,013	,034	,024	,294	,760	,056	,022	,893	,0594
	N	120	120	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119
Család	Correlation Coefficient	,025	1,000	-,031	,027	-,019	-,226*	-,309**	-,124	-,060	,021	,032	-,103	-,031
	Sig. (2-tailed)	,783	.	,735	,768	,836	,013	,001	,180	,515	,824	,731	,264	,734
	N	120	120	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119
Barátság	Correlation Coefficient	-,046	-,031	1,000	,118	,135	-,200*	-,281**	,023	-,223*	-,216*	-,158	-,025	-,237**
	Sig. (2-tailed)	,620	,735	.	,201	,143	,029	,002	,801	,015	,018	,086	,789	,010
	N	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119
Becsület	Correlation Coefficient	-,004	,027	,118	1,000	-,214*	-,051	-,113	-,125	-,181*	,103	-,160	,123	-,125
	Sig. (2-tailed)	,969	,768	,201	.	,020	,585	,220	,174	,049	,263	,082	,184	,176
	N	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119
Karrier	Correlation Coefficient	,227*	-,019	,135	-,214*	1,000	.	-,159	,054	-,178	-,016	,058	-,151	.
	Sig. (2-tailed)	,013	,836	,143	,020	.	,315**	,084	,562	,053	,860	,527	,101	,334**
	N	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	,000
Egészség	Correlation Coefficient	-,194*	-,226*	-,200*	-,051	-,315**	1,000	-,020	-,205*	,016	-,093	-,050	-,119	,203*
	Sig. (2-tailed)	,034	,013	,029	,585	,000	.	,830	,025	,859	,314	,586	,198	,027
	N	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119
Szeretet	Correlation Coefficient	-,207*	-,309**	-,281**	-,113	-,159	-,020	1,000	,130	,065	,083	-,095	-,057	,058
	Sig. (2-tailed)	,024	,001	,002	,220	,084	,830	.	,159	,482	,367	,306	,539	,528
	N	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119
Boldogság	Correlation Coefficient	-,097	-,124	,023	-,125	,054	-,205*	,130	1,000	-,316**	,145	-,177	-,174	-,003
	Sig. (2-tailed)	,294	,180	,801	,174	,562	,025	,159	.	,000	,115	,055	,059	,971
	N	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119
Lakás	Correlation Coefficient	-,028	-,060	-,223*	-,181*	-,178	,016	,065	.	1,000	-,236**	-,031	-,244**	,082
	Sig. (2-tailed)	,760	,515	,015	,049	,053	,859	,482	,316**	.	,010	,741	,007	,377
	N	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119
Béke	Correlation Coefficient	-,175	,021	-,216*	,103	-,016	-,093	,083	,145	-,236**	1,000	,094	-,161	-,083
	Sig. (2-tailed)	,056	,824	,018	,263	,860	,314	,367	,115	,010	.	,309	,080	,370
	N	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119
Tudás	Correlation Coefficient	-,210*	,032	-,158	-,160	,058	-,050	-,095	-,177	-,031	,094	1,000	,068	-,051
	Sig. (2-tailed)	,022	,731	,086	,082	,527	,586	,306	,055	,741	,309	.	,460	,580
	N	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119
Élsport	Correlation Coefficient	-,012	-,103	-,025	,123	-,151	-,119	-,057	-,174	,244**	-,161	,068	1,000	,029
	Sig. (2-tailed)	,893	,264	,789	,184	,101	,198	,539	,059	,007	,080	,460	.	,753
	N	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119
Szabad-idő	Correlation Coefficient	-,049	-,031	-,237**	-,125	-,334**	,203*	,058	-,003	,082	-,083	-,051	,029	1,000
	Sig. (2-tailed)	,0594	,734	,010	,176	,000	,027	,528	,971	,377	,370	,580	,753	.
	N	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119

**Az értékrendszer és az erre épülő mindennapi tevékenységek kapcsolata**

Ahogy az 5. táblázatban látható, a  $p < 0,01$ -es szignifikancia szinten a *barátság*, a *becsület*, a *karrier*, a *lakás*, a *béke* és a *tudás* semmilyen korrelációt nem mutatott a mindennapos tevékenységekkel. Hasonlóan, az *olvasás*, az *alvás/pihenés*, és a *társaság/barátok*, mint rendszeres tevékenységek nem korreláltak egyetlen preferált értékkel sem. Azonban a pénz pozitív összefüggést mutat a *televízió-/filmnézéssel* (0.213), míg a *család* negatívan korrelál a *sporttevékenységgel* (-0.202). Az *egészségnek* pozitív (*kirándulás*, 0.297) és negatív irányú kapcsolata is van (*számítógépezés*, -0.276). A *szeretet*

és a *boldogság* is negatívan korrelál a *kiránduláshoz* (-0.198, -0.241), ahogyan a *szabadidő* a *zenehallgatáshoz* (-0.211). Emellett a *sport*, mint érték, pozitívan viszonyul a *sporttevékenységhez* (0.223).

**Összefoglalás**

Vizsgálatunk célja az volt, hogy felmérjük, mely értékeket és tevékenységeket preferálják a magyar felnőttek. A feltárt szakirodalom alapján elmondható, hogy az értékrendszerek és a mindennapos tevékenységek témakörében számos hazai empirikus tanulmány található, azonban ezek összevetéséről kevés a hozzáférhető szakirodalom (Huszár és Bognár, 2006; Kóte, 1998; Meleg, 2000; Pikó, 2007). Tanulmányunkban e

két részt összekapcsolva próbáltunk új információt nyújtani. Az eredmények ismertetésénél különböző *nem*, *életkor*, *lakhely* és *iskolai végzettség* alapján kialakított csoportok közötti különbségeket is vizsgáltunk.

A korábbi szakirodalmi utalásokkal megegyezően, a felnőtt társadalom értékrendszerének vizsgálatából kiderült, hogy a *sport* és *kirándulás* jóval kevésbé preferált értékek és tevékenységformának számít, mint a passzív *pihenés*, az *alvás*, az *olvasás* és a *televíziónézés* (Pikó, 2007). Ezzel szemben tanulmányunk nem erősíti meg az 1991. évi nemzetközi értékvizsgálat eredményeit, amely szerint a magyarok számára kiemelkedően fontosak a materiális értékek (Andorka, 2006). Jelen eredményeink alapján elmondható, hogy az

4. táblázat

**Mindennapos tevékenységek korrelációja**

\*korreláció szignifikáns a  $p < 0.05$  szinten

\*\*korreláció szignifikáns a  $p < 0.001$  szinten

		Televízió	Olvasás	Zene-hallgatás	Sporttevékenység	Aktív pihenés	Számítógépezés	Kirándulás	Társaság, barátok
Televízió	Correlation	1,000	-,177	-,118	-,363***	-,039	,149	-,235**	-,249**
	Coefficient	.	,052	,197	,000	,669	,102	,009	,006
	Sig. (2-tailed)								
	N	121	121	121	121	121	121	121	121
Olvasás	Correlation	-,177	1,000	,124	-,138	-,109	-,171	-,125	-,210*
	Coefficient	,052	.	,176	,130	,232	,061	,171	,021
	Sig. (2-tailed)								
	N	121	121	121	121	121	121	121	121
Zene-hallgatás	Correlation	-,118	,124	1,000	-,151	-,320**	-,190*	,149	-,246**
	Coefficient	,197	,176	.	,099	,000	,037	,102	,007
	Sig. (2-tailed)								
	N	121	121	121	121	121	121	121	121
Sporttevékenység	Correlation	-,363***	-,138	-,151	1,000	-,083	-,144	,022	-,108
	Coefficient	,000	,130	,099	.	,365	,116	,814	,239
	Sig. (2-tailed)								
	N	121	121	121	121	121	121	121	121
Aktív pihenés	Correlation	-,039	-,109	-,320**	-,083	1,000	-,213*	-,227*	,032
	Coefficient	,669	,232	,000	,365	.	,019	,012	,726
	Sig. (2-tailed)								
	N	121	121	121	121	121	121	121	121
Számítógépezés	Correlation	,149	-,171	-,190*	-,144	-,213*	1,000	-,353**	-,164
	Coefficient	,102	,061	,037	,116	,019	.	,000	,072
	Sig. (2-tailed)								
	N	121	121	121	121	121	121	121	121
Kirándulás	Correlation	-,235**	-,125	,149	,022	-,227*	-,353**	1,000	-,122
	Coefficient	,009	,171	,102	,814	,012	,000	.	,183
	Sig. (2-tailed)								
	N	121	121	121	121	121	121	121	121
Társaság, barátok	Correlation	-,249**	-,210*	-,246**	-,108	,032	-,164	-,122	1,000
	Coefficient	,006	,021	,007	,239	,726	,072	,183	.
	Sig. (2-tailed)								
	N	121	121	121	121	121	121	121	121

anyagi értékek – nem hangsúlyosan – a rangsor középső részén jelennek meg (pl. *pénz, lakás*). Ezzel ellentétben, az értékek rangsorában a pedagógiai elméleteket tudjuk megerősíteni, mivel a *család, az egészség és a szeretet* hangsúlya a kutatásban részt vevő felnőttek esetében egyrészt morális és önfejlesztő (Bábosik, 2004), másrészt a proszociális és perszonális (Nagy, 2000) tényezők jelenlétét bizonyítja. A tevékenységek vizsgálatánál egyértelmű, hogy az aktív pihenés nem jelenik meg számottevő tényezőként, ellenben a rangsor első helyein az *alvás/pihenés, az olvasás és a televízió-/filmnézés* áll.

Ahhoz, hogy a szakirodalom által említett támogató értékeket (Meleg, 1998), illetve az értékrendszer jellemzéséből levonható következtetéseket (Andorka, 2006) a gyakorlatban is vizsgálni tudjuk, korrelációs számítás alkalmaztunk. Ennek segítségével megfigyelhetőek voltak a különböző tevékenységformák egymást gátló és segítő kapcsolatait.

Az értékek szempontjából kiemelésre érdemes, hogy a *karrier az egészséggel és a szabadidővel* negatív kapcsolatban van, a *lakás a sporttal* viszont pozitív kapcsolatot mutat. Ezek igazolják az eddig tapasztalatokat és elképzeléseket, vagyis aki karriert épít, az többnyire nem tud eleget törődni saját egészségével. A tevékenységekkel kapcsolatban kimutatott korrelációértékek alapján érthetőnek tűnik, hogy aki sok televíziót és filmet néz, annak nincs ideje sporttevékenységre, kirándulni és barátokkal együtt lenni. Hasonlóan, aki sok időt tölt számítógépezéssel, az kevesebbet kirándul.

Szintén érdemes közelebbről megnézni az értékek és a mindennapos tevékenységek kapcsolatát! Érdekes módon a *pénz, mint érték, pozitív összefüggést mutat a televízió-/filmnézéssel*, tehát akinek fontos a pénz, az rendszerint sok időt tölt a televízióval, filmekkel. A kérdést érdemes a másik oldalról is elemezni, tehát aki sokat néz televíziót, az a televízió által közvetít

tett értékeknek megfelelően fontosnak tekinti a pénzt. A *család, mint érték* viszont negatívan korrelál a *sporttevékenységgel*, vagyis akinek fontos a *család*, az általában kevesebb időt szán a sportolásra, így önmagára is. Az *egészség* értéként való elfogadása viszont pozitívan viszonyul a *kiránduláshoz* és negatívan a *számítógépezéshez*, amely megerősíti eddigi tapasztalatainkat (Huszár, Bognár, 2006).

Ahhoz, hogy a felnőtt társadalmat proszociális és perszonális értékek és tevékenységek felé motiváljuk, fel kell tárnunk a pozitív értékeket, emellett erősíteni kell ezen tevékenységek helyzetét és prioritását (Penney, 2006; Simon, 2002). Mindezt eredményeink is alátámasztják, mert aki kirándul, úgy tűnik, fontosabbnak tartja az *egészséget*. Emellett értelemszerűen a *sport, mint érték, pozitívan viszonyul a sporttevékenységhez*, valamint a *szabadidő negatívan a zenehallgatáshoz*. Elmondható, hogy aki fontosnak tarja a *mozgást*, az ténylegesen sportol is,

valamint aki a *szabadidőt* előkelő helyre rangsorolta, az keveset hallgat zenét. Ennek alapján úgy tűnik, hogy mintánk szempontjából a *zenehallgatás* nem a szabadidő része.

A szakirodalom alapján elmondható, hogy az értékek csak megfelelő értékrendszerre formálódva tudják befolyásolni gondolatainkat, cselekedeteinket és így egészségmagatartásunkat (Pál, Császár, Huszár és Bognár, 2005; Spiriduso, Francis, MacRae, 2005). E gondolatmenet igazolódása végigvezethető az egész tanulmányon.

Eredményeink alapján érdemes kiemelni, hogy az *egészség* és *sport* értékei a spektrum két szélső (ellentétes) oldalán helyezkednek el, vagyis a mintában résztvevők – úgy tűnik – nem ismerik fel az *egészség* és *sport* kapcsolódási pontjait. A tevékenységek tekintetében a *passzív pihenés*, a *sport*, illetve a *kirándulás/séta* megjelenése, illetve elhelyezkedése mutatja az *egészség* kategóriájának komplexitását, különbözőségét.

Mindezek alapján úgy tűnik, hogy a felnőtteknél a *sport*, a *kirándulás* és a *séta* meghatározó tényezővel bír az *egészség*, mint érték meghatározásánál. A legfontosabb tényezők pozitív hatása – jelen tanulmány alapján – általában több kategóriához kötött, mint például *nemhez*, *életkorhoz*, *lakóhelyhez*, *iskolai végzettséghez* és *sportolási szokásokhoz*. Az egészségre való motiválást tehát differenciálva kell megvalósítani. Ha a felnőtteknek tervezett egészségfejlesztő programokat ezen értékekre építjük, nagyobb hatékonyságot remélhetünk (Chenoweth, 2007; McKenzie, Smeltzer, 1997). Az élethosszig tartó sport iránti igény felkeltésével pedig nagy mértékben javulnának a társadalom egészségügyi mutatói, csökkennének a stressz, a passzív életvitel, a mozgásszervi bántalmak okozta panaszok és lassulna az öregedés folyamata (Sidó, 2001, Vuori, 2004).

## Absztrakt

Tanulmányunk célja, hogy a felnőttek preferált érték- és tevékenységrendszerének jellegzetességeit feltárjuk. Ezen belül kiemelt figyelmet szenteltünk a pszichoszomatikus értékeknek, mint

az *egészség*, *sport*, *szabadidő*, illetve olyan tevékenységeknek, mint a *sporttevékenység* és *kirándulás, séta*. Budapesten és nyolc vidéki városban, illetve településen nyílt és zárt végű kérdéseket tartalmazó kérdőívvel gyűjtöttünk adatokat (N=142) középkorú felnőttektől (M=45,8 SD±8,810). A mintánkban szereplő felnőttek egyértelműen a *családot* vélték a legfontosabbnak a meghatározott érték kategóriák közül. Emellett az *egészséget*, a *szeretetet*, és a *becsületet* helyezték érték rangsoruk elejére. A legkevésbé elfogadott, illetve preferált értékek a rangsor végéről kezdve a *sport*, a *karrier*, illetve a *szabadidő* számított. A mindennapos tevékenységek élén az *alvás/pihenés*, az *olvasás* és a *televízió-/filmnézés* szerepel, ezeknél kisebb népszerűséggel rendelkezik a *társaság/barátok*, a *sporttevékenység/játék*, a *számítógépezés/internet*, a *kirándulás/séta* és a *zenehallgatás*. A korábbi szakirodalmi utalásokkal megegyezően, a felnőtt társadalom érték rangsorának vizsgálatából kiderült, hogy a *sport* és a *kirándulás* jóval kevésbé preferált értékek és tevékenységformának számít, mint a *passzív pihenés*, az *alvás*, az *olvasás* és a *televíziónézés*.

## Kulcsszavak

**Felnőttek, érték- és tevékenységrendszer, egészség, fizikai aktivitás**

## Abstract

The purpose of this study was to reveal the characteristics of the activity- and value system of the adults participating in our survey. Within these factors, we paid special attention to psychosomatic values such as health, sport, free time, and to such activities as sports, trips, and walking. Our sample (N=142) was selected in Budapest and in eight rural towns or settlements in Hungary and was asked to fill out a questionnaire with open and closed ended questions. The middle-aged adults participating in the study (M=45,8 SD±8,810) unequivocally considered family as the most important among the value categories. Besides, they ranked health, love and honour at the top of their

scale. The least accepted or preferred values from the bottom of the ordinal scale were sports, career, and free time. As to the rank order of everyday activities, at the top of the scale we can find sleeping/relaxation, reading, television/film. Society/friends, sports activities/games, computing/internet, trips/walking and listening to music were considered less popular. In accordance with the literature, the values rank order of the adult population has revealed that sports and trips are significantly less preferred values and activity forms than passive relaxation, sleeping, reading, and watching television.

## Keywords

**Adults, value and activity system, health, physical activity**

## Irodalom

- Andorka R. (2006): *Bevezetés a szociológiába*. Budapest, Osiris Kiadó.
- Babbie, E. (1996): *A társadalomtudományi kutatás gyakorlata*. Budapest, Balassi Kiadó.
- Bábosik I. (2004): *Nevelésemélet. Nevelés az Európai Unióban*. Budapest, Osiris Kiadó.
- Bábosik Z. (2001): „Értékközvetítés napjainkban.” *Új Pedagógiai Szemle*, 12. 3–10.
- Chenoweth, D. H. (2007): *Worksite health promotion, Human Kinetics, Champaign, IL*.
- Elekes A. (2006): *Egészségpedagógia*. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest.
- Fisek, S. T. (2006): *Társas alapmotívumok*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Füstös L.–Szokolczai Á. (1994): „Értékek változásai Magyarországon 1978–1993. Kontinuitás és diszkontinuitás a kelet-közép-európai átmenetben.” *Szociológiai Szemle*, 1. 57–90.
- Hankiss E. (1983): *Társadalmi csapdák. Diagnózisok*. Magvető Kiadó, Budapest.
- Huszár A.–Bognár J. (2006): „Fiatalfelnőttek testkultúrája, avagy az iskolai testnevelés felnőttkori hatásai Magyarországon és Finnország példáján.” *Új Pedagógiai Szemle*, 6. 107–114.
- Köte S. (1998): „Neveléstudomány és értékmélet.” *Új Pedagógiai Szemle*, 1. 40–45.
- Magyari Beck I. (2004): *Érték és pedagógia*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- McKenzie, J. F.–Smeltzer, J. L. (1997): *Planning, implementing, and evaluating health*

5. táblázat

**Értékek és mindennapos tevékenységek korrelációja**

\*korreláció szignifikáns a  $p < 0.05$  szinten

\*\*korreláció szignifikáns a  $p < 0.001$  szinten

	Televízió	Olvasás	Zenehallgatás	Sporttevékenység	Alvás pihenés	Számítógépezés	Kirándulás	Társaság, barátok
Pénz	0,213**	0,010	-0,050	0,060	0,034	-0,035	-0,071	-0,125
	0,003	0,887	0,486	0,405	0,640	0,627	0,326	0,080
Család	0,015	0,091	0,045	-0,202**	-0,056	0,048	0,048	-0,053
	0,837	0,223	0,548	0,007	0,455	0,521	0,517	0,477
Barátság	-0,044	0,019	0,099	-0,057	-0,093	-0,014	0,045	0,064
	0,536	0,789	0,162	0,420	0,193	0,851	0,529	0,365
Becsület	0,000	0,056	-0,040	-0,064	-0,029	0,073	0,052	-0,060
	1,000	0,435	0,578	0,371	0,692	0,315	0,468	0,402
Karrier	0,042	0,013	0,084	-0,117	-0,021	0,117	-0,136	-0,008
	0,563	0,859	0,248	0,106	0,773	0,112	0,062	0,911
Egészség	-0,100	-0,017	-0,026	0,050	0,060	-0,276**	0,297**	0,047
	0,164	0,814	0,713	0,484	0,406	0,000	0,000	0,515
Szeretet	0,014	-0,019	-0,032	0,035	0,122	0,116	-0,198**	-0,115
	0,846	0,799	0,654	0,633	0,094	0,112	0,006	0,114
Boldogság	0,034	0,039	-0,067	-0,009	0,149*	0,050	-0,241**	0,112
	0,633	0,585	0,350	0,895	0,037	0,486	0,001	0,117
Lakás	-0,071	-0,151*	-0,138	0,073	0,115	-0,038	0,044	0,054
	0,318	0,035	0,053	0,309	0,110	0,602	0,535	0,448
Béke	0,049	0,108	0,067	-0,133	-0,148*	0,055	0,021	0,020
	0,492	0,133	0,344	0,062	0,039	0,445	0,771	0,783
Tudás	-0,067	-0,072	0,125	-0,032	-0,078	0,009	0,106	0,030
	0,351	0,319	0,083	0,661	0,282	0,906	0,140	0,673
Sport	-0,113	-0,158*	-0,079	0,223**	-0,075	0,012	0,066	0,023
	0,136	0,038	0,298	0,003	0,324	0,875	0,382	0,766
Szabadidő	-0,008	-0,035	-0,211**	0,170*	-0,039	0,046	0,049	-0,037
	0,919	0,639	0,004	0,021	0,602	0,536	0,507	0,617

*promotion programs.* Allyn and Bacon, Boston, MA.

Meleg Cs. (1998): „Az egészség értékrendszerünkben elfoglalt helye.” *Egészségnevelés*, 39. 155–159.

Meleg Cs. (2000): „Egészség. Egy szervezetfejlesztési program körvonalai.” *Új Pedagógiai Szemle*, 12. 34–42.

Mihály O. (2001): „Pedagógiai, etikai, tudományos és jogi normák az iskola erkölcsi szocializációjában.” *Új Pedagógiai Szemle*, 1. 4–16.

Nagy J. (2000): *XXI. század és nevelés.* Osiris Kiadó, Budapest.

Olvasztóné Balogh Zs.–Huszár A.–Konczos Cs. (2007): „Az egészségkultúrális magatartás és értelmezése.” *Kalokagathia*, 1–2. 111–124.

Pál K.–Császár J.–Huszár A.–Bognár J. (2005): „A testnevelés szerepe az egészségtudatos magatartás kialakításában.” *Új Pedagógiai Szemle*, 6. 25–32.

Penney D. (2006): „Physical education, realising lifelong potential.” *Healthy Lifestyles Journal*, 53/1. 22–26.

Pikó B. (2007): „A pszichoszomatikus szemlélet fontossága a családorvosi gyakorlatban.” *Hippocrates*, IX/1. 43–47.

Schwartz, S. H. (1992): “Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries.” In M. P. Zanna (ed.): *Advances in experimental social psychology*. Volume 25. 1–65. San Diego, CA: Academic Press.

Sidó Z. (2001): „A fizikai tréning szerepe az elhízás kezelésében.” *Hippocrates*, 9–10. III/5. 279–282.

Simon T. (2006): „Az egészségérték-gazdálkodás kialakítása, mint elsődleges egészségfejlesztési feladat.” *Egészségfejlesztés*, 1–2. 2–5.

Spirduso, W. W.–Francis, K. L.–MacRae, P. G. (2005): *Physical dimensions of aging.* Human Kinetics, Champaign, IL.

Uvacsek M. (2003): „A kövérség és az életmód összefüggése.” *Magyar Sporttudományi Szemle*, 1. 22–25.

Vuori, I. (2004): „Physical activity as a disease risk and health benefits of increased physical activity.” In Pekka Oja–Jan Borms (eds.): *Perspectives. The multidisciplinary series of physical education and sport science.* Meyer and Meyer Sport, Berlin, 29–96.

# Fontos-e a magyar fiataloknak az egészség?

## A magyar fiatalok egészségtudata kívánságaik, félelmeik és az általuk világproblémának tartott dolgok alapján

Pintér Nóra

Semmelweis Egyetem, ÁOK, Közegészségtani Intézet, Társadalomtudományi Csoport, IV. évfolyam, TDK-dolgozat

### Előzmények

Az 1980-as években a Nemzetközi Orvosmozgalom az Atomháború Megelőzéséért elnevezésű szervezet *Judith Van Hoorn* közreműködésével kidolgozott egy kérdőívet, amellyel a fiatalok nukleáris fenyegetettségét kívánták vizsgálni. E kérdőív mintájára Magyarországon 1989 óta, két-három-évente felmérést végeznek a fiatalok

korábbi évek eredményeivel. A válaszadók száma elég nagy, így a kapott értékek viszonylag reprezentatívnak mondhatók.

Feladatom a 2003-ban, illetve 2006-ban visszakapott kérdőívek feldolgozása volt. E két évben összesen 1178 válaszadó volt, a táblázatban látható megoszlásban. A fiú–lány arányt azért tüntettem fel, mert – a korábbi évekhez képest újdonságként – egy-egy

iskolatípushoz, illetve az *egészséghez* képest sokkal kevesebben említették az *anyagijólétet*.

Az utolsó iskolatípust, a gimnazistákat tekintve (*2/d táblázat*) a felmérés azt mutatja, hogy a magyar fiatalok többségének a legfontosabb az *egészség*, a *pénz* és a *boldogság*, s bár a százalékos megoszlásban van némi ingadozás, a sorrend nem sokat változott az elmúlt húsz év alatt.

### 1. táblázat

2003 és 2006	Általános iskola	Szaktanárs/szakiskola	Szakközépiskola	Gimnázium
Fiú	203	107	70	111
Lány	239	93	185	170

közérzetének, kívánságainak, félelmeinek, szorongásainak értékelésére. Ebbe a – *Prof. Dr. Simon Tamás* által elkezdett – felméréssorozatba kapcsolódtam be 2006-ban, TDK-munka keretein belül.

### A módszer

A kérdőívet az ország különböző iskoláiban töltik ki, s a következő három nyitott kérdéscsoport szerepel rajta:

- Mi a Te három kívánságod?
- Mi az a három dolog, amitől félsz?
- Sorolj fel három, általad világproblémának tartott dolgot!

A kérdőívek elemzése iskolatípusok szerint történik: *általános iskola, szaktanárs/szakiskola, szakközépiskola, gimnázium*. Ilymódon össze lehet hasonlítani ugyanazon év különböző iskolatípusainak eredményeit, illetve az eredmények összevethetők a

iskolatípuson belül megnéztem a választok nemek szerinti megoszlását is (*1. táblázat*).

### Kívánságok

Az általános iskolákban (*2/a táblázat*) a korábbi évekhez hasonlóan alakultak a válaszok, továbbra is a két leggyakrabban említett dolog az *egészség* és a *pénz*, de százalékos arányát tekintve az *egészség* említése 1995-höz képest visszaesést mutat.

A szaktanársképző iskolákban (*2/b táblázat*) – az általános iskolákhoz hasonlóan – a lista élén az *egészség* és a *pénz* áll.

A szakközépiskolásoknak (*2/c táblázat*) a számadatok alapján úgy tűnik, hogy egyre fontosabb az *egészség*, ugyanis 2003-hoz képest 8,5 százalékkal említették többen. *Pénzt* ugyan továbbra is sokan kívánnak, de mind a korábbi évekhez, mind az előző két

A fiú–lány összehasonlításban (*2/e, 2/f, 2/g táblázat*) általánosságban azt találtam, hogy a fiúknak a *pénz* és az *egészség*, a lányoknak az *egészség* és a *boldogság* a két legfontosabb dolog. Külön kiemeltem a gimnazista fiúkat (*2/d táblázat*), akiknél 2006-ban a korábbi felméréshez képest a 1. *pénz*, 2. *egészség* sorrend megfordult.

A kívánságokhoz végszóként még mindenképp felhívnom a figyelmet a *békére*, amit a legutóbbi két felmérésben jelentősen kevesebben említettek minden iskolatípusban a korábbi évekhez képest.

### Félelmek

A második kérdéscsoportot elemezve (*3/a, 3/b, 3/c, 3/d, 3/e, 3/f, 3/g táblázat*) sem találtam nagy különbségeket az iskolatípusok között. A fiatalok legjobban a *haláltól*, a *betegségek-től* és 2003-ig a *háborúktól* féltek.

2/a táblázat

**Kívánságok**

Általános iskolák										
	1989		1991		1993		1995		2006	
1.	Egészség	31,1	Pénz/ gazdagság	36,1	Pénz/ gazdagság	38,1	Egészség	47,8	Pénz/gazdagság	31,9
2.	Béke	30,4	Egészség	31,9	Egészség	30,1	Pénz/ gazdagság	36,9	Egészség	30,0
3.	Pénz/gazdagság	24,4	Béke	28,7	Béke	29,2	Béke	27,5	Boldog család	13,3
4.	Jó állás	19,8	Iskolai siker	22,7	Boldogság	19,1	Boldogság	23,1	Siker felvételi	10,6
5.	Boldogság	18,9	Boldogság	18,2	Boldog család	16,9	Boldog család	17,5	Barát/nő	9,5
6.	Tárgyak	14,1	Jó állás	13,3	Iskolai siker	16,2	Iskolai siker	16,2	Autó	8,1
7.	Jobb gazdasági helyzet	9,7	Boldog család	13,3	Tárgyak	13,4	Jó állás	12,2	Iskolai siker	7,9
8.	Iskolai siker	8,8	Tárgyak	12,2	Jó állás	12,5	Jobb gazda- sági helyzet	9,0	Siker az életben	7,6
9.	Boldog család	5,7	Jobb gazda- sági helyzet	10,2	Barát/nő	6,8	Szeretet	8,1	Béke	7,2
10.	Jobb politikai helyzet	4,8	Siker az életben	4,2	Siker az életben	4,5	Siker az életben	7,6	Utazás	7,2

2/b táblázat

**Kívánságok**

Szakmunkásképző										
	1989		1991		1993		1995		2006	
1.	Pénz/gazdagság	38,9	Pénz/ gazdagság	39,5	Pénz/ gazdagság	37,6	Pénz/ gazdagság	46,1	Pénz/gazdagság	47,0
2.	Béke	33,3	Béke	30,8	Egészség	34,8	Egészség	44,7	Egészség	46,5
3.	Egészség	26,5	Egészség	27,9	Béke	29,9	Béke	20,1	Boldogság	26,5
4.	Boldogság	19,1	Boldog család	18,4	Boldog család	24,0	Iskolai siker	22,1	Család	16,5
5.	Boldog család	16,7	Jó állás	17,3	Boldogság	19,0	Boldogság	19,5	Ház,lakás	15,0
6.	Tárgyak	16,7	Iskolai siker	16,4	Jó állás	16,7	Jó állás	16,2	Jó állás	13,0
7.	Iskolai sikerek	14,2	Tárgyak	12,9	Tárgyak	14,7	Barát/nő	14,4	Autó	12,0
8.	Jó állás	9,3	Boldogság	10,9	Iskolai siker	11,3	Siker az életben	23,9	Szakma	10,5
9.	Szeretet	5,6	Siker az életben	7,8	Szeretet	6,8	Tárgyak	12,5	Barát/nő	9,5
10.	Jobb politikai helyzet	5,6	Barát/nő	7,2	Barát/nő	5,0	Boldog család	10,1	Béke	8,0

2/c táblázat

**Kívánságok**

Szakközépiskola												
	1989		1991		1993		1995		2003		2006	
1.	Béke	22,8	Pénz/ gazdagság	31,7	Egészség	38,7	Egészség	40,2	Egészség	39,2	Egészség	47,7
2.	Egészség	20,3	Egészség	31,4	Pénz/ gazdagság	38,1	Béke	33,6	Pénz/ gazdagság	35,4	Boldogság	27,8
3.	Boldogság	16,2	Béke	30,2	Béke	36,6	Pénz/ gazdagság	31,5	Boldogság	27,8	Pénz/ gazdagság	26,7
4.	Pénz/ gazdagság	15,8	Boldogság	20,6	Boldogság	23,8	Boldogság	29,6	Siker felvételi	20,2	Család	21,5
5.	Szeretet	7,8	Boldog család	19,8	Boldog család	16,8	Boldog család	16,8	Siker az életben	15,1	Karrier	14,7
6.	Tárgyak	6,0	Iskolai siker	15,8	Iskolai siker	14,1	Iskolai siker	14,3	Jó állás	15,1	Érettségi	14,7
7.	Iskolai sikerek	6,0	Jó állás	12,9	Szeretet	12,2	Jó állás	12,8	Boldog család	15,1	Jó állás	13,6
8.	Jobb gazdasági helyzet	6,0	Siker az életben	8,9	Jó állás	13,0	Siker az életben	11,4	Érettségi	15,1	Boldog család	13,1
9.	Jó állás	4,8	Tárgyak	5,9	Jobb gazdasági helyzet	4,6	Szeretet	10,4	Béke	10,1	Béke	10,1
10.	Boldog család	2,8	Utazás	3,2	Siker az életben	3,8	Jobb gazdasági helyzet	7,2	Szép élet	8,6	Szeretet	9,1

2/d táblázat

**Kívánságok**

Gimnázium												
	1989		1991		1993		1995		2003		2006	
1.	Béke	30,6	Béke	42,0	Egészség	43,6	Egészség	40,5	Egészség	35,8	Egészség	42,6
2.	Boldogság	29,6	Egészség	35,5	Béke	39,2	Boldogság	35,1	Pénz/ gazdagság	25,1	Boldogság	30,6
3.	Egészség	26,5	Boldogság	27,4	Boldogság	29,5	Béke	33,0	Boldogság	24,4	Pénz/ gazdagság	28,6
4.	Pénz/ gazdagság	18,8	Pénz/ gazdagság	21,4	Pénz/ gazdagság	27,1	Pénz/ gazdagság	26,1	Béke	18,3	Boldog család	17,3
5.	Iskolai siker	17,5	Boldog család	16,4	Jó állás	13,2	Boldog család	26,1	Siker felvételi	12,2	Siker az életben	14,0
6.	Jobb gazdasági helyzet	17,0	Iskolai siker	11,7	Szeretet	10,6	Siker az életben	16,5	Siker az életben	10,6	Szeretet	11,3
7.	Boldog család	9,8	Jobb gazdasági helyzet	10,6	Iskolai sikerek	9,2	Jó állás	15,0	Jó állás	9,9	Béke	10,0
8.	Jó állás	9,5	Szeretet	9,4	Boldog család	8,3	Szeretet	12,9	Utazás	9,1	Szerelem	7,3
9.	Jobb politi- kai helyzet	8,5	Jó állás	8,2	Siker az életben	6,6	Iskolai siker	12,0	Boldog család	8,3	Siker felvételi	6,0
10.	Siker az életben	6,5	Siker az életben	6,6	Barát/nő	3,5	Jobb gazdasági helyzet	7,5	Nyelvvizsga	8,3	Probléma- mentes élet	6,0



2/e táblázat

**Kívánságok**

Általános iskola, szakmunkásképző								
2006 – általános iskola				2006 – szakmunkásképző				
	Fiú		Lány		Fiú		Lány	
1.	Pénz	41,8	Egészség	31,8	Pénz	61,6	Egészség	45,1
2.	Egészség	27,0	Boldogság	26,3	Egészség	47,6	Boldogság	38,7
3.	Autó	13,3	Pénz	23,3	Autó	20,5	Pénz	30,1
4.	Barátnő	13,3	Boldog család	17,5	Ház	18,6	Család	22,5
5.	Boldogság	11,8	Siker felvételi	12,5	Boldogság	15,8	Jó állás	16,1
6.	Sikerek a sportban	10,3	Utazás	10,4	Barátnő	14,9	Szakma	10,7
7.	Boldog család	8,3	Barátok	10,4	Család	11,2	Béke	10,7
8.	Siker felvételi	7,8	Siker	9,2	Szakma	10,2	Ház	10,7
9.	Jó tanuló legyen	7,3	Béke	8,7	Jó állás	10,2	Barátok	8,6
10.	Örök élet	7,3	Jó tanuló legyen	7,9	Karrier	6,5	Siker	7,5

2/f táblázat

**Kívánságok**

Szakközépiskola								
2003				2006				
	Fiú		Lány		Fiú		Lány	
1.	Pénz	35,1	Egészség	45,8	Egészség	43,5	Egészség	48,9
2.	Egészség	29,0	Boldogság	37,5	Pénz	43,5	Boldogság	34,3
3.	Siker felvételi	19,3	Pénz	22,9	Karrier	17,9	Család	24,8
4.	Jó állás	16,1	Boldog család	22,9	Béke	17,9	Pénz	21,8
5.	Siker	16,1	Érettségi	22,9	Autó	15,3	Jó érettségi	18,2
6.	Célok elérése	12,9	Siker felvételi	20,8	Család	12,8	Jó állás	16,1
7.	Boldogság	12,9	Siker	14,5	Boldog család	10,2	Karrier	13,8
8.	Autó	9,6	Jó állás	14,5	Több kívánság	10,2	Boldog család	13,8
9.	Ház	6,4	Béke	12,5	Siker felvételi	7,6	Szeretet	10,9
10.	Diploma	6,4	Szerelem	10,4	Örök élet	7,6	Siker	10,2

2/g táblázat

**Kívánságok**

Gimnázium								
	2003				2006			
	Fiú		Lány		Fiú		Lány	
1.	Pénz	40,6	Egészség	36,1	Egészség	40,3	Egészség	43,8
2.	Egészség	35,5	Boldogság	30,5	Pénz	30,7	Boldogság	39,8
3.	Béke	27,2	Sikeres felvételi	15,2	Siker	17,3	Pénz	27,5
4.	Boldogság	16,9	Utazás	13,8	Boldogság	15,3	Boldog család	20,4
5.	Jó állás	10,1	Nyelvvizsga	13,8	Család	11,5	Szeretet	13,2
6.	Siker	8,4	Sikeres felvételi	12,5	Szerelem	9,6	Siker	12,2
7.	Sikeres felvételi	8,4	Szerelem	12,5	Béke	9,6	Jó állás	11,2
8.	Diploma	6,7	Pénz	12,5	Tudás	7,6	Béke	11,2
9.	Nyári szünet	6,6	Béke	11,1	Karrier	7,6	Sikeres felvételi	7,4
10.	Boldog család	6,7	Család	11,1	Szeretet	7,6	Szerelem	6,1

3/a táblázat

**Félelmek**

Általános Iskolák										
	1989		1991		1993		1995		2006	
	1.	Háború	35,7	Háború	44,3	Háború	42,4	Betegség	42,1	Halál
2.	Betegségek	26,4	Halál	24,6	Betegség	29,9	Háború	38,9	Közeli hozzátartozó halála	19,4
3.	Halál	26,4	Betegség	23,9	Halál	20,0	Halál	25,6	Betegség	18,7
4.	Sikertelenség	16,3	Sikertelenség	18,2	Közeli hozzátartozó halála	15,3	Jövő	13,8	Pók	18,7
5.	AIDS	9,0	Közeli hozzátartozó halála	12,3	Sikertelenség	14,8	Sikertelenség	12,2	Kígyó	8,3
6.	Szegénység	6,4	Munkanélküliség	8,1	Szegénység	9,6	AIDS	11,8	Rossz jegy/bukás	8,3
7.	Környezet-szennyezés	5,7	AIDS	7,8	Jövő	9,4	Közeli hozzátartozó halála	11,4	Háború	6,7
8.	Közeli hozzátartozó halála	5,7	Szegénység	6,1	AIDS	7,3	Szegénység	8,5	Sötétség	6,7
9.	Baleset	4,4	Környezet-szennyezés	5,5	Környezet-szennyezés	6,3	Munkanélküliség	8,3	Kutya	5,6
10.	Gazdasági problémák	3,4	Jövő	3,6	Munkanélküliség	4,2	Gazdasági problémák	6,6	Sérülés/baleset	5,4

3/b táblázat

Félelmek										
Szakmunkásképző										
	1989		1991		1993		1995		2006	
1.	Betegség	18,5	Háború	41,2	Háború	45,7	Betegség	33,2	Betegség	28,0
2.	Halál	17,9	Betegség	23,6	Betegség	31,2	Háború	31,7	Halál	24,0
3.	Háború	13,8	Halál	23,6	Halál	29,9	Halál	18,8	Közeli hozzátartozó halála	16,0

3/c táblázat

Félelmek												
Szakközépiskola												
	1989		1991		1993		1995		2003	2006		
1.	Háború	21,7	Háború	43,9	Háború	50,1	Háború	42,0	Háború	31,6	Közeli hozzátartozó halála	30,1
2.	Betegség	17,0	Betegség	30,2	Halál	35,2	Betegség	34,5	Közeli hozzátartozó halála	30,3	Betegség	27,8
3.	Siker-telenség	16,4	Halál	18,2	Betegség	20,0	Halál	17,3	Betegség	27,8	Halál	27,7

2006-ra azonban mindenhol lekerült a dobogóról a *háború*, helyét a *közeli hozzátartozó halálának* említése vette át. Bár a *betegségek* továbbra is bennmaradtak az első háromban, százalékos arányban ezt is jóval kevesebben említették. Számomra ennél a pontnál kezdett igencsak érdekessé válni a vizsgálat. „Háború és béke”, miért lett ez a két dolog kevésbé félelmetes, illetve fontos? Talán nagyobb biztonságban érzik magukat a kamaszok, vagy egyszerűen csak nagyobb hangsúlyt kapott a *család*, a *barátság*, vagyis a szűkebb közösség, mint a társadalom? Hogyan lehet az, hogy a *halált* továbbra is hasonló arányban említik, a *betegséget* pedig ehhez képest kevesebben? A két dolgot már kevésbé tartják összefüggőnek? A *környezetszennyezés* már nem szerepel az első tíz félelem között. Valóban nem kell tőle tartanunk, vagy csak nem érzik fontosnak a diákok? Az *AIDS* már csak a szakmunkás fiúk és lányok körében került be a tíz legfélelmetesebb dolog közé (3/e táblázat). Talán nem tudják, hogyan védekezhetnek ellene, vagy nem bíznak saját

felelősségtudatukban? Megemlíteném még, hogy a *szegénységtől* is kevesebben félnek, noha a kívánságok között a *pénz* igen előkelő helyen szerepel. Egyre többen említik a félelmek között a *magányt*, amire érdemes odafigyelnünk, mivel számos probléma kiindulópontja lehet, ha egy kamasz egyedül, kirekesztettnek érzi magát, nincsenek barátai, akikkel ebben a korban a legtöbben megbeszélhetik problémáikat. A félelmek-kérdéscsoporttal kapcsolatban az utolsó kérdés merült fel bennem: vajon miért féltek 2003-ban jobban az iskolai dolgoktól a fiatalok, mint a többi évben, miért említették többen a *rossz jegy*, a *bukás*, a *felvételi*, s ehhez hasonló félelmeket?

### Világproblémák

Az utolsó kérdéscsoportban (4/a, 4/b, 4/c, 4/d, 4/e, 4/f, 4/g táblázat) az adatok azt mutatják, hogy továbbra is a *környezetszennyezést* és a *háború-béke* kérdését tartják a fiatalok a két legnagyobb világproblémának, ami számomra nagyon meglepő volt, azok

után, hogy e két fogalom a kívánságok és a félelmek között háttérbe szorult, vagy legalábbis kevesebben említették, mint a korábbi években.

Úgy tűnik, hogy a *betegségek*től, az *AIDS-től* és a *szegénységtől* – az utolsó két felmérés alapján – nemcsak kevesebben félnek, de kevesebben is tartják világproblémának. Igen meglepőnek találtam, hogy a *daganatos betegségek* nemhogy nem kerültek be az első tíz félelem és világprobléma közé, de szinte senki nem is említette azokat.

Ezzel szemben az *éhínség* és az *önpusztító életmód* (*dohányzás, alkoholizmus, drog*) feltörőben van a listákon.

Az adatok azt mutatják, hogy lányok többen tartják problémának a *betegségeket* és a *háborúkat*, mint a fiúk. Bár a sorrend hasonlóan alakul mindkét nemnél, de a fiúknál százalékos megoszlásban nagyobb a szórás (4/e, 4/f, 4/g táblázat).

Azt is láthatjuk, hogy az általános, minden évben felmerülő problémák mellett az éppen aktuális, csak rövidebb időre kiható dolgok is megjelen-

3/d táblázat

Félelmek												
Gimnázium												
	1989		1991		1993		1995		2003		2006	
1.	Háború	28,5	Háború	50,6	Háború	49,8	Betegség	42,3	Háború	32,1	Közeli hozzátartozó halála	34,6
2.	Betegség	22,1	Betegség	35,9	Betegség	42,9	Háború	38,1	Betegség	29,0	Halál	22,6
3.	Halál	20,1	Közeli hozzátartozó halála	17,3	Halál	20,5	Halál	20,1	Halál	27,4	Betegség	18,6
4.	Siker-telenség	11,3	Halál	16,7	Közeli hozzátartozó halála	16,5	Jövő	19,2	Közeli hozzátartozó halála	16,0	Pók	16,0
5.	AIDS	8,2	Siker-telenség	10,4	Siker-telenség	12,7	Közeli hozzátartozó halála	16,5	Felvételi	9,9	Magány	13,3
6.	Környezet-szennyezés	7,7	AIDS	6,6	Szegénység	10,4	AIDS	13,5	Magány	9,1	Kígyó	8,0
7.	Szegénység	6,9	Jövő	6,1	AIDS	9,4	Szegénység	11,7	Érettségi	7,6	Bogarak	7,3
8.	Politikai problémák	6,9	Munka-nélküliség	6,1	Környezet-szennyezés	6,8	Boldog-talanság	9,0	Vizsgák	6,1	Csalódás	6,6
9.	Boldog-talanság	5,7	Környezet-szennyezés	5,5	Munka-nélküliség	6,6	Siker-telenség	8,4	Munka-nélküliség	6,1	Sötétség	6,0
10.	Munka-nélküliség	4,4	Szegénység	3,1	Jövő	6,1	Munka-nélküliség	5,7	Ízeltlábúak	6,1	Horror-filmek	6,0

3/e táblázat

Félelmek								
Általános iskola, szakmunkásképző								
	2006 – általános iskola				2006 – szakmunkásképző			
	Fiú		Lány		Fiú		Lány	
1.	Halál	21,6	Közeli hozzátartozó halála	25,5	Betegség	28,0	Betegség	27,9
2.	Betegség	16,2	Pók	23,8	Halál	21,5	Halál	26,8
3.	Pók	13,3	Halál	23,0	Háború	14,9	Közeli hozzátartozó halála	24,7
4.	Köz.hoz.halála	12,8	Betegség	20,5	Katasztrófák	9,3	Pók	17,2
5.	Rossz jegy/bukás	9,8	Kígyó	9,6	Szegénység	9,3	Magány	12,9
6.	Sérülés/baleset	8,3	Bogarak	8,7	AIDS	9,3	Munkanélküliség	11,8
7.	Kígyó	6,4	Háború	7,9	Rák	9,3	AIDS	9,6
8.	Madárinf.	5,9	Sötétség	7,9	Közeli hozzátartozó halála	8,4	Sötétség	9,6
9.	Háború	5,4	Rossz jegy/bukás	7,1	Madárinfluenza	8,4	Baleset	8,6
10.	Sötétség	5,4	Magány	5,4	Pók	6,5	Boldogtalanság	7,5

3/f táblázat

Félelmek								
Szakközépiskola								
	2003				2006			
	Fiú		Lány		Fiú		Lány	
1.	Betegség	35,4	Közeli hozzátartozó halála	35,4	Halál	51,2	Közeli hozzátartozó halála	33,5
2.	Háború	29,0	Háború	33,3	Közeli hozzátartozó halála	17,9	Betegség	31,3
3.	Közeli hozzátartozó halála	22,8	Halál	25,0	Háború	15,3	Magány	22,6
4.	Halál	19,3	Betegség	22,9	Betegség	15,3	Halál	20,4
5.	Magány	19,3	Érettségi	12,5	Szegénység	15,3	Érettségi	13,1
6.	Bezártság	12,9	Célok nem valósulnak meg	12,5	Pók	10,2	Pók	12,4
7.	Sötétség	6,4	Magány	10,4	Rossz jegy/bukás	7,6	Háború	8,7
8.	Rossz jegy/bukás	6,4	Felvételi	10,4	Önmaga	7,6	Szegénység	8,0
9.	Katasztrófák	6,4	Pók	10,4	Baleset/sérülés	7,6	Jövő	8,0
10.	Horrorfilmek	6,4	Sikertelenség	6,2	Madárinfluenza	5,1	Munkanélküliség	7,3

3/g táblázat

Félelmek								
Gimnázium								
	2003				2006			
	Fiú		Lány		Fiú		Lány	
1.	Halál	32,2	Háború	33,3	Közeli hozzátartozó halála	28,8	Közeli hozzátartozó halála	36,3
2.	Háború	30,5	Betegség	33,3	Halál	19,2	Halál	24,4
3.	Betegség	23,7	Halál	23,6	Kígyó	13,4	Betegség	22,4
4.	Felvételi	11,8	Közeli hozzátartozó halála	22,2	Horrorfilm	11,5	Pók	21,4
5.	Rossz jegy/bukás	10,1	Magány	12,5	Betegség	11,5	Magány	17,3
6.	Pók	8,4	Vizsgák	9,7	Háború	9,6	Sötétség	8,1
7.	Közeli hozzátartozó halála	8,4	Felvételi	8,3	Ízeltlábúak	7,6	Csalódás	8,1
8.	Érettségi	8,4	Ízeltlábúak	6,9	Madárinfluenza	7,6	Rovarok	7,1
9.	Magány	5,0	Érettségi	6,9	Pók	5,7	Kígyó	5,1
10.	Munkanélküliség	5,0	Munkanélküliség	6,9	Önmaga	5,7	Boldogtalanság	5,1

4/a táblázat

**Világproblémák**

Általános iskola										
	1989		1991		1993		1995		2006	
1.	Betegség	17,9	Gazdasági problémák	39,8	Környezet-szennyezés	36,2	Szegénység	46,9	Környezet-szennyezés	38,0
2.	Fegyverkezés/leszerelés	17,7	Háború/béke	35,3	Háború/béke	33,4	Háború/béke	40,9	Háború	28,8
3.	AIDS	16,9	Környezet-szennyezés	27,7	Szegénység	23,8	Környezet-szennyezés	33,0	Éhínség	16,4
4.	Politikai problémák	16,7	Munkanélküliség	22,5	Gazdasági problémák	23,8	Betegség	28,6	Szegénység	15,1
5.	Gazdasági problémák	15,9	Szegénység	16,6	Betegség	17,6	Gazdasági problémák	26,9	Terrorizmus	14,4
6.	Környezet-szennyezés	11,5	Betegség	14,0	Munkanélküliség	17,4	Munkanélküliség	25,1	Globális felmelegedés	12,8
7.	Munkanélküliség	11,5	Éhínség	8,5	Fegyverkezés/leszerelés	13,2	AIDS	13,5	Madárinfluenza	9,7
8.	Háború/béke	5,5	Politikai problémák	7,8	Éhínség	10,4	Bűnözés	8,3	Drog/alkohol	9,5
9.	Szegénység	5,5	AIDS	5,3	Politikai problémák	8,0	Politikai problémák	7,7	Politikai problémák	8,5
10.	Éhínség	5,5	Bűnözés	5,0	AIDS	5,9	Éhínség	5,4	Betegség	7,4

4/b táblázat

**Világproblémák**

Szakmunkásképző										
	1989		1991		1993		1995		2006	
1.	Gazdasági problémák	25,9	Gazdasági problémák	39,8	Gazdasági problémák	43,7	Szegénység	47,6	Környezet-szennyezés	36,5
2.	Fegyverkezés/leszerelés	19,8	Háború/béke	35,3	Háború/béke	38,0	Háború/béke	41,3	Háború	20,0
3.	Éhínség	16,7	Környezet-szennyezés	27,7	Munkanélküliség	36,2	Gazdasági problémák	30,3	Madárinfluenza	17,5

4/c táblázat

**Világproblémák**

Szakközépiskola												
	1989		1991		1993		1995		2003		2006	
1.	Fegyverkezés/leszerelés	28,9	Háború/béke	41,7	Háború/béke	48,3	Háború/béke	53,1	Környezet-szennyezés	40,5	Háború/béke	40,3
2.	AIDS	17,6	Környezet-szennyezés	36,8	Környezet-szennyezés	36,5	Környezet-szennyezés	34,9	Háború/béke	40,5	Környezet-szennyezés	33,5
3.	Környezet-szennyezés	15,2	Gazdasági problémák	27,2	Szegénység	27,5	Szegénység	30,0	Éhiség	20,2	Szegénység	19,8

4/d táblázat

**Világproblémák**

Gimnázium												
	1989		1991		1993		1995		2003		2006	
1.	Fegyverkezés/leszerelés	34,4	Környezet-szennyezés	42,5	Háború/béke	54,5	Háború/béke	57,1	Háború	45,8	Környezet-szennyezés	50,6
2.	Környezet-szennyezés	29,0	Háború/béke	38,7	Környezet-szennyezés	38,2	Szegénység	33,6	Környezet-szennyezés	40,4	Háború/béke	28,0
3.	Éhiség	23,4	Éhiség	24,4	Betegség	26,2	Környezet-szennyezés	31,2	Éhiség	22,1	Drog/alkohol	20,0
4.	AIDS	20,3	Gazdasági problémák	18,9	Éhiség	22,9	Betegség	27,6	Irak	16,1	Politikai problémák	14,0
5.	Háború/béke	16,5	Politikai problémák	17,3	AIDS	20,7	AIDS	18,9	Betegség	13,7	Globális felmelegedés	13,3
6.	Szegénység	15,2	AIDS	17,2	Munka-nélküliség	19,3	Gazdasági problémák	18,6	Szegénység	12,9	Éhiség	12,6
7.	Betegség	14,4	Betegség	15,6	Gazdasági problémák	17,7	Éhiség	14,7	AIDS	10,6	Terrorizmus	12,6
8.	Gazdasági problémák	11,6	Munka-nélküliség	13,2	Szegénység	17,5	Munka-nélküliség	8,3	Atombomba	8,3	Szegénység	11,3
9.	Politikai problémák	9,6	Fegyverkezés/leszerelés	13,1	Politikai problémák	8,5	Fegyverkezés/leszerelés	10,5	Globális felmelegedés	7,6	Túl népesedés	6,6
10.	Kábítószer	4,6	Szegénység	10,9	Fajgyűlölet	8,3	Politikai problémák	7,8	Munka-nélküliség	6,1	Katasztrófák	6,0

4/e táblázat

**Világproblémák**

Általános iskola, szakmunkásképző								
	2006 – általános iskola				2006 – szakmunkásképző			
	Fiú		Lány		Fiú		Lány	
1.	Környezetszennyezés	38,92	Környezetszennyezés	36,4	Környezetszennyezés	39,25	Környezetszennyezés	33,33
2.	Háború	24,63	Háború	30,96	Háború	24,3	Háború	27,96
3.	Terrorizmus	16,75	Éhínség	17,99	Madárinfluenza	17,76	Betegségek	22,58
4.	Globális felmelegedés	16,26	Szegénység	16,74	Terrorizmus	17,17	Éhínség	21,51
5.	Éhínség	14,78	Terrorizmus	12,55	Globális felmelegedés	13,08	Szegénység	18,28
6.	Szegénység	13,3	Önpusztító életmód	12,13	AIDS	11,21	Madárinfluenza	17,2
7.	Politika	9,85	Madárinfluenza	11,72	Járványok	10,28	Árvíz	15,05
8.	Madárinfluenza	7,39	Betegség	9,62	Szegénység	9,35	Terrorizmus	10,78
9.	Önpusztító életmód	6,4	Globális elmelegedés	9,21	Éhínség	9,35	Munkanélküliség	8,6
10.	Hajléktalanság	5,42	Politika	7,11	Önpusztító életmód	8,41	Önpusztító életmód	7,53

4/f táblázat

**Világproblémák**

Szakközépiskola								
	2003				2006			
	Fiú		Lány		Fiú		Lány	
1.	Környezetszennyezés	51,61	Háború	52,08	Háború	33,33	Háború	42,34
2.	Háború	22,58	Környezetszennyezés	33,33	Szegénység	25,64	Környezetszennyezés	37,96
3.	Éhezés	22,58	Szegénység	18,75	Terrorizmus	23,08	Éhínség	17,52
4.	Irak	19,36	Éhínség	18,75	Politika	20,51	Politika	15,33
5.	Szegénység	19,36	Terrorizmus	12,5	Környezetszennyezés	17,95	Szegénység	14,21
6.	Járványok	12,9	Irak	12,5	Rasszizmus	15,39	Globális felmelegedés	10,95
7.	Terrorizmus	9,68	Bűnözés	10,42	Madárinfluenza	12,82	Betegségek	10,22
8.	Betegség	6,45	Betegség	8,33	AIDS	10,26	Önpusztító életmód	10,22
9.	AIDS	6,45	Önpusztító életmód	8,33	Betegség	10,26	Ellenségeskedés	8,76
10.	Önpusztító életmód	6,45	Munkanélküliség	8,33	Éhínség	10,26	Terrorizmus	8,76



4/g táblázat

## Világproblémák

Gimnázium								
2003				2006				
Fiú		Lány		Fiú		Lány		
1.	Háború	32,2	Háború	56,94	Környezetszennyezés	44,23	Környezetszennyezés	52,04
2.	Környezetszennyezés	30,51	Környezetszennyezés	48,61	Háború	19,23	Háború	30,61
3.	Éhínség	16,95	Éhínség	26,39	Politika	17,31	Önpszüfító életmód	22,45
4.	Irak	15,25	Betegség	23,61	Önpszüfító életmód	15,38	Éhínség	16,33
5.	Atombomba	13,56	Irak	16,67	Terrorizmus	13,46	Szegénység	13,27
6.	Önpszüfító életmód	11,86	AIDS	13,89	Globális felmelegedés	13,46	Terrorizmus	12,24
7.	Politika	10,17	Szegénység	12,5	Katasztrófák	7,69	Globális felmelegedés	12,24
8.	Globális felmelegedés	10,17	Járványok	6,94	Szegénység	7,69	Politika	11,22
9.	USA hatalma	10,17	Emberi.kapcsolatok	6,94	Túlnépesedés	5,77	Pénzügyek	8,16
10.	Szegénység	8,48	Önzőség	5,55	Tudatlanság	5,77	Erőszak	7,14

nek – gondolk itt például a *madárinfluenza*, *Irak*, az *USA hatalma*, *árvíz* stb. említésére.

## Összefoglalás

A felmérés tehát azt mutatja, hogy a fiataloknak fontos a *saját és rokonai, szeretteik, barátaik egészsége, a boldog emberi kapcsolatok, a pénz, a tiszta környezet, vagyis a teljes testi, lelki és anyagi jól-lét*. Kérdés azonban, hogy mit tesznek mindezek érdekében ők, és mit tehetünk mi, leendő orvosként, majd orvosként, szülőként, hogy megfelelő példával szolgáljunk a fiatalok számára? Úgy gondolom, a BOKA (Budapesti Orvostanhallgatók Kortársképző Alapítványa) tagjaként az első lépést már megtettem a primer prevenció elősegítésére, s erre biztatom minden hallgatótársamat, az orvosokat és a szülőket is. A szándék ugyanis nem elég, a tett az igazán fontos.

## Summary

On the basis of the survey the Hungarian young people consider the own health and the health of their loved ones, the clean environment, the happy personal connections, the money, that is to say the physical/spiritual/material well-being, important. But the question is, what do they for this things and what can we do to set for the children a good example?

## Irodalom

1. Prof. Dr. Simon T. és munkatársai: „Magyar fiatalok kívánságai, félelmei, szorongásai és ezek kapcsolata az egészséggel 1989 novemberében.” *Végeken*, 4. 36–42. 1990.
2. Van-Hoorn J.: *Growing up Scared*. 57–77. Open Books, Berkeley, 1986.
3. Prof. Dr. Simon T.: „Magyar fiatalok kívánságai, félelmei és szorongásai az 1989, 1991, 1993 és 1995 években.” Aszmann A. (szerk.):

*Serdülők egészségi állapota, egészségmagatartása*. Új-Aranyhíd Kft., 1995.

4. Prof. Dr. Simon T.: „Az egészségmagatartás befolyásolása.” Aszmann A. (szerk.): *Az egészségneveléstől az egészség-megőrzésig*. Új-Aranyhíd Kft., 1995.
5. Dr. Berta A. M.: „Egyéni környezettisztelt, környezetvédelem és egészséges táplálkozás.” *Egészségfejlesztés*, XLVI. évfolyam, 1–2. 2005.

# A védőnő szerepe a fogyatékosok egészségfejlesztésében

Tobak Orsolya

Tanársegéd, okleveles védőnő, gyógypedagógus  
SZTE-ETSZK Védőnői Munka és Módszertana Szakcsoport

*Védőnőnek lenni nemcsak hivatás, hanem szolgálat!*

## Bevezetés

A mindenkori felnővekvő nemzedék egészségmagatartásának formálása, a jövő egészséges felnőtt társadalmának nevelése stratégiai fontosságú feladat.

Védőnő-hallgatókat oktatok a Szegei Tudományegyetemen, valamint védőnőként-gyógypedagógusként is tevékenykedem. Fontosnak tartom a felnővekvő generáció egészségének

megőrzése érdekében tett lépéseket, és ezekben magam is próbálok részt venni. Gyógypedagógusként pedig különös figyelemmel fordulok bármely fogyatékkal élő gyermek felé, s feladatombnak tartom, hogy számukra is elérhető érték legyen az egészség – amelyért maguk is képesek tenni, ha segítjük őket –, valamint hogy megtalálják helyüket az egészségesek társadalmában.

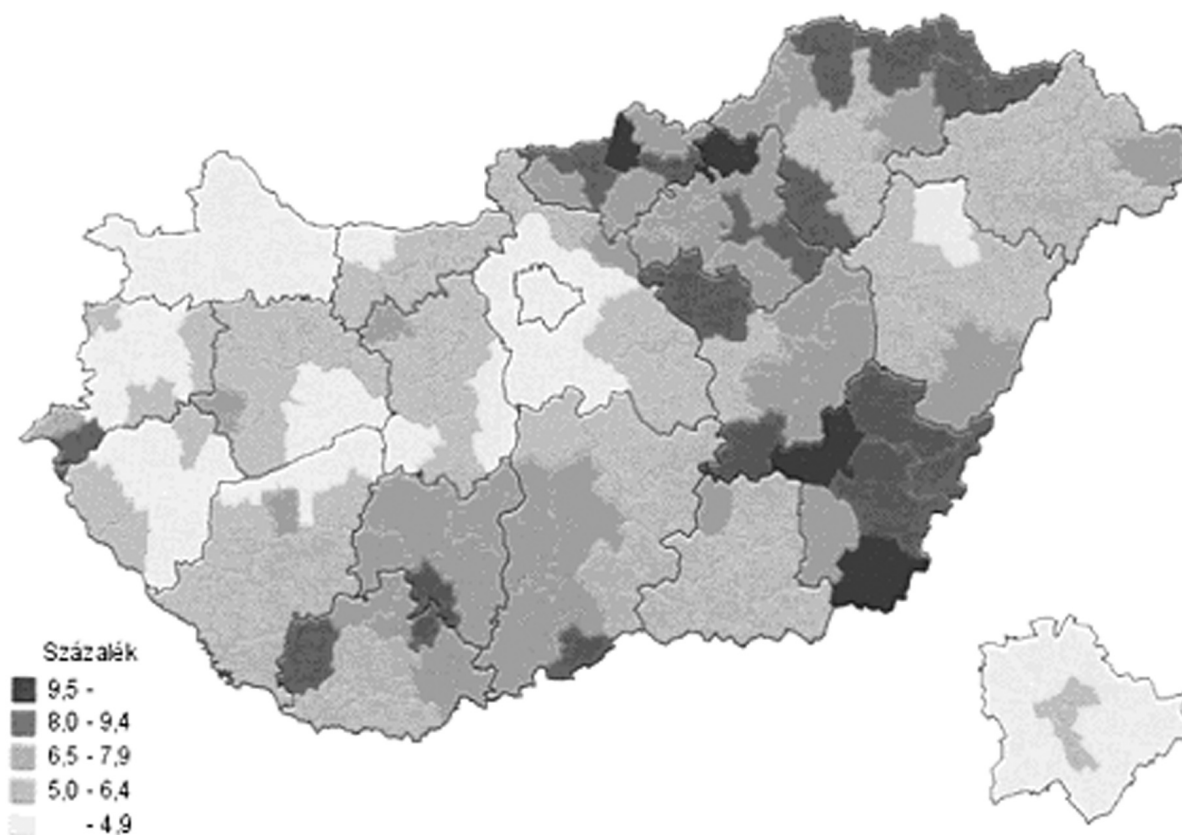
Munkámat hivatásnak tekintem. Hét éve dolgozom védőnőként. Azóta megtapasztaltam, hogy ez a munka több, mint hivatás, egyben szolgálat is, amely a gondozottak egészségének megőrzésére irányul.

Magyarországon a védőnői munka 70%-át a családlátogatás teszi ki. A folyamatos családlátogatások alkalmával részesei leszünk a család életének, betekintést kapunk mindennapjaikba,

1. ábra

### A fogyatékos személyek aránya a népesség százalékában

Forrás: Statisztikai Évkönyv 2001



így a felelősség is szélesebb körű. A védőnőnek kell(ene) először észlelnie a csecsemő/gyermek fejlődésében való eltéréseket, a vontatott fejlődést, a hiányosságokat. Ez azonban csak akkor lehetséges, ha a rendszeresen jelen vagyunk és felelősséggel foglalkozunk a legkisebb változással is, figyelünk a szülők első jelzéseire, aggodalmaira.

Kompetenciánkból adódóan, amint fogyatékosra utaló jeleket tapasztalunk, a gyermeket a megfelelő szakemberhez irányítjuk. A diagnózist követően a szülőknek szükségünk van támogatásra a „vesztesség” feldolgozásában. Ekkor is „kéznél kell lennie” a védőnőnek. Ezt követően a fejlesztés időszakában a szakemberekkel együttműködve támogatjuk a családokat. A szülőknek gyakorlati tanácsokat adunk gyermekük gondozásához, neveléséhez. Ezen feladatok mellett folyamatosnak kell lennie az érzelmi támogatásnak, megerősítésnek.

Ezt a komplex gondozómunkát csak

úgy végezhetjük, ha rendszeresen látogatjuk a családokat és adekvát tanácsainkkal elősegítjük a gyermekek egészséges fejlődését.

A védőnői tevékenység másik profilját az egészségfejlesztés adja.

Az egészségfejlesztő tevékenység sikere, alapfeltétele az egészség fogalmának helyes értelmezése, az azt befolyásoló tényezők megértése, jelentőségének felismerése.

Az egészségfejlesztés az a folyamat, amely révén képessé teszünk másokat saját egészségük javítására, illetve arra, hogy nagyobb kontrollra tegyenek szert saját egészségük felett.

Az egészségfejlesztés egyik szelete az egészségnevelés, amely komplex direkt és indirekt módszereket alkalmazó nevelő tevékenység, amely kiterjed a szocializáció minden színterére.

Végezhetünk egészségnevelést a családban, óvodában, iskolában, egyetemeken, munkahelyen, városokban, vagyis mindenhol, ahol emberek élnek

és dolgoznak. Az egészségnevelés területei lehetnek többek között: a táplálkozás, dohányzás, alkohol- és kábítószer-fogyasztás, szerelem, szexualitás, szexuális úton terjedő betegségek, a krónikus mozgásszervi, szív- és érrendszeri, daganatos megbetegedések megelőzése, stb.

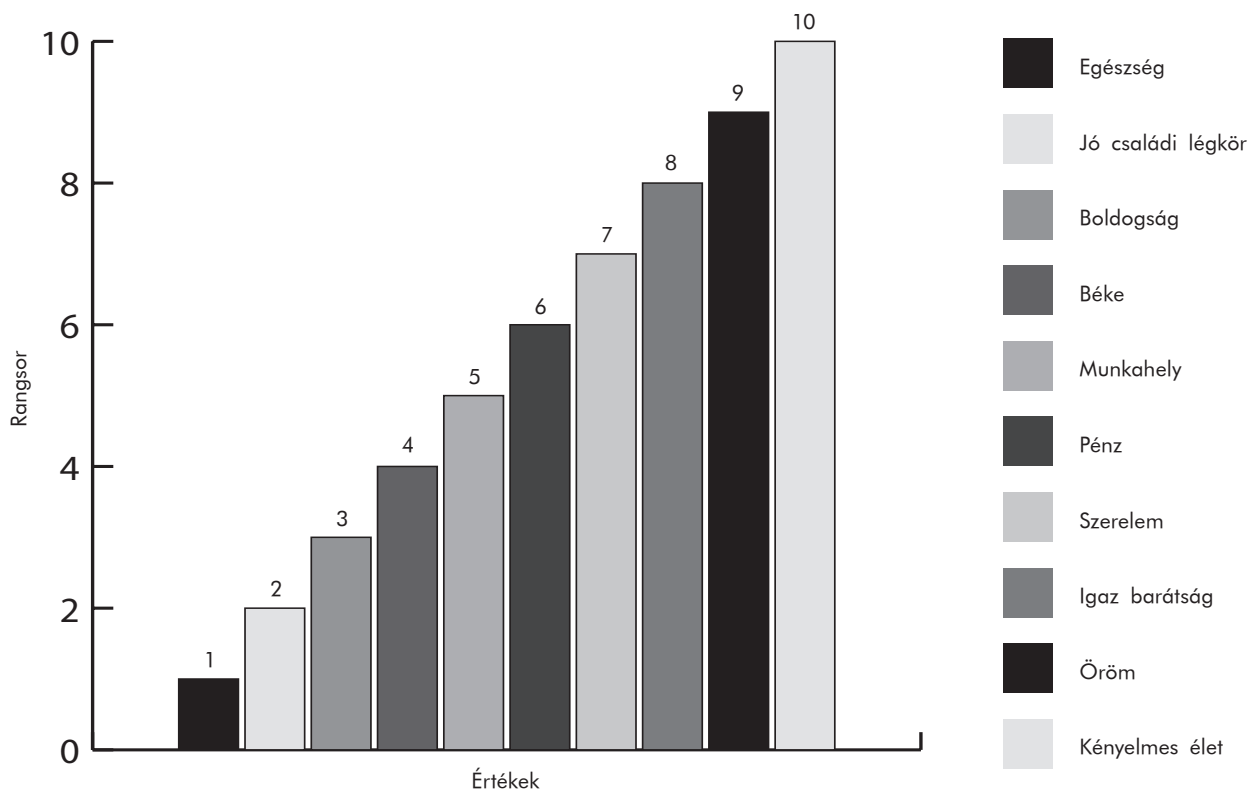
A kutatási eredmények könnyebb megértése érdekében definiálnám az értelmi fogyatékos fogalmát.

„Az értelmi fogyatékos a központi idegrendszer fejlődését befolyásoló örökletes vagy környezeti hatások eredőjeként alakul ki, amelynek következtében az általános értelmi képesség az adott népesség átlagától – az első élet évektől kezdve – számottevően elmarad, és amely miatt az önálló életvezetés jelentősen akadályozott.”

A következő mottó erősíti bennem napról-napra azt az elhatározást, hogy nem elég sajnálkozni, tenni kell. „Értelmi akadályozottsággal élni, kiegyensúlyozottan, egyenlő esélyekkel,

1. ábra

A megkérdezett lakosság értékrendszere elsődleges elemének tekinti az egészséget



*mint mások, meglegedetten, a közösségi lét kihívásainak megfelelően, csak kellő célirányos felkészítéssel és a felnőtt korban is megadott segítséggel lehet.” (Bárczy Gusztáv)*

Magyarország lakosságának egészségi állapota több mint három évtizede folyamatosan romlik. Az okok között meghatározó szerepet játszik az egészségtelen életmód, a hiányos egészségkultúra, a társadalmi egyenlőtlenségek, valamint az egészségügyi ellátás elérhetőségének és színvonalának változatossága.

A különböző akadályozottsággal élők száma is évről-évre növekszik. A 2001. évi népszámlálás adatait mutatom be, amely tükrözi az országunkban élő fogyatékosok életkori, nemi és akadályozottság szerinti eloszlását. (1. ábra)

### Minta és módszer

2005 őszén végeztem kutatásomat, a melynek célja volt feltárni, hogy a védőnő milyen mértékben vesz részt az eltérő fejlődés felismerésében, a fejlesztő munka támogatásában, valamint az intézményi egészségfejlesztésben. Vizsgálatomba értelmi akadályozottsággal élő gyermekek szüleit vontam be (n=101). Az írásbeli kikérdezést kérdőívvel végeztem. A kérdőív a demográfiai adatok mellett egészségi állapotra, értékrendszerre, a gyermek állapotára, a védőnővel való kapcsolatra kérdezett rá. A kapott adatokat SPSS adatfeldolgozó programban rögzítettem és statisztikai próbák segítségével elemeztem. Jelen cikkben csak a levont következtetéseket ismertetem.

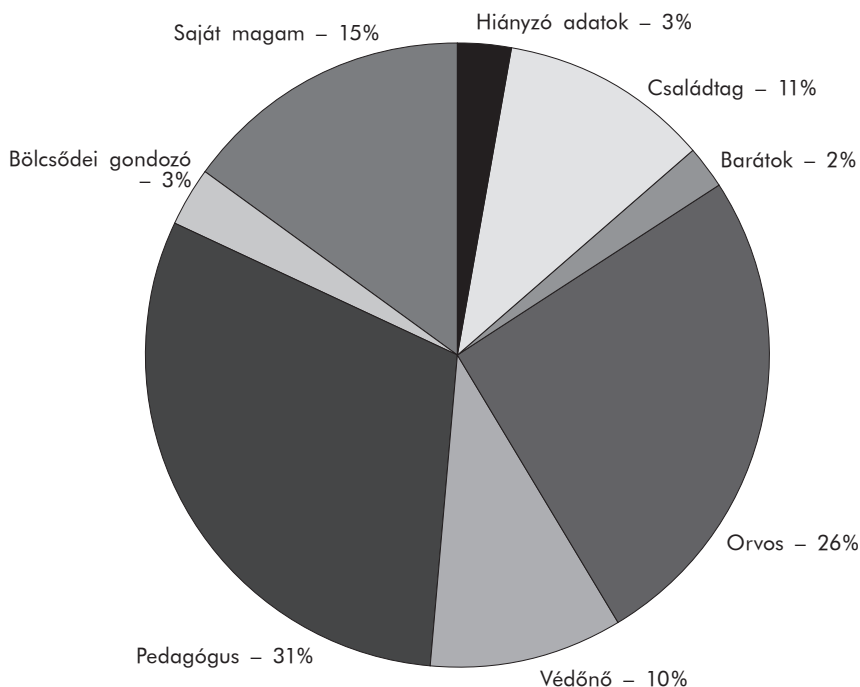
### Eredmények

A megkérdezett lakosság értékrendszere elsődleges elemének tekinti az egészséget. (2. ábra)

Az ábrán az egyes szám mutatja a rangsorban első helyen álló értéket, az egészséget.

A fogyatékos, eltérő fejlődés felismerése többségében a gyermek 2 éves kora után történik. (3. ábra)

A megkérdezettek 65%-ában a fogyatékos felismerése a gyermek 2 éves kora után történik, közülük 38



3. ábra

esetben a 4. életév után diagnosztizálják az akadályozottságot. A védőnő szerepe kulcsfontosságú az eltérő fejlődés felismerésében. (4. ábra)

Az ábrán látható, hogy a fogyatékos felismerésében nagy szerepet játszik a pedagógus, az orvos és a védőnő, mint egészségügyi szakember. Feladatunk, hogy még nagyobb arányban észlelje a védőnő elsőként a fogyatékos jeleit.

A fogyatékos gyermeket nevelő családok több információt várnak a védőnőtől. (5. ábra)

Azok a családok, akik maguk nevelik a fogyatékkal élő gyermeküket, több segítséget, támogatást várnának védőnőjüktől. Csupán minden 2. szülő elégedett a gondozással, az ellátással.

A kapott eredmények tükrében a következő feladatok várnak ránk:

- Az egészség értékének erősítése a befolyásoló tényezők felkutatásával.
- Rendszeres és folyamatos családlátogatásokkal az eltérő fejlődési ütem minél korábbi időszakban történő felismerése, majd szakemberhez való irányítás. Fejlesztő intézmények felkutatása. Együttműködés a gondozó teammel.

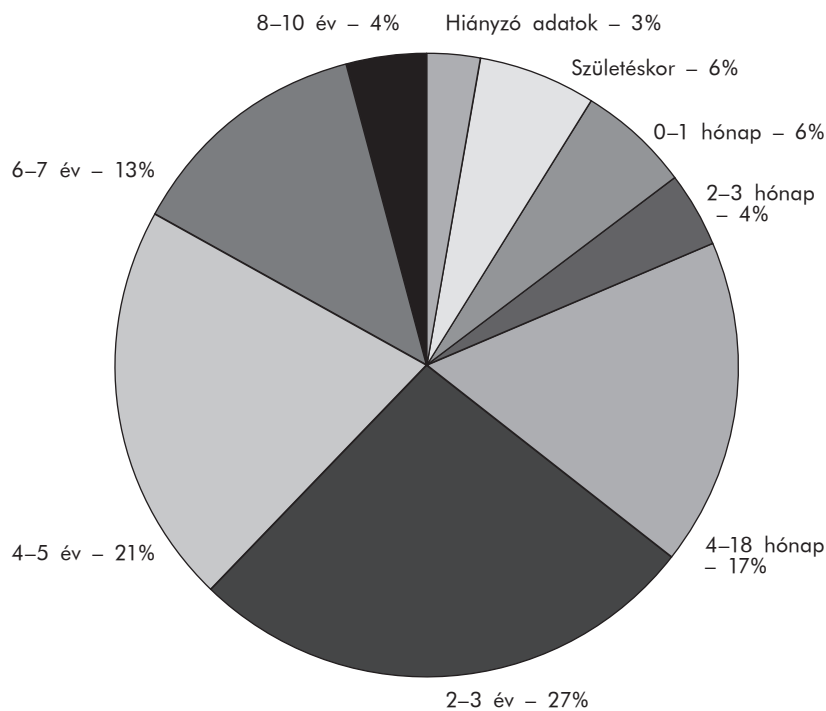
- A védőnők ismereteinek bővítése az egyes fogyatékosokról, gondozási feladatokról, valamint egészségfejlesztési programok, tevékenységek bevezetése az oktatási-nevelési intézményekben.

- A védőnők képzésének része kell, hogy legyen a pedagógia, az egészségfejlesztés, a gyógypedagógiai alapismeretek, a fogyatékosok gondozása.

### Egészségfejlesztés a család színterén

A családban, mint elsődleges szocializációs színterén belül a következő gyakorlati tanácsokkal segíthetjük sérült gyermekeink fejlődését, és családjaik életminőségét.

– Védőnői feladat megtanítani a szülőt azokra a metakommunikációs jelekre, amelyekre a csecsemő pozitív érzelmekkel fog reagálni. Ezek azok a taktilis ingerek, amelyek az egész testre kiterjednek: fújás, pacskolás, puszilgatás, cirógatás, ölelés, ringatás, mellkason fektetés, valamint az arcjátékok, amelyeket a csecsemő ösztönösen utánoz. Ha mi, védőnők ilyen módon közeledünk a gyermek felé, az feléb-



4. ábra

resztheti a vágyat a szülőben, hogy ő is tehesse, ő is kiválthasson gyermekéből az épekéhez hasonló reakciókat. Ezek a kiváltott pozitív emóciók a szülőt örömmel és bizakodással tölthetik el.

– Az öröm az egyetlen olyan lelkiállapot, amelyben teljes lényünket átengedjük annak a tevékenységnek, amit éppen végzünk. Feloldódunk a cselekvésben, ha igazán örömet találunk benne. A gyermek a játékban oldódik fel maradéktalanul, amikor egyé válik képzeletével, a történettel, amit átél, a szereplőkkel és az akciókkal.

Az önellátásra nevelés csak következetességgel és rendszerességgel érhető el. A sérült gyermek számára is biztosítani kell olyan feladatokat, amelyek minimális kihívást jelentenek és még el tudja őket végezni. Ezzel elérhetővé válik az a cél, hogy idősebb korában akár önálló életet is élhessen. A folyamatos és rugalmas napirend is ezt segítheti elő, valamint biztosítja a gyermek számára a biztonságot.

Védőnőként feladatunk, hogy fejlesszük empátiánkat, próbáljuk beleélni magunkat abba a lelkiállapotba, amiben a szülő élete minden pillanatát kénytelen leélni. Ne éljünk vissza

hatalmunkkal, soha ne teremtsünk a szülővel szemben fölérendelő viszonyt, érezze, hogy a szakember egyenrangú vele. Tudnunk kell, hogy a kiegyensúlyozott, boldog anya bőre meleg, rugalmas, de nem nyirkos; fogása határozott, erős, de nyugodt. A nyugtalan, szorongó anya teste hideg, nyirkos, fogása görcsös, határozatlan, kapkodó. Az egészséges hangulatú anya nonverbális jelzései örömet, vidámságot árasztanak, míg a nyugtalan tekintete csapongó, kétségbeesést sugall, mimi-kája merev, szomorú.

### Egészségfejlesztés az oktatási intézmények színterén

Az iskolai egészségfejlesztés célja: a sérült gyermekek egészséges életmódra való felkészítése a nevelés eszközeivel. Ebben a csoportban is meg kell valósulnia a spirális oktatási formának, amelynek lényege, hogy az egyes területekre minden életkorban visszatér és a gyermekek ismereteit értelmi fejlődésük függvényében bővíti.

A fogyatékos gyermekek személyi higiéniájának biztosítása talán az egyik

legfontosabb feladatunk, mert ez befolyásolja társadalmi beilleszkedésüket, alapja lehet a feljuk irányuló előítéleteknek. Feladatunk ezen a területen az alapvető higiénés szabályok megtanítása, begyakorlása, készség és jártasság szintjén való elsajátítása.

Az egészséges öltözködés célja: a gyermekben kialakítani azokat a készségeket, amelyek az igényes öltözködést, a ruházat rendben és tisztán tartását célozzák. Feladatunk megtanítani a gyermekeknek a helyes öltözködési technikákat is.

A táplálkozás minden életkorban fontos kérdés. A fizikai aktivitásnak megfelelő energia- és tápanyagbevitel biztosítása nehéz feladat a különböző korú fogyatékos gyermekek körében. Náluk is jellemző a minőségileg és mennyiségileg hiányos étkezés, a rendszertelen táplálkozás. Feladatunk a napi négyszeri-öttszori étkezés támogatása, a folyadékfogyasztás biztosítása, a vitaminok és ásványi anyagok szerepének hangsúlyozása.

Egészségfejlesztő feladataink közé tartozik a napirend kialakítása, amelyben szerepet kap a szabadidő. Ezt célszerű, ha a gyermekek mozgásos tevékenységgel töltik, például sporttal, kirándulással, túrázással.

A káros szenvedélyektől (dohányzás, alkohol, kábítószer) való mentesség elsősorban úgy érhető el, hogy már óvodáskortól figyelmet fordítunk a primer prevencióra, s mi magunk is példát mutatunk gyermekeinknek. Magyarországon erre a területre kidolgozott programok az egészséges gyermekek részére már évek óta működnek, fogyatékosok számára azonban ilyenek még nem készültek. Ezért ezek kidolgozása céljaink között szerepel.

A családi életre nevelés az értelmileg sérültek körében is fontos feladat. A szexualitás iránti érdeklődésük természetes. A nemi szervek anatómiáján kívül meg kell ismertetni velük a párvalasztás általános szempontjait, a kiegyensúlyozott családi élet feltételeit, a családi élet szépségeit, a szexuális élet biológiáját, érettségüknek és értelmi szintjüknek megfelelően.

A balesetvédelmi oktatás mindig legyen konkrét, amit lehet, szemléltessünk, amit kell, gyakoroltassunk!

Amennyiben a leírtak közül megpróbálunk minél többet megvalósítani, elérhetjük, hogy a sérült gyermekek is zökkenőmentesen beilleszkedjenek a társadalomba, kialakuljon pozitív ön-értékelésük.

Hiszen ne feledjük, a gyermek fejlődésében valamennyien társak vagyunk!

### Összefoglalás

A lakosság romló egészségi állapotából következik, hogy prevenció szakemberként a védőnőnek fontos feladatai vannak a kompetenciakörébe tartozó területeken.

Cikkemben bemutattam, hogy a fogyatékos (értelmileg akadályozott) gyermekeket nevelő szülők értékrendszerük elsődleges elemének tekintik az egészséget, azonban önmaguk ennek elérése érdekében keveset tesznek. A kapott eredmények alapján megállapítottam, hogy a prevencióban résztvevő szakemberek 2 éves kor után is csak ritkán észlelik a gyermek eltérő fejlődését, valamint a jelenleginél is több segítséget várnak védőnőjüktől.

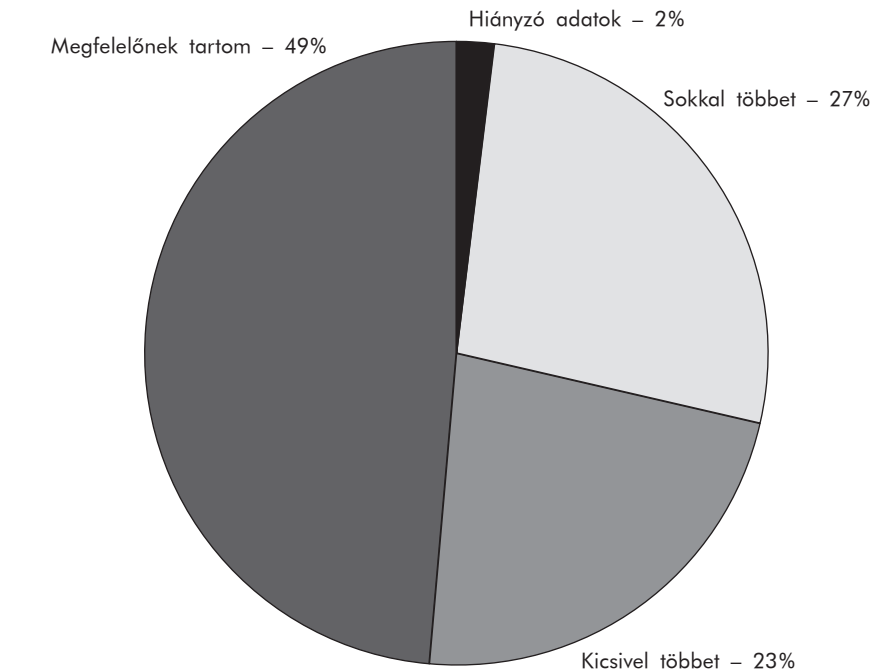
Ezen eredmények alapján céljaink között szerepel, hogy a védőnők képzésében nagyobb hangsúlyt fektessünk a gyógypedagógiai alapismeretekre, a fogyatékos gyermekek gondozására, valamint, hogy gondozómunkánk része legyen a fogyatékos gyermekek családjában, iskoláiban végzendő egészségfejlesztő tevékenység.

Az eredmények és következtetések után néhány gyakorlati tanácsot gyűjtöttem össze a problémával küzdő szülők, szakemberek, valamint leendő szülők és szakemberek részére.

### Summary

It results from the health state of the population that as a prevention expert the health visitor has great tasks in her competence.

In my article I presented that the parents bringing up children with deficiency (mentally hindered) consi-



5. ábra

der health as the first priority of their value system, however they do only a little to achieve that. On the basis of the results I found out that the experts participating in prevention rarely discover diverse development even after the age of two. At the same time parents expect more support from their health visitor.

On the basis of these results it is among our goals to lay stress on the basic knowledge of special education, nursing people living with deficiencies and to make health development in the families and schools of children with deficiency part of our job.

After the results and conclusions I collected some practical advice for parents and experts struggling with problems and for future parents and experts.

### Irodalom

*A fogyatékos tanulók iskolai oktatásának tantervi irányelve.* Művelődési és Közoktatási Minisztérium, Budapest, 1997.

Aszmann A. (szerk.): *Az iskolaegészségügy kézikönyve.* Anonimus, Budapest, 2000.

*Empirikus felmérés a népesség egészségi állapotának meghatározottságáról. Zárójelentés.* TÁRKI, Budapest, 1998.

Ewles-Simnett: *Egészségfejlesztés.* Medicina, Budapest, 1999.

Füzesi Zs.-Tistván L.: „Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken.” *Egészségfejlesztési Módszertani füzetek,* OEFI, Budapest, 2004.

Göllesz V. (szerk.): *Gyógypedagógiai iskolaegészségtan.* Tankönyvkiadó, Budapest, 1998.

Tunyogi E.: *Gyógyító játékok a családban.* Tárogató Kiadó, Budapest, 1995.

*Statistikai Évkönyv 2001.* KSH, Budapest, 2002.

# Hosszantartó alacsony szintű expozíció is megbetegedéshez vezethet

Dr. Gömöri Gábor, Dr. Müller Cecília, Siba Jánosné,  
Kiss Csaba Gábor

ÁNTSZ Dunaújvárosi, Adonyi, Ercsi, Sárbogárdi Kistérségi Intézete

Az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról, valamint az egészségügyi szakmai jegyzékről szóló 2/2004. (XI. 17.) EüM rendelet és a gyógyászati segédeszközök forgalmazásának, javításának, kölcsönzésének szakmai követelményeiről szóló 7/2004. (XI. 23.) EüM rendelet értelmében 2005. január 1-jétől a fogtechnikai tevékenység ÁNTSZ működési engedély-köteleessé vált, abban az esetben, ha a szolgáltató az ellátottakkal közvetlen kapcsolatban van (nem a fogszakorvoson keresztül).

A fogtechnikai szolgáltatók 2005 januárja és júniusa között nyújthatták be működési engedélyük iránti kérelmüket. A kérelemhez a foglalkozás-egészségügyi szakellátó által kiállított érvényes orvosi munkaköri alkalmassági igazolást minden esetben mellékelni kellett. Ennek köszönhetően megszűnt az a helyzet, hogy a nem szervezett munkavégzés formájában működő fogtechnikusok munkaköri alkalmasságuk igazolására nem voltak kötelezettek.

Magyarországon a rendszerváltást követően megszűnő állami és szövetkezeti fogtechnikai vállalatok alkalmazásában működő fogtechnikusok jellemzően a magánszférában folytatták tevékenységüket, egyéni (magán-) vállalkozókként, vagy gazdasági társaságok tagjaiként. A technika korszerűsödésének, a munka-egészségügyi előírások szigorodásának köszönhetően a fokozott expozíció vagy foglalkozási megbetegedés előfordulásának kockázata csökkent. Az ebből fakadó „biztonság” érzete és a munkaköri alkalmasság igazolásának nem kötelező volta azt eredményezte, hogy a fenti

munkakörben tevékenykedők rendszeres szűrővizsgálatokon többnyire nem vettek részt.

A módosított jogszabályi előírások által ismételt bevezetett szűrésnek köszönhetően a fogtechnikusoknak most már kötelezően foglalkozás-egészségügyi vizsgálatra kellett jelentkezniük.

## Esettanulmány

*M. N.* 46 éves fogtechnikus orvosi munkahelyi alkalmassági vizsgálat keretében belül elvégzett mellkasröntgenfelvételén látható kétoldali elváltozás miatt pulmonológiai kivizsgálás vált szükségessé. Az alkalmazott diagnosztikai eljárások közül a diagnosztikus mediasztinoszkópia és az ezen úton nyert tüdőszövet-minta hisztológiai vizsgálata egyértelműen igazolták a szilikózist, amely hátterében nagy valószínűséggel foglalkozásának gyakorlásával összefüggő, munkahelyi ártalom áll. *M. N.* elmondása szerint légzési panaszai nem voltak. A foglalkozási megbetegedés diagnosztizálása előtt öt éve nem volt orvosi munkaköri alkalmassági vizsgálaton.

*M. N.* a vizsgálatot megelőzően fogtechnikusi munkakörben összesen 21 évig dolgozott (1984-től 1992-ig állami, 1992-től jelenleg is saját fogtechnikai laboratóriumában).

Munkakörnyezetében a kvarc és változatai – amelyek rendszerint kvarc, krisztobalit, tridimit és kötőanyag keverékei – a fémöntvények beágyazó anyagaként folyamatosan fellelhetőek voltak. Emellett a fémöntvények tisztításakor használt anyagok szintén tartalmaznak kvarcot.

## A technológia

A szükséges fogpótlások mintázatáról forma készül oly módon, hogy a mintázatot beágyazó anyagból készült maszszával veszik körül. A beágyazó anyag megkeményedése után a viasz vagy műanyag mintázatot az úgynevezett öntőcsapokon keresztül kiégetik vagy kiolvasztják. Így történik a fémöntvény öntése is. Az öntés után először az öntőhengerből, illetve az öntvény felületéről mechanikai úton eltávolítják a beágyazó anyagot (durva tisztítás), majd – szemcseszűrő berendezésben – a felületek finomtisztítása történik.

Az 1980-as években finomtisztításakor a gyakorlatban nem alkalmaztak elszívást, ráadásul nem használtak semmilyen légzésvédő eszközt. 1992-ben kialakított saját fogtechnikai laboratóriumában *M. N.* már megbízható elszívással rendelkező szemcseszűrő berendezést üzemeltetett, de légzésvédelemre csak orvosi maszkot használt, részecskeszűrő álarcot nem.

A technológia az 1980-as évek óta elveiben nem sokat változott. Öröndetes, hogy ma már a szemcseszűrő berendezéseket megfelelő teljesítményű elszívással látják el, az elszívott, porral szennyezett levegőt vízben átszűrik.

A 21 évnyi expozíció alatt *M. N.* az alábbi beágyazó anyagokkal dolgozott: kvarcliszt, szilikánpor, Virovest-, a foglalkozási megbetegedés diagnosztizálását megelőző 2 évben pedig Deguest-készítmény. A Deguest biztonsági adatlapja szerint 50-70% kvarcot (CAS: 14808-60-7) és 10-30% krisztobalit (CAS: 14464-46-1) tartalmaz.

Az eljárás lefolytatását követően, 2006 januárjában az Országos Munka-

és Foglalkozás-egészségügyi Intézet Tüdőgyógyászati légzésfunkciós Szakrendelése bejelentette Intézetünknek *M. N.* foglalkozási megbetegedését B49 szilikózis diagnózissal.

Fentiek és az általunk elvégzett vizsgálat alapján *M. N.* megbetegedését foglalkozási eredetű szilikózisnak nyilvánítottuk. Munkaképességére és munkaalkalmasságára vonatkozóan véleményt kértünk a foglalkozás-egészségügyi szakorvostól. Azzal a feltétellel – amelyet a munkát végző önként vállalt – hogy csak műanyag alapú készítményekkel dolgozik, ismételt munkavégzésének nem láttunk akadályát. A vele egy helyiségben dolgozó munkavállaló részére FFP3 típusú porálarc viselését javasoltunk, továbbá éves gyakorisággal tüdőszűrő vizsgálaton való részvételt szorgalmaztunk.

*M. N.* jelenleg is rendszeres pulmonológiai gondozás alatt áll. Szubjektív panaszai nincsenek.

A foglalkozási megbetegedés kialakulása okán az illetékességi területünkön valamennyi fogtechnikust megkerestük és munka-alkalmassági vizsgálaton történő részvételt javasoltunk, különös tekintettel a tüdőszűrésre.

A leírt eset ismételt bizonyossága annak, hogy az alacsony szintű, de tartósan fennálló expozíció is (foglalkozási) megbetegedéshez vezethet. Látható az is, hogy a szűrővizsgálatokon való részvétel szorgalmazása (vagyis adott esetben a részvétel kötelező jellege) a preventív medicina területén változatlanul nagy jelentőséggel bír.

## Irodalom

Ádány R. (szerk.): *Megelőző orvostan és nép-egészségtan.* Medicina Budapest, 2006.

Ungváry Gy. (szerk.): *Munka-egészségtan.* Medicina Budapest, 2000.

## Absztrakt

A szerzők egy 46 éves fogtechnikusnál szűrővizsgálat alapján felfedezett szilikózis foglalkozási megbetegedés esetét írják le. Az eset ismételt bizonyítja azt a tényt, hogy az alacsony szintű, de hosszantartó expozíció megbetegedéshez vezethet. Kiemelik a szűrővizsgálatok fontosságát, továbbá azt, hogy a megfelelő jogi szabályozás, szükség esetén kötelező tétel változatlanul nagy jelentőséggel bír a preventív medicina területén is.

## Abstract

The authors have been writed a case of silicosis as occupational disease at 46 years old dental technician discovered by screening examination. This case is a further evidence of the fact, that long lasting low level exposition also may result disease. They take an accent on importance of screening examinations, and also of the judiciary regulation, just like by an obligation.

## Kulcsszavak

**Szilikózis, foglalkozási megbetegedés, fogtechnikus, kötelező szűrővizsgálat, jogi szabályozás.**

## Keywords

**Silicosis, occupational disease, dental technician, obligatory screening examination, judiciary regulation.**

**N**apjaink civilizált társadalmában a technikai forradalom és a folyamatosan gyorsuló fejlődés rövid idő alatt mozgásszegény, egészségtelen életmódot teremtett. Igaz, hogy a legújabb technikai vívmányokkal bizonyos értelemben megkönnyítettük életünket, de emellett – vagy ennek hatásaként – felvettünk egy számunkra mind rövid távon, mind hosszú távon káros életritmust, ezáltal felborult az egészségünket jelentő szellemi-fizikai-szociális egyensúly. Szerencsére egyre több emberben mérül fel hiányérzet és igény valami újra, amellyel ismét, vagy „végre”, sikeres életutat lelhetünk, s képesek lehetünk felvenni a versenyt az élet nehézségeivel, a munkahelyi, családi gondokkal. Szükségessé vált egy jobb életmód kialakítása, amely magában foglalja a testmozgást és az egyéb élet megnyilvánulásait, mint a munka, a tanulás, a táplálkozás és nem utolsósorban a pihenés és megújulás, azaz a regeneráció.

A munkahelyi problémák, a felelősségteljes döntések, a teljesítménykényszer okozta stressz sokszor a munka végeztével sem hagy minket nyugodni. A pihenés hiánya szervi és mentális zavarokhoz vezethet, amely következményeként csökken a teljesítőképesség. Az Európai Unió tagállamaiban a dolgozók negyedét egészségét károsító stressz éri munkája közben. E 40 millió ember kezelése évente 20 milliárd eurós költséget jelent a munkaadóknak, illetve a társadalomnak. Hasonló hazai felmérés még nem készült, ám a szakemberek egyöntetűen állítják: nálunk a fenténél is sokkal sötétebb a kép.

A munkából távolmaradóknak több mint fele ugyanis a munkahelyen megélt feszültségek elől menekül vagy kényszerül betegállományba. Magyarországon magáról a problémáról is legfeljebb az életmódmagazinok hasábjain esik szó, s persze semmilyen adat sincs arról, hány dolgozó szenved a munkahelyi stressztől. A szakértők azonban feltételezik, hogy Magyarországon ez az arány még magasabb, mint Európában, hiszen hazánkban általában rosszabbak a munka- és életkörülmények.



# A munkahelyi stressz és a rekreáció

Hídvégi Péter

PhD-hallgató, Szegedi Tudományegyetem, Neveléstudományi Doktori Iskola, Egészségnevelés doktori program  
Témavezető: Dr. Barabás Katalin habil. egyetemi docens

Az Unióban a vezetők kötelessége – s ez munkaköri leírásukban is szerepel –, hogy törődniük kell munkavállalóik testi és lelki épségével. Magyarországon ez egyenlőre aligha szempont, pedig a szervezet hatékonyságának szemszögéből egyáltalán nem mindegy, hogy a dolgozók hogyan érzik magukat a munkahelyükön. Ennek fontosságát mutatja, hogy a hazánkban amúgy is magas szív- és érrendszeri megbetegedések nagy része a munkahelyi stressz számlájára írható.

A munkahelyi feszültséggel kapcsolatos jellemző betegség a magas vérnyomás. A magas vérnyomás jelenleg a világ leggyakoribb betegsége, kb. 500 millió embert érint. Mégis, a betegek 95%-nál ismeretlennek vélik az okát (*American Heart Association*). Az ezzel foglalkozó tanulmányok szerint legalább a betegségek negyedét el lehet kerülni a munkahelyi stressz-szint csökkentésével. A legújabb eredmények szerint:

– „A stressz a munkahelyről való hiányzás leggyakoribb oka” (*GEE Publishing-felmérés*);

– Az emberek több mint kétharmada szenved munkahelyi stressztől (*ICM-kutatás*);

– 10 vállalatból 9-nél a munkahelyi stressz aláássa a teljesítőképességet és a termelékenységet (*Industrial Society*).

– De nemcsak szív- és érrendszeri megbetegedéseket okozhat a krónikus stressz, hanem az agyon keresztül az egész testre hatással lehet, a legkülönbözőbb tünetekkel, mindenkinél mással – mondja *Kopp Mária*. – Gyakori kezdeti tünet az alvászavar, a hasmenés, a gyomorpanaszok, végül fekélybetegség is kialakulhat. S bár az egyelőre nem bizonyított, hogy van-e közvetlen összefüggés a daganatos megbetegedések kialakulása és a krónikus stressz

között, azt azonban állatkísérletek igazolják, hogy a daganatok gyorsabban növekednek ilyen helyzetben. Persze manapság már közhelynek számít, hogy a stressz hozzátartozik mindennapjainkhoz. Sőt, a stressz „az élet sója”, hiszen az embernek szüksége van kihívásokra, s azok leküzdésére. A probléma akkor jelentkezik, ha folyamatosan túl sok stressz ér bennünket, vagy ha egyszerűen nem tudjuk kezelni – állítják a pszichológusok.

– A munkahelyi stressz két szélsőséges esetéről beszélhetünk – magyarázza *Kopp Mária* –, ha az embernek nincs munkája, vagy éppen túlságosan leterhelt, de a két szélsőség között számos fokozat lehetséges.

Nagy-Britanniában a *Chartered Institute of Personnel and Development* felmérése szerint a legnagyobb probléma a stressz. A hiányzó munkaerő évente 22 milliárd dollárnyi veszteséget okoz a munkáltatóknak. A többi európai országban ez a probléma még komolyabb. A rövid távú hiányzás Olaszországban és Belgiumban a leggyakoribb, a hosszabb ideig tartó távollét Hollandiában, Svédországban, Portugáliában és Franciaországban jellemző. Egyedül Ausztriában és Írországban jelentősen alacsonyabbak ezek az értékek.

## Mit jelent a stressz?

A *stressz* szó a latin *strictus* (*szoros*) szóból származik és igénybevételt jelent. A stressz az emberi szervezetnek a konfliktusos helyzetekre kiépített egyik védekező mechanizmusa. A stressz forrása az egyénben, a környezetben, illetve a kettő közötti kapcsolatban keresendő. A stressz a környezeti ingerek hatására kiváltott lelki feszültséget jelenti. A stressz pozitív és

negatív egyaránt lehet, s mert egy váratlan kihívás éppúgy okozhatja, mint az életmódváltás veszélye/lehetősége, a munkahelyi stressz-típusok egyetlen közös ismérve valóban csupán az, amennyit a neve is elárul: valamilyen úton-módon a munkahelyhez köthető. Bár ezt néha nem is olyan könnyű kideríteni.

*A munkahelyi stressz következményei (EU-deklaráció):*

- Önkárosítás (dohányzás, alkohol, drog);
- Teljesítményromlás, önértékelés csökkenése;
- Ellenségesség, bizalomhiány;
- Kimerültség;
- Szorongás;
- Depresszió;
- Egészségromlás.

## Japán

A munkahelyi stressz Japánban szinte kibírhatatlan méreteket öltött. Évente több mint százan dolgozzák magukat halálra. A probléma középpontjában a nagyon hosszú japán munkanapok állnak. 1990-ben a Japánok átlag 2124 órát dolgoztak egy évben, a német vagy a francia átlag ettől 500 órával marad el. Japánban ez az átlag a tūrhetőbb 1843 órára csökkent – jóval a világ többi részének az átlaga felett, a japán dolgozók számára viszont szőgyenletesen alacsony. A munkahelyi feszültséget a szigetországban lévő rossz gazdasági légkör is súlyosbítja: számos cég a második világháború óta először 2002-ben kényszerült leépítésre. A férfiak dominálta japán irodákban folyó erőltetett munkát és a legkisebb hibát is büntető főnökök szigorúságát az esti kemény italozás és dohányzás kompenzálja.

Nyugat-Európában és az Amerikai Egyesült Államokban már régen felismerték, hogy a dolgozók jóléte, jó közérzete összefügg a vállalat jólétével, így érdemes rekreációs programokkal karbantartani a munkavállalók egészségét.

### Mit nevezünk rekreációnak?

A *rekreáció* latin eredetű szó, jelentése *visszaalkotni* vagy *helyreállítani*. Általánosan elterjedt értelmezése *fel-frissülés, pihenés, erőgyűjtés*, illetve *az ezt szolgáló tevékenységek összessége*. Természetesen a rekreáció sok mindent felhasználhat eszközként, így a sportot is. A sport az ember életében, életmódjában nem nélkülözhető. A rekreációs tevékenység célja szerint lehet pihenés, kulturálódás, fitness, azonban célkitűzése a tartalmasan megélt minőségi élet. A rekreáción belül megkülönböztetünk fizikai és szellemi rekreációt. *A fizikai rekreáció*: szabadban (nem kényszer hatására) végzett (fizikai, testi) tevékenység. *A szellemi rekreációhoz* tartozik pl.: a kulturálódás, a színházlátogatás, a szórakozás, amely csakúgy, mint a fizikai rekreáció, hatással van az érzelmi lelki egyensúly megteremtésére.

### A rekreáció és a társadalom

Magyarországon a társadalom értékrendjében a szabadidő igénye nagyon gyakran együtt jelenik meg a sem-

mittevással, ami sokáig társadalmilag elítélendő volt. A politikai-gazdasági körülmények változásával, az anyagi igények növekedésével az egyén napi, heti és éves kényszerű elfoglaltságában szinte teljesen megszűnt a szabadidő, így annak értéke sem volt. Szerencsére a '80-as évek elejétől megváltozott a világ Magyarországon is. Egyre több szó esett a szabadidő szükségességéről, s a szakmai háttér is megerősödött, hiszen egyre több helyen indult ilyen jellegű képzés. A szépségipar reklámkampányai erre a területre is felhívták az emberek figyelmét, sőt az egészséges életmód napjainkban külön iparágá nötte ki magát hazánkban is.

### A rekreáció hatása

Helyes táplálkozás és mozgás, a káros szenvedélyek lehetőség szerinti kerülése vagy legalábbis minimalizálása – ezek a stressz káros következményei, az ún. stressz beteljesedése elleni legfőbb védekezési formák.

A stressz levezetésének egyik leghatározottabb módja a sportolás. Legalább naponta minimum félórát kell szánnunk testmozgásra. Bizonyos esetekben elegendő egy kellemes séta is.

A rekreáció nagyon jó hatást gyakorolhat az érzelmi életre, hisz a zárkózott, rossz kedélyállapottal küszködők számára a rendszeres testedzés stabilizáló hatású, s így az élet egyéb területein is javul a munka határfoka, rendeződhetnek az emberi kapcsolatok.

A rekreáció egyik legrégebbi és legáltalánosabb eredménye a feloldódás, a

feszültség és merevség csökkentése, az idegfeszültség alóli felszabadulás.

Önfelfedezés által olyan képességek, érdeklődési területek kerülhetnek felszínre, amelyeket eddig nem tapasztalt meg az illető, vagy nem realizálódtak.

### Regeneráló eljárások

A pozitív hatás elengedhetetlen feltétele a harmonikus egyensúly a munka-tanulás, testmozgás és a pihenés, regenerálódás között, ellenkező esetben negatív irányba terelhetik az életvitelt. A munka-tanulás-alkotás adja életünk tartalmát, hiszen ezzel töltjük időnk nagy részét. Ideje, jellege, intenzitása, egyenként különböző, de szellemi-idegi-fizikai fáradtságot vált ki. Ennek a leghatásosabb ellenszere a frissítő, feszültséget oldó testmozgás, és az ezt kiegészítő különböző, ősi tapasztalatokon alapuló regeneráló eljárások, például

- a jóga;
- a stretching;
- a sportmasszázs;
- a termoterápia;
- a balneoterápia;
- a hidroterápia;
- az autogén tréning.

### A rekreáció külföldön

*Amerikai Egyesült Államok*

1907-ben indult meg az első rekreációs folyóirat *Playground*, majd *Recreation* címmel. Amerikában a szabadidősport szinonimájaként a sportrekreá-

## Konferencia a munkahelyi egészségért 2007. május 11.

Az *Egészségesebb Munkahelyekért Egyesület*, a *Magyar Mérnöki Kamara Munkabiztonsági Tagozata*, valamint a *MOK Foglalkozás-egészségügyi Szekciója* Dunaújvárosban országos konferenciát szervezett *Partnerség a munkavédelemben* címmel. A konferencia meghívott előadói a munkabiztonság, a munkavédelem, a foglalkozás-egészségügy és a munkahelyi egészségfejlesztés jeles hazai képviselői voltak. A programmal kapcsolatban további információkat az *Egészségesebb Munkahelyekért Egyesület* honlapján, a [www.emegy.hu](http://www.emegy.hu) oldalon kaphatnak.

ció kifejezést használják (Clayne). A századforduló utáni gazdasági válság és a háborúk nem segítették a mozgalom továbbfejlődését, újjáéledése az '50–'60-as évekre tehető. Egy 1950-es vizsgálat adatai szerint (Hans Kraus, Sonja Weber) az USA 6–16 éves korú iskolásainak edzettségi szintje csaknem 10 %-al maradt az európai gyerekeké mögött. Az USA akkori elnöke, Eisenhower 1956-ban fittségi konferenciát hívott össze, amelyen erőnléti offenzívát hirdetett meg, elsősorban az ülő életmód, a gyermekéneztetés bornírtsága, az autóközlekedés okozta elpuhultság és az akkor divatos ifjúsági pinceklubok egészségtelen szokásai ellen.

A '60-as évek fittségi mozgalmának vezéralakja J. F. Kennedy lett, aki *Az elpuhult amerikai* című vezércikkéért Pulitzer-díjat kapott. Választási kampányában egy új, sportos, egészséges embereszmény megvalósítását tűzte ki célul. 1961-ben futóteszteket szervezett, valamint meghirdette a „Kerékpáron a fittség felé” akciót.

A hatvanas évek végén a rekreációs szervezetek beléptek a Nemzeti Nevelési Szövetségbe. 1971-ben Nixon elnök az Erőnlétkutató Bizottságot Országos jogkörű tanácsadó és felügyelő szervezetté alakította. A szervezet első feladata az ifjúság erőnlétének fokozásával kapcsolatos intézkedések kidolgozása volt.

Amerikában a táplálkozásban és az életmódban bekövetkezett változások legnagyobb úttörője Kenneth H. Cooper volt, aki már a '60-as évek végén meghirdette a fizikai aktivitás az aerob testedzés mindennapjainkba való beillesztésének fontosságát. A rendszeresen sportoló felnőttek létszáma az USA-ban rendkívül gyorsan emelkedett – míg 1968 előtt a felnőttek 25%-a, 1977-ben 47%-a sportolt. Az amerikai tizenévesek több mint 50%-a végez valamilyen sporttevékenységet.

Napjainkban Amerikában a pihenés és a szabadidős tevékenységek iránt megnőtt az igény. Egyre több rekreációs központ épül a dolgozó emberek számára szerte az Államokban. Ezekre a rekreációs központokra jellemző, hogy szinte minden, bennük megta-

lálható sportpályát és uszodát nem szabványméretűre építenek, hanem néhány centiméterrel kisebbre, hogy ki-szorítsák innen az edzéseket és a versenyeket, vagyis ténylegesen azok használhassák, akiknek épült.

### Európa

Az első átfogó érvényű rekreációs programokat (*Trimm and Fitness* mozgalmak) a skandináv országok dolgozták ki, amelyekbe Norvégiában az első ciklusban (1960–1966) a lakosság 10%-át, a másodikban (1967–1972) 30%-át, a harmadikban (1973–1982) 62%-át kapcsolták be. Svédországban több mint 5000 rekreációs csoportot hoztak létre, amelyekkel a felnőtt lakosság közel felének rendszeres sportfoglalkoztatását oldották meg.

Finnországban a sport és a sporttevékenység főleg a klubok és az egyesületek hálózatán keresztül szervezett. Körülbelül 6000 sportklub és 100 nemzeti szövetség létezik, amelyek tagsága a finn össznépesség 20%-át teszi ki.

1982-től négyévenként rendezett országos testnevelési és sportfesztiváljaik hasonlítanak az egykori szocialista „szpartakiádokhoz”, azzal a kifejezett megkötéssel, hogy itt nem a bajnokok kiválasztása a cél, hanem a tömegek rendszeres foglalkoztatása. Finnországban a sporttörvény 1999-ben lépett életbe, törvényi kereteket biztosítva az élsport és rekreáció számára. A törvény támogatja a civil kezdeményezéseket, segíti a gyermekek és fiatalok testi-lelki fejlődését, erősíti az egyenlő esélyért folyó küzdelmet, védi a kulturális különbségeket és fenntartja a fejlődést. A sporttörvény kötelezi az államot és az önkormányzatokat a sport általános feltételeinek megteremtésére. A skandináv országok életvezetési kultúrájának megalapozása már korán, az iskolai nevelésben megvalósul, a rekreációs módszer a testnevelés tantervébe épül.

Belgiumban a sport alapját a klubok alkotják – 17 500 sportklub 1 350 000 taggal büszkélkedhet. A kormányzat szerepe, hogy segítse az állampolgárok sportba való bekapcsolódását, támogatása a társadalmi kezdeményezéseket.

Németországban a dolgozó társadalom 60–65%-a sportol rendszeresen. A „Sport Für Alle” (*Sport mindenkinek*) mozgalmaknak itt több évtizedes múltjuk van. A médián túl videokazettákat is felhasználnak egy-egy program népszerűsítésére.

### Irodalom

1. Biróné N. E. (1994): *Sportpedagógia*. Magyar Testnevelési Egyetem, Budapest.
2. R. J. Clayne: *Outdoor recreation in America*. Fifth Edition, Brigham Young University.
3. H. K. Cooper (1990): *A tökéletes közérzet programja*. Sport Kiadó, Budapest.
4. H. David és mts. (1997): *Why people recreate*. Life Enhancement Publications Champaign, Illinois.
5. Dobozy L.–Jakabházy L. (1992): *Sportrekreáció*. Magyar Testnevelési Egyetem, Budapest.
6. J. Dumazeider (1968): „Some remarks on sociological problems in relation to Physical education and sport.” *International Review Sport Sociology* 3., pp. 5–18.
7. Fekete B. (2005): *Idegek tánca – a munkahelyi stressz*.
8. Gáldi G. (2002): „Fizikai aktivitás Magyarországon az ezredfordulón.” *Magyar Sporttudományi Szemle*.
9. H. Kalevi (1970): „Survey of the value orientations of Finnish sport leaders.” *VII. Szociológiai Világkongresszus, Várna*.
10. Márk E. (2003): *Beteggé tesz a munkahelyi stressz*.
11. P. Pascal: *Új perspektívák a munkahelyi egészség és biztonság 2007–2012-es közösségi stratégiájában*.
12. N. I. Ponomarjov (1966): „Free time and Physical Education.” *International Review of Sport Sociology*, Varsó.
13. Selye J. (1966): *Stressz*.

## A 2007/2008-as tanév egészségnevelési programjához

Dr. Kaposvári Júlia

A Fodor József Iskolaegészségügyi Társaság főtitkára

*Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjából* lassan hét év eltelt. Az első három évet elsősorban a „sorminták” kiválasztásával töltöttük, s nem mondható, hogy a következő évek kedveztek az érdemi munkának. Bár történtek szervezeti változások, születtek hangzatos névre keresztelt programok, összességében a negatív tendenciák domináltak (iskolabezárások, -összevonások, megszűnő állások, gazdasági megszorítások, elvonások).

Ha az ifjúság érdekében végzett egészségmegőrző munkánkat komolyan vesszük, az összehangolt, következetesen végrehajtott egészségfejlesztés és egészségnevelés egyre nagyobb hangsúlyt kell, hogy kapjon. Napról-napra szaporodnak azok a tények, amelyek tudatos, felkészült védekezésre kényszerítik az embereket. Ilyenek pl. a környezeti ártalmak, a szellemi szennyezés, a mentális ártalmak növekedése, a köz-, közlekedés- és élelmi-szerbiztonság romlása.

A felnőtt társadalom – s ebben kitüntetett szerepe van az iskolának – kötelessége a fenti ártalmakat a lehető legnagyobb mértékben hátrítani, a gyermekek és ifjak egészségvédelme érdekében.

A tanulók számára az iskola biztonságos hely kell, hogy legyen, az „iskola biztonságát” össztársadalmi és helyi szinten szavatolni kell, minden negatív tendenciával szemben.

Nyújtson az iskola a tudás mellett biztos értékrendet, követhető szabályokat, rendet, nyugalmat, védelmet, egészséges környezetet, a tanuló számára biztonságot jelentő tanárokat. Az iskola segítsen abban, hogy a tanulók hátrányai, problémái inkább csökkenjenek, mint növekedjenek az iskolai évek alatt.

Az egészségnevelési és környezetnevelési program bevezetése óta eltelt három év kellő tapasztalatot nyújt mindenki számára, hogy az egészségnevelési tervben milyen területen változtasson.

Ajánlott javaslatainkkal segíteni kívánjuk ezt a munkát:

1.) Az iskolaegészségügyi team kritikusan tekintse át eddigi részvételét az egészségnevelési programban, tegyen észrevételeket és konkrét javaslatokat a korábbi munkához, és legyen aktív résztvevője a végrehajtásnak.

2.) Évente válasszanak egy-egy témát, amit kiemelt programként kezelnek, ez lehet EU-javaslat, WHO-program, vagy egy helyi probléma, amelyhez konkrét feladatterv készül. Pl.: a 2007-es év az esélyegyenlőség éve volt.

3.) Az egészségnevelési felmérés során azt tapasztaltuk, hogy az iskolák pedagógusai az iskolán belüli erőszakot, vandalizmust, bántalmazást problémaként jelölik, a konfliktusok kezelésére, megelőzésére kevés figyelmet fordítanak.

Érdemes a helyi felmérést követően konkrétan foglalkozni a problémával.

4.) Egyeztessék az iskolavezetéssel a fokozott gondozást, figyelmet igénylő tanulók névsorát (krónikus betegek, speciális nevelési igényűek, fogyatékosok, szociálisan veszélyeztetettek, stb.). A szükségleteknek megfelelően készüljön számukra speciális szabadidős program.

5.) Nagyon lényeges, hogy a mentálhigiénés programok megszervezése során a személyiségfejlesztés két fontos területe hangsúlyosan szerepeljen:

– az önértékelés mellett az önfelegyelem gyakorlásának technikái, valamint a gyengébbek, elesettebbek

védelmézése, a bántalmazottakkal való szolidaritás, empátiás készségek fejlesztése;

– a devianciák csökkentésére a devians magatartásban leggyakrabban előforduló tulajdonságok szerepének hangsúlyozása és az ellentétpárok erősítése (bizalmatlanság–bizalom; mértéktelenség–mértékletesség; szeretethiány–szeretet; bizonytalanság–biztonság; nyugtalanság–nyugalom; önzés–önzetlenség, stb.).

6.) Az iskolában az egészségügyi team nem elégedhet meg az előírt szűrővizsgálatok és feladatok elvégzésével. Az egészségfejlesztés gyakorlatában az egyéni tanácsadáson túl – felkérésre a tanórai munkában –, valamint a szabadidős, tanórán kívüli foglalkozásokon is aktívan részt kell, hogy vállaljanak. Ezekben a programokban a kreatív, játékos egészségnevelési módszerek alkalmazása kerüljön előtérbe a hagyományos előadások helyett.

7.) Az egészségnevelési programokban a belső erőforrások között szereplő résztvevők egészségi állapotáról, egészségmagatartásáról kevés szó esik, leginkább a példamutatás szerepel, erre a jövőben is egyre nagyobb hangsúlyt kell fektetni (obesitas, magas vérnyomás, szenvedélybetegségek, mentális problémák, konfliktusok a felnőttek között, stb.).

Ez is a „rejtett tanterv” része, a nyugodt iskolai légkör alapja.

Az egészségügyi teamnek a pedagógusok felé is van prevenció kötelezettsége.

8.) A tanulók egészségügyi ellátása során, a csoportos beszélgetések és egyéni tanácsadások alkalmával szorgalmazni kell az otthoni ápolás, betegápolás ismereteit, a gyógyszerek mellett az alternatív terápiák lehetőségeit is.

*Elhangzott 2007. augusztus 30-án, a III. Tanévnyitó Konferencián*

# Az „egészség” fogalmának újraértelmezése I. rész

Prof. Dr. Székely Lajos<sup>1</sup>, Dr. Frans Vergeer<sup>2</sup>, Prof. Dr. Simon Tamás<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Pápai Páriz Egészségnevelési Országos Egyesület

<sup>2</sup> Fontys Lerarenopleiding, Tilburg; Katholieke Universiteit, Nijmegen

<sup>3</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Közegészségtani Intézet, Társadalomorvosi Csoport

## Az „egészség”-fogalom meghatározásának jelentősége

*Az élet és az egészség az ember semmi mással nem pótolható, alapvető értéke, nélküle sem egyéni, sem társadalmi lét, sem kultúra, sem boldogság nem valósítható meg. Kérdés csupán az, mit takar az „egészség” fogalma?*

A 18. század óta egyre sürgetőbbé vált az „egészség” fogalmának definiálása. Az első anatómiai-orvosi meghatározások mellé az utóbbi években az „egészséges élet” fogalmának meghatározásához szociális tényezőket is felsorakoztattak. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) így határozta meg az egészség fogalmát: „Az egészség a teljes testi, lelki és szociális jólét állapota, s nem csupán a betegség és nyomorékság hiánya”. (*„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”*)

Hasonló értelemben alkalmazza az „egészség” fogalmát napjainkban az egészségfejlesztés (*health development*) és az egészségnevelés (*health education*), valamint ennek a WHO-értelmezésnek megfelelően tervezik meg és igyekeznek megvalósítani a polgárok „jól-létét” célzó szociális és egészségügyi feladatokat.

Ma „globalizált” világban élünk, amely az egyes ember és a világ közötti folyamatos kölcsönhatásra és kölcsönös függőségre épül (L. IUHPE Promotion and Education, 2007). E globalizált világban az informáci-

ók sokfélesége, a tőke, a munkaerő szabadon áramlik át a határokon. A sokoldalú információ, a migráció (szabad költözés), a folytonosan változó életkörülmények (klímaváltozás, más államrend, más szokások, más műszaki ellátottság) új alapfeltételeket teremtettek az egészséges élet számára. Napjainkban az egészség koncepcióját új logikai kapcsolat: a „ha-akkor” oki összefüggése írja felül, amely szerint csak „akkor” lehet egészséges állapotú a személy, „ha” ezt vagy azt a követelményt teljesíti.

Észelve a jelzett változásokat, elérkezett annak ideje, hogy az „egészség” fogalmát átértékeljük és felülvizsgáljuk. Eközben azonban a WHO egészség-meghatározását nem elvetni, hanem kiszélesíteni, a jelenlegi világhelyzethez igazítani kívánjuk. „Az egészséget az emberek hozzák létre és saját életük színpalái (lehetőségei) között élik meg, ott, ahol tanulnak, dolgoznak, játszanak, szeretik egymást” (Ottawai Charta, 1986). E körülmények között feltett kérdésre: „hogyan élhet egészségesen az ember a globalizált világban” csak újragondolt „egészség”-fogalom segítségével lehet megnyugtató választ adni. Éppen ez az egészségfejlesztés kíván tiszta „egészség”-fogalmat, amint John Catford (2007) mondja: *“With the birth of a new millennium it became increasingly apparent... that the world was changing fundamentally and this included our understanding of the determinants of health”*.

## Bevezetés: cél és téma

A WHO „egészség”-fogalmának átértékelését, felülvizsgálatát az egészségfejlesztés (*health promotion*) elmélete és gyakorlata vetette fel. Az egészségfejlesztéshez, az egészségneveléshez stabil és valós fogalomra van szükség, amely a világhelyzet viszonyait, a globalizáció hatásait, a tudományos-technikai forradalom eredményeit figyelembe veszi. A fogalmak között máig sok az átfedés. *„Az új terminológiákkal (kifejezésekkel) mint: egészségnevelés, egészségfejlesztés, népegészségügy, közegészségügy, az egészségbe való beruházás, elsődleges megelőzés, stb. sok elméleti nehézségünk támadt. Gyakran olyan fogalmak születnek, amelyeket senki sem ért pontosan, inkább elhomályosítanak, mint megvilágítanak”* (H. Hagendoorn, 2002).

Ezt a bizonytalanságot az egyes közleményekben fellelhető egészségdefiníciókkal demonstráljuk:

- az egészség a betegség ellentéte (Apáczai Csere János, 1647);
- az egészség a testi, lelki, szociális „jól-lét” állapota (WHO-meghatározás, 1946);
- az egészség orvosi standardértékekkel meghatározott betegség hiánya (H. Sipperges, 1978);
- az egészség az ember „normál állapota” statisztikai értelmezés szerint, „a mindennapi élet sajátos jelensége (fenoménja)” (S. Boyden–S. Milar, 1978);
- az egészség önfelelőséggel kialakított életmód, az egészségtelen életmód a betegség oka (J. Californo, 1979; K. Allision, 1981);
- az egészség „mint az egyedi és

*Elhangzott a Pápai Páriz EOE Egészségtan Tanárok Egylete konferenciáján, „Neubestimmung vom Begriff „Gesundheit” címmel, Budapest, 2007. április 17. A tanulmányt következő lapszámunkban folytatjuk.*

közösségi fejlődésfolyamat közvetítője (médiума)” nem más, mint lehetőséget tartalmazó energia (*potential*) az egyén számára (N. Milio, 1981);

– az egészség a stresszt elviselő ember problémamegoldó képessége, kompetenciája (J. R. Nitsch, 1981);

– az egészség nem más, mint a betegség és a halál elutasítása (*Ablehnung*) és leküzdése (G. Gubinsky, 1982);

– az egészség a testi és lelki optimális alkalmazkodó- és teljesítőképesség, egyensúlyi állapot elérése (R. Erben, 1983);

– az egészség az élethez szükséges érték (*Soll-Wert*), amely nem nélkülözhető (U. Gerhard, 1983);

– az egészség: a környezethez optimálisan történő alkalmazkodáshoz nélkülözhetetlen potenciál (életenergiát tartalmazó lehetőség) (E. Wenzel, 1986);

– az egészség: társadalmilag meghatározott norma (irányvonal, viselkedési mód) (R. Erben–F. Franzkowiak–E. Wenzel, 1986);

– az egészség a valós életben megvalósuló pszichofizikai teljesítmény (H. Cotta, 1988);

– az egészség az organizmus skálázható nagyságú funkcionális tevékenysége (P. Röthing, 1996);

– az egészség meghatározói az ökológiai-epidemiológiai interakciók, a genetikus és a környezetből származó individuális tényezők (F. J. Vergeer, 2002);

– az egészség, mint energiát tartalmazó lehetőség és folyamat az emberi élet alapkompenciája (globalizált környezeti feltételek között), a testi, lelki, szociális alkalmazkodó- és cselekvőképességének megvalósításához (Székely L, 2006).

## Értelmezési javaslatok

Az általunk kidolgozott interpretációban összehasonlításként négy „egészség”-fogalom felfogását foglaljuk össze, rendszerezzük és mutatjuk be egy modell segítségével (1. ábra).

A javasolt egészség-fogalom elemzésének és értelmezésének kategóriái a következők:

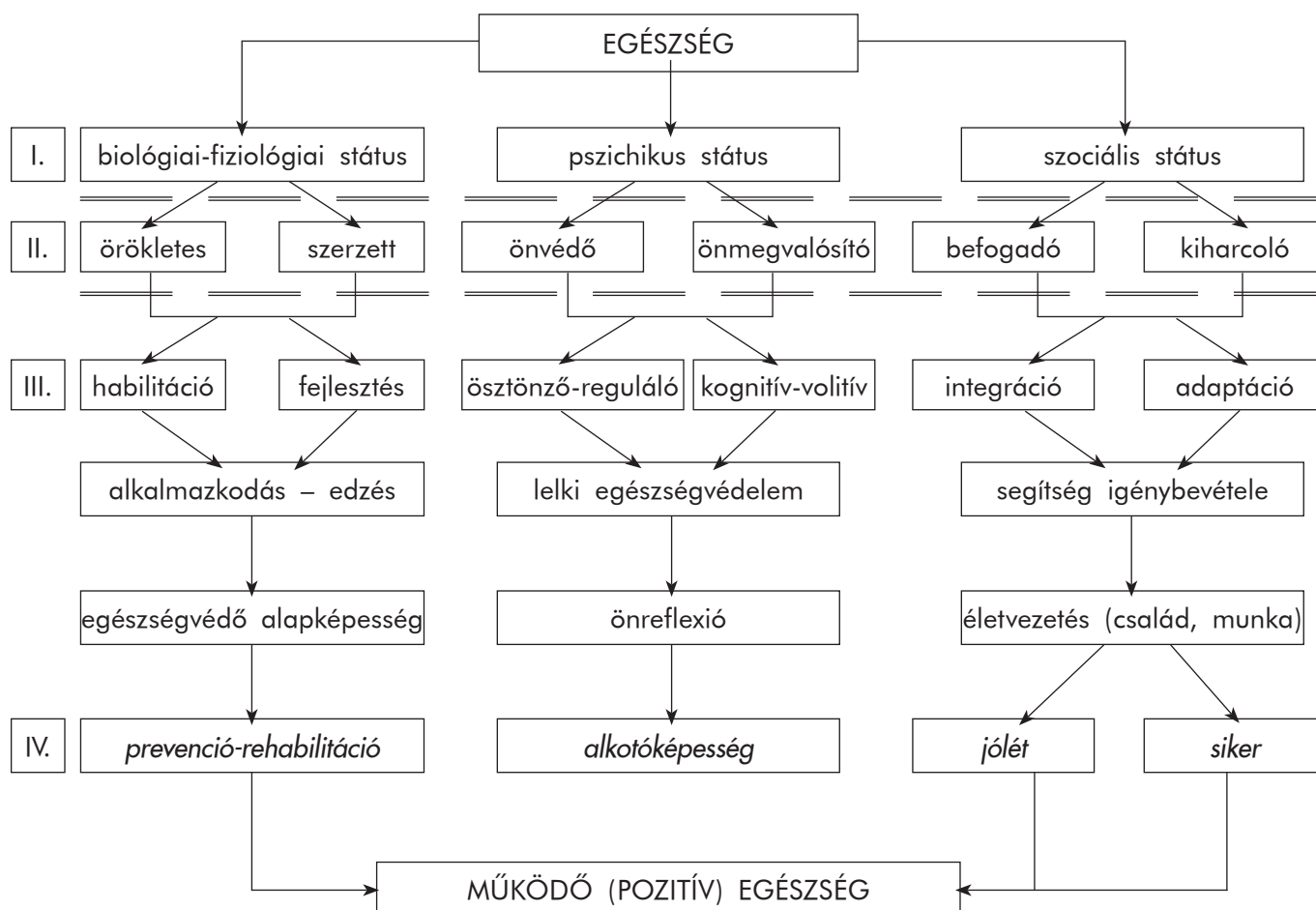
**1. szint:** A WHO-definíció, amely az egészséget „állapotként” (*state*), olyan „helyzetként” értelmezi, amelyben az ember „van”: ez a *biomedicinális-statikus felfogás*;

**2. szint:** a WHO-definíció azon felfogása, amely szerint az egészség természete szerint „folyamat” (funkció, működés, feladat-ellátás): ez a *folyamat-értelmezésű felfogás*;

**3. szint:** kompetenciára építő

1. ábra

**Az egészség-fogalom definíciós szintjei: I.= statikus szint, II.= funkcionális szint, III.= kompetencia-alapú szint, IV.= a jóléti társadalomban elvárt egészség-szintje**



egészség-felfogás, amely az alapképességekre építve biztosítja a globalizáció követelményeihez való optimális alkalmazkodást: ez a kompetenciaalapú felfogás;

**4. szint:** extrapolált (becslésen alapuló és a jövőre irányuló) egészség-felfogás: ez a jelenlegi tendenciákból előrejelző felfogás.

E felfogások közül a **3. és 4. értelmzési szint** az **1. és 2. szintre** épül, így ezek nem különböző állásfoglalások „keverékei”, hanem az ember egészséggel kapcsolatos élettevékenységének körülírásai, bővített átiratai, a magatartástudomány szerinti „parafrazisai”. Tételvezetésünk szerint az egészség az élet karakterisztikuma (jellemző ismertetőjele), amelyben az összetevők a következő sorrendben követik egymást: (1) emberi élet, (2)

életfeltételek (*sine qua non*), (3) emberi élet-potenciál (teljesítő képesség), (4) az egészség, mint életérték (az önmegvalósító képesség, az alkalmazkodás, a teljesítmény, a konstruktív emberi kapcsolatok bázisa), (5) egészség-tevékenység (az egészség megszerzésére, megtartására, visszaállítására), (6) kiegyensúlyozottság, siker (érzelmes kompetencia) elérése (2. ábra).

A felvázolt egészségfelfogások szemléletváltást tükröznek, ugyanis az egészségfogalmat újabb felfogás felé irányítják, így:

- a tisztán elméleti oldalról a megvalósítás oldalára,
- a betegség hiányának oldaláról az egészség megvalósításának oldalára,
- az általánosításról a globalizáció aktuális követelményei felé,
- az egészségi normák nem teljesítéséről az önmegvalósítás oldalára,

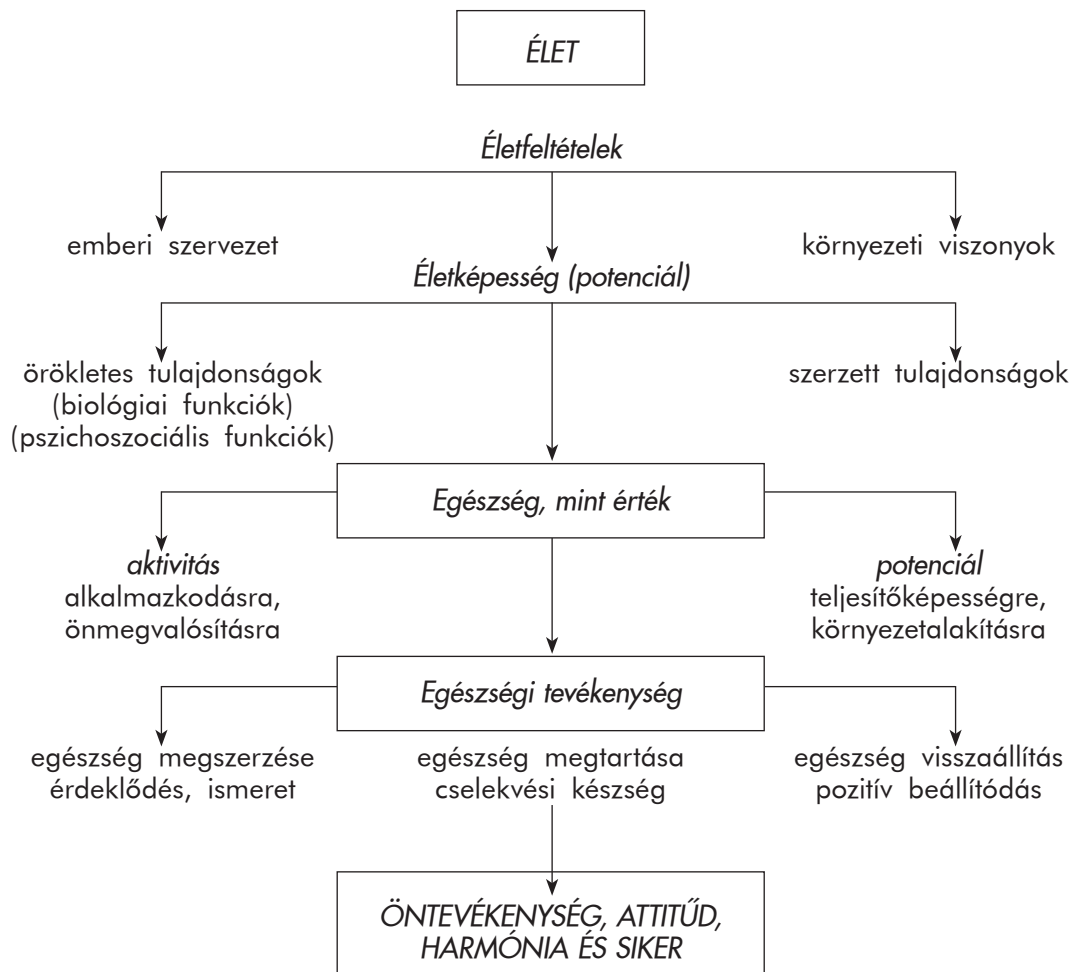
– a betegség, nyomorékság hiánya oldaláról az egészségi regeneráció (*habilitáció*) felé,

– az ökológiai megterhelések passzív elviselésének oldaláról a civilizációs, epidemiológiai betegségek, a stressz-megterhelések stb. megelőzése, emberbaráti bioszféra kialakítás oldalára.

A WHO-meghatározás az egészséget „teljes jól-léti állapotnak” (*state of complete well-being*) minősíti. „A jól-lét, mint cél, nem más, mint a személyi fejlődés célja, és egyben – mint helyzeti követelmény (*Anforderungssituation*) – a személy „hogylétének” perspektívája is.” (R. Erben & mkts. 1986). Nézetünk szerint a „jól-lét” azokat az életfeltételeket és életviszonyokat tartalmazza, amelyeket az egyén a mindennapjaiban szervez és azokat a mennyiségi és minőségi opciókat

2. ábra

#### Az egészség, mint érték-fogalom az emberi élettel kapcsolatosan



(szabad választási lehetőségeket), amelyek az egészséges élethez rendelkezésre állnak. A „jól-lét” fogalma így integrálja a személyes *szükségleteket* éppúgy, mint a rendelkezésre álló életlehetőségek kihasználásának egyéni felelősségét.

A „teljes jól-lét” fogalmának további elemzése nem célja értekezésünknek. A fogalom alkalmazására a kompetenciaalapú egészségfogalomnál visszatérünk.

## 1. Orvosi-biológiai, statikus egészség-felfogás

### 1. sz. értelmezési javaslat

#### Vélemények egészségről és betegségről

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) szerint „*Az egészség a teljes testi, lelki és szociális jól-lét állapota, s nem csupán a betegség és nyomorékság hiánya*” (WHO, 1946).

E felfogás azt tételezi, hogy az egészség nem más, mint valamely *fennálló helyzet, állapot (state), valamilyen körülmény, avagy létezési szituáció*, az egyed létezésének meghatározott módja. Ez az állapot legjobb esetben az orvostudomány által fiziológiai standardértékekkel jól meghatározott betegségek hiányát (nemlétét) jelenti. Ez az állásfoglalás „*az egészség orvosilag stigmatizált testi magatartás kifejezése*” (I. Kickbusch–E. Wenzel, 1981), azaz az egészség meghatározása és rendszere tradicionálisan gyógyító (*kuratív*) jellegű és mellette nem irányul több tudományterületet felölelő elemzésre. A WHO egészségfogalma feltételezi, hogy az „egészség” fogalma és gyakorlata *az orvostudományok speciális területét képezi*, amely az egyedek egészségi állapota megtartására és visszaállítására irányul. Így kell értelmezni azt, hogy „*Az egészséget az emberek hozzák létre és saját életük színpaljai (lehetőségei) között élik meg, ott, ahol tanulnak, dolgoznak, játszanak, szeretik egymást*” (Ottawai Charta, 1986).

A WHO-meghatározásból világosan kitűnik, hogy ez a felfogás az *egészségi*

*állapotot és a betegségi (nyomoréksági) állapotot szigorúan szétválasztja*, köztük semmiféle átmeneti állapotot nem tételez. Eszerint az „egészségi állapot” semmiképpen nem „folyamat”, hanem egy folytonosan változó állapot, létállapot, „végállapot”. Az egészséget, mint olyant, ugyanis nem észleljük sajátosan, csupán az orvosilag meghatározott „határértékek” túllépése jelzi az egészség elvesztését.

Igy ez a felfogás *orvosi-biológiai paradigmát*, mintaképet (modell-elképzelést) állít fel, amely az egészség-tartalom *általánosan elismert* konszenzusát és elképzelését tükrözi. (T. Parsons, 1967; K. Horn 1983; H. Baier, 1982; és mások). Az orvosi-biológiai felfogás tehát a *medikalizáció* (az orvostudományi elmélet és gyakorlat egyeduralma) veszélyét rejtje magában, amely hivatottnak érzi magát arra, hogy az „egészség” meglétét orvosi diagnózis alapján minősítse: „*az az ember minősül betegnek, akit orvos megvizsgált és betegnek diagnosztizált*”. A medicinális felfogás hiányossága abban érhető tetten, hogy az ember „hogyléte” nem pusztán az örökletes struktúrák szerint alakul, hanem az egyed motivációja, beállítódása, érzelme, személyközi kapcsolata stb. hatásrendszerébe ágyazva. Ez utóbbiak pedig már nem tartoznak a medicina kompetenciájába.

Az elmúlt évtizedekben látott napvilágot az egészségfogalom *pozitív értelmezése*. Az interpretáció célja (R. Anderson, 1983) az volt, hogy az egészség tartalmi jegyei közül a megelégedettséget, a teljesítőképességet, a kapcsolatteremtő képességet, az érzelmi kielégülést és alkalmazkodóképességet kihangsúlyozzák. Az *érzés*, hogy valaki egészséges, nem jelent mást, mint azt, hogy saját életfeltételei között kedvezően él, azaz elviseli mind azt, amit kedvel, és hasonlóképpen elviseli azt is, amit nem kedvel. Így válik az egészség az élet alkotóelemévé és a megelégedettség, a kedvtelés, az élvezet, az önmegvalósítás lehetőségévé (B. Badura, 1993). Ez a felfogás, szemben a betegség-mentesség elvével, az egészséget *az életvitel pozitív módjának*, meghatározott értékének tekinti. Mások szerint viszont: „*A betegség-fogalommal ellentétben az egészség nem*

*válik életmóddá*, meghatározott viselkedéssé, vagy meghatározott értéké. Ebben az értelemben mindez nem természettudományos probléma” (E. Wenzel, 1986).

## A WHO egészség-definíciójának értelmezése

Az Egészségügyi Világszervezet által megfogalmazott egészségfogalom az alábbiak szerint értelmezhető: *az egészség nem más, mint*

– az ember objektív és szubjektív „*jólétének*” éppen fennálló *állapota* (status quo),

– a betegség *hiánya* (nem-beteg állapot),

– a mindennapi élet sajátos *jelensége*, fenoménja,

– a produktív élet előfeltétele (munkaképesség-, fittség-, problémamentesség érzése),

– az egészség megegyezik a személyes életlehetőségekkel, így természeténél fogva *megváltoztatható*,

– feltételezi, hogy a biológiai folyamatok a testi, lelki, szociális aktivitásra egyaránt hatást gyakorolnak,

– az egészség testi, lelki és szociális faktorai egymással *kölcsönhatásban* állnak, bár a testi, lelki, szociális szintek integrációja nem tisztázott,

– az egészség és a betegség határterülete egymástól *kategorikusan elhatárolt*, azaz valaki vagy egészségesnek, vagy betegnek jellemezhető,

– a fogyatékosok, sérültek, nyomorékok nem tartoznak az egészségesek közé (legfeljebb elkülönítetteknek, szegregáltaknak minősülnek),

– a WHO-meghatározás *nem* utal a közösség egészségére, a társadalmi-gazdasági viszonyokra, a globalizáció követelményeire,

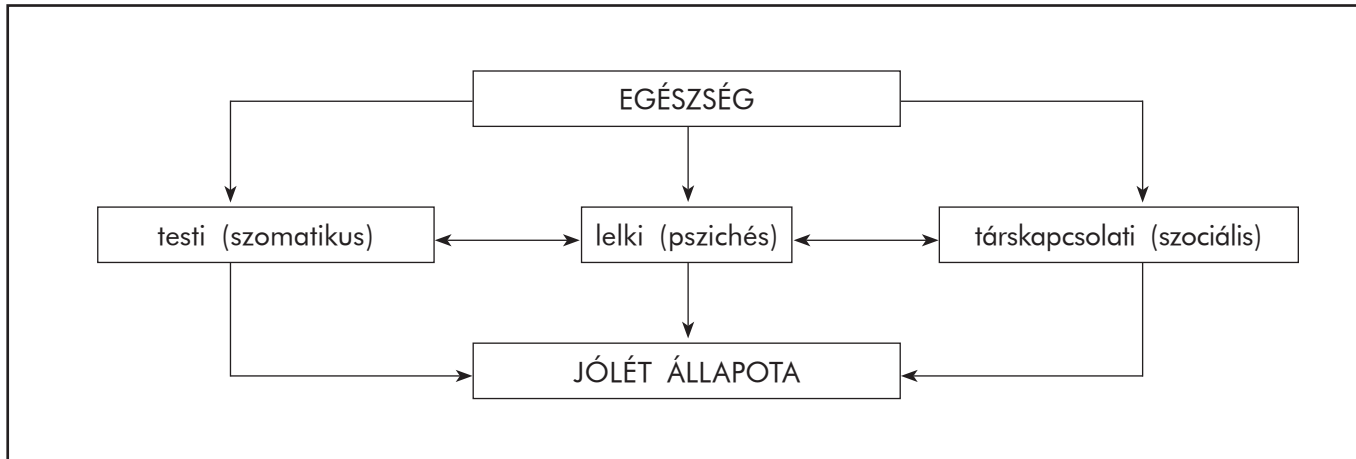
– *nem* utal az egészséges életvitel normáinak betartására, az egészség megvédésében való részvételre.

A WHO-definíció szerint *az egészség – általános fogalom*, amely absztrakció segítségével a leglényegesebb tulajdonságokat emeli ki és általánosítja, így az egyes személy, az individuum jellemzésére nem alkalmas. „*Az egészséget, mint a mindennapi élethez nélkülözhetetlen erőforrást és nem, mint életstílust kell felfogni; az egészség*



3. ábra

## Az egészség-fogalom statikus meghatározása a WHO szerint



olyan pozitív koncepció (alapeszme), amely a személyes és a társadalmi életfeltételeket, valamint a fizikai teljesítőképességet emeli ki” (WHO, 1984). Ezek nyomán az „egészség” fogalma „tulajdonságjelzőként” értelmezhető (pl. megfelelő alkalmazkodó- és teljesítőképesség, megelégedettség, önmegvalósítás, másokhoz való pozitív érzelmi viszony).

### A WHO definíciójának innovációi

Az Egészségügyi Világszervezet által közreadott „egészség-fogalom” definíciójában jelentős új szemlélet, tudományos szemléletváltás és állásfoglalás fedezhető fel. Ezek közül az alábbiakat emeljük ki:

- a WHO egészség-fogalma a „holisztikus” egészségfelfogásra alapít, azaz (1) az embert testi, lelki, szociális és spirituális *egységként értelmezi* (bio-pszicho-szociális egység), (2) az embert a természeti (természetes és mesterséges) környezetével kölcsönhatásban tételezi (ökológiai egység), (3) az embert személyközi kapcsolataival kapcsolja a társadalomhoz (epidemiológiai egység);

- az egészségi állapot („jólét”) fogalmában – a holisztikus szemlélet mellett – *szociális faktorok* is jelentős szerepet kapnak; ezzel megjelenik a „*szociálisan integrált*” ember képe, amelyben az ember „beágyazódik” a társadalomba és egészsége is kölcsönhatásába kerül a társadalmi viszonyokkal,

- az egészség fogalmában a testi, a lelki és a szociális alkotóelemek egymással *kölcsönhatásban* állnak (bármelyik változása hatással van a másikra),

- a definíció szerint az egészség feltétele, hogy az ember *lelkileg* is egyensúlyban legyen (tevékenység- és kapcsolatképes legyen), és eközben pozitív beállítódásokat (attitűdöket) és érzelmeket éljen át,

- a WHO definíciója együttműködést, kölcsönös megegyezést hozott létre azon tudományok között, amelyek az egészség-fogalommal kapcsolatba kerülnek (orvostudomány, pszichológia, mentálhigiéné, teológia, informatika, környezetvédelem).

Az Egészségügyi Világszervezet „egészség” fogalmának meghatározását az alábbi általános modellel képezhettük le (3. ábra).

### Az „egészség” WHO definíciójának analízise

#### 1.1. Az egészség, biológiai-fiziológiai állapot („state”)

A definíció a *testet, mint az alany hordozóját* (teherhordóját) tételezi, amely mintegy hazája, szülőföldje az individuumnak, amely az élet fennmaradása érdekében a betegségek ellen küzd. Ebből a szemléletből kiindulva az egészség fogalmának kötelező komponensei *anatómiailag, fiziológiailag,*

*etiológiailag determináltak* mindazon esetekben, amelyek az egészség megtartására, visszaállítására (gyógyítására) vagy a teljesítőképesség meghatározására vonatkoznak.

A WHO-definíció alaptétele az, hogy az egészség állapot-jellegű, azaz az egészség az emberi szervezet működési állapotát, az optimális „jólét állapotát” biztosítja testi oldalról. A működési állapot feltételei közé az alábbiak sorolhatók (wikipedia.org/wild/Gesundheit):

- egészséges táplálkozás (gyümölcs, zöldség, hús, hal, tojás, tej, cereáliák, olaj, vaj, zsír stb. fogyasztása),

- böjtölés: lemondás olyan ételekről, amelyek túlzott fogyasztása káros, a túlsúly elkerülésére a fogyást, illetve méregtelenítést, a test és lélek regenerációját szolgálja,

- egészséges természeti környezet: levegő, víz, talaj, fény közegészségi biztosítása,

- egészséges alkotott környezet megteremtése: ruházat, lakás, veszély elleni biztosítás stb.,

- elegendő testmozgás friss levegőn (sport, játék, munka) megerőltetés nélkül,

- elegendő alvás, pihenőidő, izgalom-mentesség,

- lazítás és érzelmi kiegyensúlyozottság,

- megfelelően teljesülő szexuális élet, egy vagy több személlyel tartott szexuális kapcsolat, vagy annak feloldódása, átalakítása, nemesítése (szublimáció).

A WHO-definíció megvalósulásának feltételei:

(1) jól karbantartott, perfekt testi funkciók, (2) orvosilag megállapított betegségek hiánya, (3) testi fogyatékoság hiánya, (4) orvosilag definiált fiziológiai standardértékektől való eltérés (vakok, halláskárosultak, mozgás-fogyatékosok kizárása) – még akkor is, ha ezek képezhetők – és így a „egészséges emberek” csoportjából kirekesztettek, (5) és végül: az egészséges ember nem fordul orvoshoz. E feltételek mellett nincs utalás a (szomatikus, pszichés és szociális) funkciók fejlődésére, a rehabilitáció képességére, rehabilitációra, tréningre, az egyéni és közösségi egészségért való felelősségre stb.

### 1.2. Az egészség pszichikus organizációja

A definíció az individuum egészségi állapotának pszichikus alkotóelemeit is jelentős mértékben tartalmazza, egészségesen működő tudatot tételez. A meghatározás alapján a következő feltételek kerülnek az „egészségi állapot” pszichikus fogalomkörébe: (1) normális módon működő pszichikus tudat, (2) kommunikációs képesség, (3) félelemtől és szenvedélyektől való mentesség (alkohol, drog, szexuális túlzás), (4) az érzelmek tudatossága és kifejezése.

Az egészségfogalom lelki-szellemi tényezőit a nemzetközi szakirodalom alapján (M. Argyl; P. Franzkowiak; E. Goffma; T. Parsons; E. Wenzel és mások véleménye alapján) így állíthatjuk össze:

– **a szeretet érzése:** tudjunk másokat szeretni és mások is tudjanak bennünket szeretni,

- élettársak, gyermekek, család, embertársak közötti elfogadás, megértés,
- barátságosság, személyes kapcsolat képessége, felajánlkozás, tolerancia,

– **önbizalom, önértékelés:** öntudatosság, önreflexió,

- erőkifejtés, teljesítőképesség,
- a siker és elismerés elérése (helytállás, kritika, dicséret), feedback,

– **biztonságérzés,** védettség érzése, életszeretet, vallásosság:

- az étkezéssel, ruházkodással, lakással kapcsolatos minimális biztonság,

- a társadalmi – gazdasági – politikai viszonyok nyújtotta biztonság,
- az esélyegyenlőség biztosítása, jogi védelme,

– **a szabadság érzése:**

- a változtatás képessége (a saját életvitelben is),
- az önkifejezés lehetősége, gondolati és szólásszabadság; nyitottság,
- az életpálya és élettárs megválasztásának szabadsága,
- kreativitás: az alkotó tevékenység, a költözés és a játék szabadsága,

– **kapcsolatteremtés:**

- kedvező kapcsolat kialakítása partnerrel, barátokkal és/vagy másokkal,
- előítélet-mentesség; nézeteltérés esetén a kiengesztelődés képessége,
- segítő támogatás, bátorítás, ösztönzés, „beleérzés” képessége.
- alkalmazkodó képesség, szolidaritás.

A WHO-definíció analízise során nem találunk olyan elemeket, amelyek az egészséges életvezetés pszichikus követelményeire utalást tennének, pl. olyanokat, mint az élet védelméhez szükséges ismeretek birtoklása, önkiszolgáló kötelezettségek elvégzése, a lelki egészség fenntartására mentálhigiénés gyakorlatok végzése, etikai és szellemi-lelki alapelvek kijelölése, a környezet pszichohigiénés hatásának számbavétele stb.

### 1.3. Az egészség szociális viszonyai

Az egészségi státuszhoz (az adott egészségi helyzethez) a definíció szerint hozzákapcsolódik az egyén, valamint a család, a közösség egészségének fenntartásában, megerősítésében való nélkülözhetetlen *aktív részvétel* is. Az „egészség” szociális (társas, társadalmi) tartalma tartós, *harmonikus személyközi kapcsolatokat* tartalmaz, amire a definíció „jól-lét” (*well-being*) kifejezése utal. A „jól-lét” megalábrédettséget, teljesítőképességet, „befogadást”, az önkifejezés lehetőségét,

valamint kapcsolatteremtő képességet, alkalmazkodást és érzelmi gyönyört, örömet tartalmaz. Gyakori a „jól-lét” fogalmát az életfeltételek meglétével azonosítani, így a gazdasági lehetőségekkel, a szegénységgel, az életkorral, kisebbségi léttel stb. A társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségnek több fajtája befolyásolja a fennálló egészségi helyzetet, így például:

– az egészségi megterhelés különbözősége (munkahelyi megterhelés, lakáskörülmény, munkanélküliség, idegen lakókörnyezet, sokgyermekes család),

– a „legyűrész” segítségének lehetőségei (szociális ellátás, tanácsadó szolgálat, jogsegély),

– az egészségügyi ellátás különbözőségei (orvos-beteg viszony, orvosi ellátás igénybevétele, védőoltások, szűrések szervezése, rehabilitáció),

– különbözőségek az egészségi magatartás és a kockázatvállalás területén (táplálkozási szokások, dohányzás, alkoholfogyasztás, mozgásszegény életmód, személyi higiénia).

Mindezek a tényezők egészségi „kiegyensúlyozatlansághoz” vezethetnek, és a megbetegedési és halálozási adatokból jól követhetők. Nem utalnak ökológiai elemekre, környezethigiéniai hatásokra, a migráció okozta epidemiológiai nehézségekre, a nemzetközi munkaerőpiac újabb egészségi követelményeire, a globalizáció széleskörű információs kapcsolataira. Az egészséget meghatározó „szociális hatásrendszer” így igen szűk mozgásteret jelöl ki, a definícióban szereplő szociális faktort a 21. század politikai-gazdasági-szociális viszonyai *messze túlhaladják*.

Hiányolható, hogy a definícióból nem következtethetőek ki az alábbiak:

– a személyes készség a tudatos és célirányos egészségre („*Gesund-Sein*”, az „egészségesnek lenni” elve);

– készség és képesség a szolidáris (egymásért kölcsönösen kiálló) segítségre, bátorításra;

– a diszkrimináció elvetése; a faji, anyagi, testi-értemi fogyatékoság, nyomorékság alapján történő megkülönböztetés belső meggyőződésből való elvetése, a türelmes elviselés és humánus elfogadás gyakorlása;

– a „másik” ember véleményének megértése, a „másság” toleráns, türelmes elviselése;

– az erőszak elvetése a családban és más közösségekben; a vészjelek korai felismerése;

– lobbytevékenység az egészség megvédése érdekében.

## Összegzés

A WHO egészség-definíciójának továbbfejlesztése a környezeti feltételek megváltozása következtében sürgetővé vált. Különös súllyal kell elfogadni azt a tényt, hogy az ember egészsége környezetével szoros kölcsönhatásban áll. Az információs hálózat, az informatikai világháló, a globalizáció, a szabad költözés, a munkaerő-verseny, a migráció és a turizmus hatásai együttesen az ember egészségére is hatnak. Ennek következtében szükség van az „egészség” modern definíciójára. E fogalom pontosítása ugyanis jelentősen átalakítja az egészségfejlesztésre tett személyes és társadalmi intézkedések, mozgalmak, szociális és jogvédelmi feladatok rendszerét és módszereit. A „tudásalapú” társadalom képes az új helyzetből adódó életveszélyt, egész-

ségkárosodást ellenőrzése alatt tartani és elhárítani.

A WHO-definíció alapfelfogása szerint az emberi test (szervezet) *nem gép*, amely az élettől elkülönítve működik, hanem a környezet követelményeihez való alkalmazkodás folyamatos *megvalósítója*. A definíció alaptételéből hiányzik az, hogy a betegség az egészségnek *nem antagonistikus (feloldhatatlan) ellentéte*, azaz e tulajdonságok nem „feketék” vagy „fehérek”, hanem számtalan átmeneti állapot található közöttük; más szóval a „beteg létezés” (*Krank-Sein*) átnyúlhat az „egészséges létezés” (*Gesund-Sein*) kompetenciájába is.

## 2. Folyamatértelmezésű egészség-felfogás 2. sz. értelmezési javaslat

Az Egészségügyi Világszervezet „egészség”-fogalma viselkedési szempontból mint *funkció* (folyamat, eljárás, működés, feladat) is értelmezhető, amely az alkalmazkodó- és teljesítőképesség, valamint az elviselhető élet elérésére irányul. „Az egészség fogalma – írja a WHO – azt jelzi, hogy az individuum

vagy csoport milyen mértékben képes törekvéseit megvalósítani és kielégíteni” (WHO/EUR, 1984).

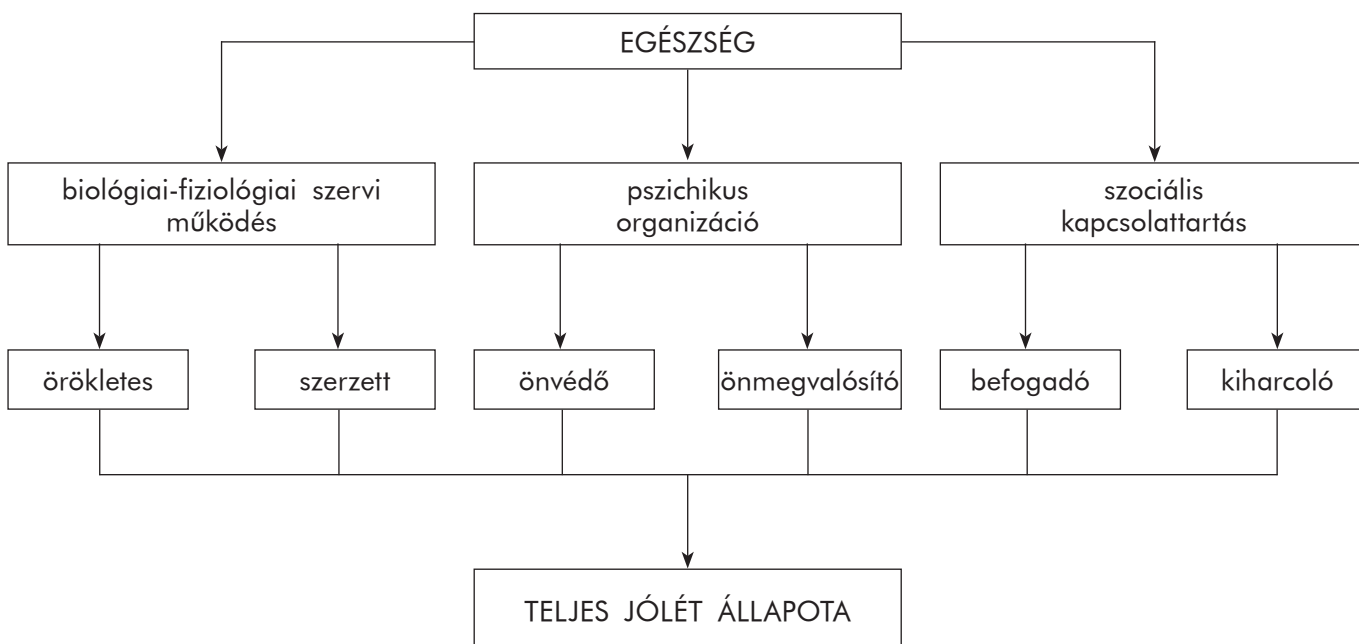
Az évek folyamán *paradigmaváltás* zajlott le az „egészség” meghatározásával kapcsolatosan: az „egészséget” dinamikus fogalomként kezdték értelmezni, amely szerint az *egészség nem „állapotot”,* vagy aktuálisan adott helyzetet jelöl, *hanem dinamikus potenciált*, amely az egészség meglétét és fenntartását biztosítja. Ebből a szempontból az „egészség” jövőre vonatkozó dimenziót is nyer, azaz az „egészség” jövőbe való kiterjesztését feltételezi, a test és lélek, az ember és a világ egyensúlyának megteremtésekor.

A funkcionális egészség-fogalom modelljét a 4. sz. ábra mutatja be.

Az előző „folyamatértelmezésű” felfogás szerint a WHO definícióját így értelmezhetjük: az „egészség” fogalma az egyed, illetve a közösség egész életén át tartó tevékenységének azon tulajdonságait foglalja magában, amelyek a harmonikus, alkalmazkodó és alkotó (testi, lelki, szociális) jóléthez szükségesek. E meghatározás szerint az ember egészsége nem más, mint egy életen át tartó *folyamat* és *személyes feladat* egyszerre, amelyet önállóan

4. ábra

Az egészség-fogalom funkcionális modellje



kell megoldania. E feladatvégzés során az ember egészségét *viselkedése* befolyásolja, amellyel – az adott életfeltételek között – egészségét, mint *értéket birtokolja, vagy veszélyezteti*.

A WHO definíciója a következő kérdésekre keres választ: melyek az egészség feladatterületei; hogyan működik az egészséges ember, mint élőlény; helyreállítható-e a megromlott egészség? Mindezekre a kérdésekre azonban a definíció nem ad választ: nincs utalás az egészséges életvitel feltételeire, illetve az egészséget negatívan befolyásoló tényezőkre. A definícióval kapcsolatos értelmezések között nem jelenik meg a pozitív egészségmagatartás követelménye, s nincs utalás a megelőzéssel kapcsolatos felelősségre sem.

A definícióban szereplő „teljes jólét állapota” tartalmának meghatározásához időközben a „pozitív egészség” fogalmának bevezetését javasolták (R. Anderson, 1983). A „pozitív” egészség fogalmát – e felfogás követői szerint – a „jólét” állapota, a túlaradó életenergia, a teljesítményképes testi funkciók, a kapcsolatteremtési képesség, alkotó életstílus, a jókedv és feszültségmentesség, a félelemmentesség, valamint az elidegenedés, a depresszió és izoláció elkerülése alkotja. A „pozitív egészség” fenti tartalma betagozódott a WHO meghatározásába, azonban úgy, hogy nem jelentheti egy folytatódó, tartós, „teljes jólét” („*complete well-being*”), kiegyensúlyozottság állapotát. „*Mindez nem jelenti azt, hogy mindig boldogok, megelégedettek vagyunk, hanem ciklikus változást kell elviselnünk jókedv és rosszkedv között*” (W. Schmidbauer, 1982).

## A WHO funkcionális definíciójának analízise

### 2.1. Biológiai–fiziológiai funkciók a definícióban

A WHO-definíció „fizikai” tényezőket („*physical well-being*”) is tartalmaz, amelyek nem csupán az emberi szervezet *állapotát*, hanem a szervezet *funkcionális képességét*, működésre való alkalmasságát és lehetőségét (potenciálját) foglalja magában. Orvosi fel-

fogás szerint a „fizikai” egészség kezelése nem csupán a betegségből való felgyógyulást, hanem a megelőzést és a betegséget érzés megszüntetését is jelenti. Így az „egészség” nem csupán a *betegségek hiányával*, hanem az *individuum belső fizikai erejével* (ellenálló képességével) és a *megvalósítható lehetőségek legjobb kihasználásával is jellemezhető*.

Fiziológiai szempontból az „egészség” nem más, mint a szervezet töretlen és teljesítőképes funkciója. Az ember szomatikus funkciói részben öröklöttek, részben az élet folyamán szerzettek.

#### (a) Öröklött egészség-funkciók

A WHO-definícióban szereplő „fizikai funkciók” között jelentős számú örökletes jellegű, például:

- az individuum egészséges életműködésre vonatkozó szükségleteinek kielégítése;
- a biológiai érés és fejlődés menete, az érettség feltételeinek teljesítése;
- antenatális és perinatális gondoskodás, egészségügyi segédkezés (védőoltás);
- az orvosi egészség jellemzését mutató standardokhoz viszonyítás;
- az élet és az egészség védelmét és megerősítését szolgáló ápolás, stb.

Ezek a tevékenységi körök legnagyobb súllyal orvosi jellegűek, illetve ápolási és gondozási szakfeladatok, valamint az anyák egészségvédelmét és az anyaságra való felkészítést szolgáló egészségügyi szak személyzeti tennivalók. Az egyes személy (az újszülött, a csecsemő, a kisdéd) nem tud ezekben az egészséget biztosító funkciókban együttműködni, öntevékenyen részt venni. (Ezek az egészségi funkciók mutatják a legvilágosabban a WHO-fogalom medikalizáltságát.)

#### (b) Szerzett, jelentős egészség-funkciók

Az egészséget biztosító személyi higiénés követelmények teljesítéséhez az individuum az automatizáltan folyó működések feletti uralmának megszerzésével jut el. Az egészség fenntartását és megerősítését szolgáló ismereteket, képességeket, készségeket az individuum a családban (a szülőktől),

az óvodában, az iskolában, a munkahelyen, a baráti körben stb. sajátítja el. A definíció ezeknek a képességeknek megszerzését illeszti követelményei közé. Az elsajátított viselkedés, szokáscselekvés az egészségre lehet kedvező vagy káros, az egyiket előnyben részesíteni, a másikat pedig akadályozni kell. A kedvező egészségi szokások közül kiemelt jelentőségűek a szervezetet edző (sportjellegű) tevékenységek (légző- és meditációs gyakorlatok, torna, masszázs, stb.), amelyek alkalmasak a napi megterhelés kompenzálására. Magában a definícióban nem találunk utalást arra, *hogyan (milyen módon és eszközzel)* képes az egyén az egészségét megőrizni, megerősíteni, vagy helyreállítani.

### 2.2 Pszichikus egészségfunkciók

#### (a) Önvédő funkciók

A modern világban sok más várt körülmény befolyásolja az ember egészségi viszonyait (technikai újítások, migráció, terrorcselekmények). A ma emberének folyamatosan tájékozódnia kell és meg kell előznie azokat a veszélyhelyzeteket, amelyek károsan érinthetik egészségét. Az önvédő funkciók közül a külső viselkedésben az alábbiak mutatkoznak meg:

- a védőoltások megfelelő időben történő beadása;
- az életmód és a napirend egészséges megszervezése;
- az élethelyzettel kapcsolatos kritikus állásfoglalás gyakorlása;
- önbizalom és magabiztos fellépés az egészséget negatívan befolyásoló tényezőkkel szemben;
- értő és megértő kommunikációra való képesség;
- az érzelmi feszültségek megfelelő kezelése, kézben tartása;
- szexuális erőszakosságtól, zaklatástól való elzárkózás.

Ezek a külső tevékenységek visszajelzik (*feedback*) az egészség önvédő funkcióját, azt, hogy a személyiség egészséges kíván maradni, illetve a pszichikus veszélyeket kívánja elkerülni.

#### (b) Önmegvalósító funkciók

A személyes önvédelem – pozitív oldalról szemlélve – a saját gondolatok,

tervek, aktivitások megvalósításában áll. Nem elégséges az egészséget csupán „védeni”, szükséges azt folyamatosan és aktívan megvalósítani. Az önmegvalósító képesség funkcióiról hasonló tevékenységek adnak visszajelzést, azaz visszaigazolják, hogy az egészségfogalomba az önmegvalósító funkciói is beletartozik. Ilyen visszajelzések:

- az aktívan cselekvő, testileg-lelki leg teljesítőképes viselkedés;
- a saját tanulási, munkához kapcsolódó, családi és más életfeltételek megszervezése;
- az életvezetéshez szükséges testi-lelki erőnlét, felkészültség erősítése;
- a családi életre történő felkészülés (informáltság, feltételelemzés, gyermekvárás);
- a szexuális élet kiegyensúlyozott, örömszerző, boldogító megszervezése;
- az internetszolgáltatás mentálhigiénés és munkaegészségügyi szabályozása;
- külföldi tartózkodás esetén a higiénés szabályok alkalmazására való felkészülés;
- egészségkárosító szokások (dohányzás, alkohol, kábítószer, játékszenvedély) elvetése.

A WHO-definíció nem utal a következőkre:

- az egészségtudatos magatartáshoz egészségvédő *ismereteket* kell szerezni;
- az önmegvalósításhoz hatékony *kommunikációs képességgel* kell rendelkezni;
- az együttműködés és a versengés között *egyensúlyt* kialakítani;
- a felmerülő személyi ütközések, *problémák megoldásának* módszerét el kell sajátítani;
- az életlehetőségek és viselkedések közül az „*egészségesebbet*” kell választani.

### 2.3. A szociális kapcsolat funkciói

A WHO egészségfogalma – a testi és lelki faktorok mellett – *szociálökonomiai és szociálpszichológiai* összetevőket is tartalmaz. Ezen összetevők a mindennapi élet gyakorlatában mint az egészség tartalmának „*visszajelzései*”

jelennek meg (tehát nem az „egészség”, hanem működésének visszajelzései). Ilyen visszajelzések például a családi élet viszonyai, az együttélés normái, a családban megjelenő szegénység, a szükségletek alacsony szintje és annak következménye: a leszakadás, a választási lehetőség hiánya; egyes népeségi csoportokban az alacsony higiénés kultúra, a munkanélküliség, a megfosztottság és hátrányos megkülönböztetés, az iskoláztatásból, a művelődési lehetőségekből való kimaradás, stb.

Az „egészség” fogalmának szociális (társas-társadalmi) elemei tartalmazzák a családon belüli kapcsolattartási funkciókat, az iskolában, a munkahelyen, a társadalmi szervezetekben, a baráti kapcsolatokban nélkülözhetetlen kapcsolatépítési és kapcsolatfenntartási képességet. A szociális kapcsolattartási feladatkörök kétirányúak lehetnek: (a) amelyek valakinek (kisebb-nagyobb) közösségbe történő felvételére, befogadására vonatkoznak (*receptió, adaptáció*), illetve (b) amelyek az illető azon törekvését tartalmazzák, hogy valamely közösség befogadja, alkalmazza, valamely tevékenységre felhatalmazza őket (*empowerment*).

Ennek megfelelően a WHO egészség-definíciójának visszajelzéséből az alábbi társas-társadalmi (szociális) funkciók következtethetők ki a gyakorlat számára:

(a) *Receptivitás, adaptáció (befogadás és alkalmazkodás) képessége:*

- a higiéniai és epidemiológiai kötelezettségek teljesítésére való készség;
- a szolidaritás és a tolerancia megvalósítása;
- az integráció, a (megkülönböztetés nélküli) együttnevelés elfogadása;
- a szegregáció (fajok, vallások, nemzetiségek, anyagiak szerinti megkülönböztetés) elvetése az egészségvédelemben és az egészségkultúrálódásban;
- a különböző származású és kulturális-gazdasági szintű társakkal való együttműködés az egészségvédő társadalmi szervezetekben;
- a „másság” megismerése és elfogadása;
- a különböző kultúrájú személyek-

kel szembeni elnéző, támogató-segítő (toleráns) viselkedés;

- különösen a más gazdasági szinten állókkal szembeni befogadó együttműködés.

(b) *Törekvő, kezdeményező egészségi viselkedés:*

- magabiztos fellépés az egészségvédelem érdekében;
- a jogszerű egészségi eljárás, illetve egészségügy (jogi) kikövetelése,
- az érzelmi feszültségek leszerelése,
- az egyed és a társadalom közötti kölcsönhatás alapján a társadalmi kontroll elfogadása,
- részvétel az egészséget és egészségvédő teljesítőképeséget szolgáló kollektív, vagy társadalmi rendezvényeken.

A szociális kapcsolatról való visszajelzés a gyakorlatban igazolni látszik, hogy a felsorolt komponensek az „egészség” tartalmában megtalálhatók.

## Összegzés

Ha az „egészség” fogalmát működésre irányítottan (*funktiosorientiert*) fogadjuk el, akkor a WHO meghatározás sokkal inkább felhasználható az egészségfejlesztés, illetve az egészségnevelés gyakorlatában. A „folyamat-értelmezésű” egészségfelfogás szerint az egészség nem tulajdonságjelző, nem a létezés *állapotának*, aktuális helyzetének jellemzője, hanem az individuum egészséges létezéséhez vezető *aktív folyamat (Gesund-Sein)*. Ugyanakkor hangsúlyozottá válik az aktivitás megvalósításához vezető *út (módszer)* is. „*Az egészség nem más, mint önmegvalósítást célzó folyamat, történés, a külvilág aktív, célirányos megváltoztatásával*” (R. Erben–P. Franzkowiak–E. Wentel, 1986).

A WHO egészségfogalmának folyamatként való értelmezése erősségét a tevékenységre építi. Az egyed egészségének megítélésére viselkedése ad lehetőséget, ebből látható és értékelhető az individuum aktív alkalmazkodó- és teljesítő- (megvalósító) képessége. Élettevékenységei során az egyén életerőt és energiákat használ fel, amely egyben azt is bizonyítja,

hogy energiafelhasználás (önmegvalósítás, együttműködés, alkalmazkodás, környezetalakítás) nélkül működésképtelenné válik.

Mindezek indokolják, hogy olyan egészség-fogalmat keressünk, amelyben az „állapot” és „aktivitás” paraméter egyaránt szerepel.

### 3. Kompetencia-alapú egészségfogalom 3. sz. értelmezési javaslat

A II. világháborút követően az Egészségügyi Világszervezet (1946) az „egészségről” úgy nyilatkozott, hogy (1) az több mint egyszerűen a betegségek hiánya, és (2) az egészség minden ember alapvető jogát képezi. Ma, hét évtizeddel később, az orvostudomány minden gyors ütemű fejlődése ellenére távol vagyunk a WHO egészség-értelmezésétől. A jóléti társadalmakban – amilyen a miénk is – az orvostu-

domány újabbnál újabb tudományos problémákat old meg, másfelől soha ennyi információ és támogatás nem állt az egészségvédelem rendelkezésére. A lakosság életkilátásai egyre jobbak, az emberek egyre tájékozottabbak. Egyre jobban terjed az emberek azon igénye, hogy a remélt életkort hasznosan tölthessék el, ne szenvedjenek fájdalmaktól, s ne haljanak meg a szükségesnél előbb.

Az „egészség” értelmezésében és gyakorlati felhasználásában különböző nézetek látnak napvilágot, amelyek napjainkban is megjelennek az egészségügyi szolgáltatások, az egészségfejlesztés megszervezése során, s amelyek az egészségre úgy tekintenek, *mint definitív (meghatározó) folyamatra*, amely a betegségek diagnózisát, kezelését, illetve a medicinális standardértéktől való távortartást teszi a tervezett intézkedések alapjává (5. ábra).

### Megfontolások a szemléletváltás előtt

Az előzőekben a WHO egészség-definíciójának két értelmezését mutattuk be és utaltunk azokra a visszajelzésekre, amelyek az emberi viselkedésből az egészségfogalom tartalmára utalhattak. A visszajelzések az egészségfogalom összetettségére, fejlődésére és változásának irányára mutattak. Az egészségfogalom tartalmi változását genetikai, valamint a világban végbemenő környezeti tényezők kényszerítik ki.

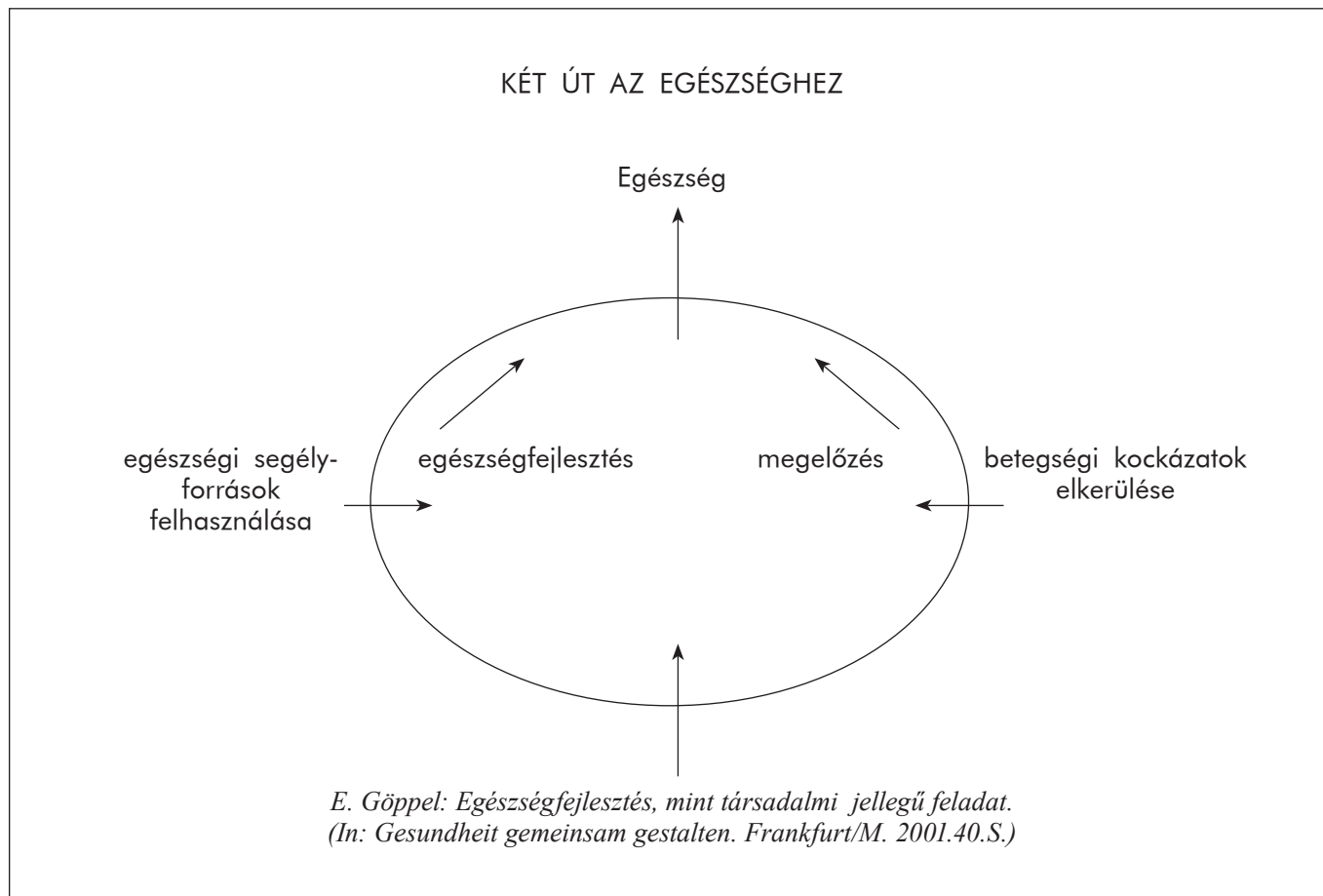
A szemléletváltás jellemzéséhez az „egészséghez” kapcsolódó néhány alapfogalmat kell tisztáznunk, így az, hogy *kit* vizsgálunk, *mit* vizsgálunk, illetve hogyan ellenőrizzük a fogalomtartalmat. Elfogadott alapfogalmaink az alábbiak:

A létező:

(1) egészségfogalmunk az élők közül csak az *emberre* vonatkozik;

5. ábra

#### Az egészséghez vezető két út: segélyforrások felhasználása, betegség-megelőzés



(2) az ember, mint élő létezik, létezésre a születéstől a halálig tart;

(3) a létező ember: autonóm egyed, *individuum* (tulajdonságai, képességei, önmegvalósítása minden „másik” egyedtől különbözik).

#### Az ember:

(1) az ember megjelenésében nem más, mint vegetatív, fiziológiai, neuroendokrin irányítású *test, organizmus, szervezet*, amely az emberi létezés hordozójaként, „lakásaként” működik; testéről a személy csak akkor szerez tudomást, ha az fáj. Ezáltal a betegség fájdalmas útja válik hangsúlyossá és nem a tünet – egész embert érintő – megjelenése (A. Antonovsky, 1987). A test valamely részén jelentkező fájdalom orvosi megszüntetését, enyhítését ezért tartják úgy, mintha ez a beavatkozás az „egész ember” gyógyítása lenne;

(2) az élő ember tudattal rendelkező személyiség (*kognitív, volitív, emocionális, szociális lény*), ez különbözteti meg egészségét más élőlények egészségétől;

(3) létezése folyamán (az életkorban előre haladva) az ember biológiailag *érik*, szellemileg és társkapcsolataiban fejlődik, majd élete végére visszafejlődik (személyiségének összetevői tehát változnak);

(4) az ember *társas lény*, a közösség tagja, a kultúra résztvevője, s mint ilyen, társakkal alkotó-alakító, alkalmazkodó viszonyban él;

(5) autonóm, önmegvalósító képességét az ember csak *zavartalan létezés* során képes megvalósítani.

#### Az egészség:

(1) az egészség a zavartalan *létezés alapja*, a létezés folyamatának lehetősége;

(2) az „egészség” absztrakcióval létrehozott *általános fogalom (idea universalis)*, amely minden emberre érvényes, azaz minden élő többé-kevésbé egészséges;

(3) logikailag az „egészség” a létezésnek nem „feltétlen” következménye, hanem lényegi minősége, ismertetőjele, jellege (*Merkmal, proprietas*);

(4) az „egészség” a *létezés potenciálja*, az ember alkotó-alakító képességének lehetősége és erőforrása, azaz az

élet a létezéshez kapcsolódó lehetőség és önmegvalósító aktivitás;

(4) az „egészség” – az étellel való szoros kapcsolata következtében – az ember alapvető *értékét* képezi, amely semmi mással nem helyettesíthető, másra át nem ruházható, az egészség megvédése az ember *önérdeke*;

(5) az „egészség” tartalmát az *ember viselkedése visszatükrözi* (azaz az ember viselkedéséből, cselekvéséből kikövetkeztethető az „egészség” megvalósult tartalma);

(6) amint az *individuum „érik” és „fejlődik”,* ahogyan a személyi és környezeti feltételei változnak (pl. a globalizáció feltételei között), ugyanúgy változnak „egészségének” egyéni jellemzői is (azaz: az „egészség” többoldalúan determinált fogalom).

#### Szemléletváltó következtetések:

- Az „egészség” változó tartalmú, *a betegséggel nem antagonistá* fogalom, nem lehet szétválasztó (diszjunktív) ítélettel áthághatatlan határt húzni az „egészség” és „betegség” közé (pl. csonkult személy „teljes értékű” lehet).

- Az „egészség” fogalma az *újszülött* életétől a felnőtté válás felé haladva kezdetben csupán vegetatív tényezőket tartalmaz, illetve önállóság (autonómia) helyett kiszolgáló-gondozó tartalmakat takar, ezt követően a serdülőkor újabb egészség-tartalmat visz a fogalomba, majd a felnőtté válás autonómiája egyre hangsúlyosabban utal a személyes felkészültségre és felelősségre.

- Az egészség – amint maga a létezés – *nem folyamatosan kerül az individuum tudatába*, legtöbbször csak akkor, ha elvész, vagy konfliktusba kerül az életeseményekkel.

- Az egészség *nem állapot*, sem végállapot. Az egészséget el lehet veszíteni, vissza is lehet szerezni.

- Az egészség a kompetencia-alap erősítésével fejleszthető, erősíthető (pl. ismeretszerzéssel, gyakorlással, integrációval, rehabilitációval, stb.).

- A lakóhely és munkahely megválasztásának szabadságában bővelkedő globalizációs folyamat *új egészségi „normákat”* indukált, amelyek az egészségről alkotott definíciót jelentősen átalakították.

## Kompetencia-alapú szemléletváltás

Az újragondolt „egészség-fogalom” alapjául a személy egészséges létezésre vonatkozó *kompetenciáját* jelöltük ki. A kompetencia (illetékeség, felkészültség, jogosultság) valamely tevékenységhez szükséges *ismeretek* megszerzését (tudását), a tevékenység elvégzésére való *készséget* (begyakorlást) és *képességet* (megvalósításra való alkalmasságot), valamint az attitűdöt (cselekvést megelőző állásfoglalást) és a szakszerű *végrehajtást* integrálja magában. Egészségi „kulcskompetenciának” (felkészültségnek) az „egészségesen élni” elv megvalósítását tartjuk. A „kulcs” kifejezés arra utal, hogy nélküle más kompetenciák nem valósulhatnak meg sértetlenül.

Az egészség tehát az emberi lét lényegéhez tartozó „bázisképesség” és hatalommal rendelkező potenciál, amely arra irányul, hogy az *individuum* a világgal szembe fordított követelményei közepe egészséges testi-szellemi kapacitással, alap- és szakképességgel álljon helyt. Tartalmát tekintve az egészségi kompetencia magában foglalja a figyelem egészségre történő irányítását, a saját egészséges létezésére (*Gesund-Sein*) vonatkozó motivációt, az adott tevékenység begyakorlását, rutinját, majd ennek a gyakorlatban történő visszajelzését: az egészséges viselkedés megvalósítását.

A világgal szembe fordított munkaerőverseny a jövő polgárától úgynevezett „*alapképességeket*” (*basic skills*) követel meg, ezekre építi az *individuum* harmonikus, sikeres önmegvalósítását. Ilyen alapképességek pl.: a kommunikációs képesség (értő és megértő információközlés), az informatika használatára való felkészültség, a logikus gondolkodás, az egészséges életmód, a káros szenvedélyek elkerülése, a szociális érzékenység, a kiegyensúlyozott partnerség, stb.

A kompetencia-alapú „egészség” tartalmában olyan lényegi ismertető jeleknek kell megjeleníteniük, amelyeket a globalizációs feltételek megkívánnak. (6. ábra)

E felfogás szerint az egészség fogalmának újraértelmezését, mint *kom-*

*petencia-alapú „egészség-fogalmat” fogadhatjuk el. Miután az egészség tartalma változó, külön kell választani az újszülött, a serdülő, a felnőtt, sőt az idős ember személyére vonatkozó „egészség” fogalmát. Tanulmányunk a fiatal felnőttkortól kezdődő, autonóm személyiség „egészségét” elemzi, az ezt megelőző korok egészségfogalmára csupán kitekintünk.*

(a) „Egészség” az újszülött korban  
– az újszülött ember (a létező) „egészségét” ösztönös potenciálja (erőforrása) alkotja, amely

- a biológiai szükségletek kielégítésére;
- az érzelmek kifejezésére, a szeretet befogadására;
- a környezeti alkalmazkodásra szolgál.

(b) „Egészség” a serdülőkorban

- a serdülő „egészsége” nem más,

mint potenciál (lehetőség és erőforrás) a sajátos életkor biológiai életfolyamatainak harmóniájára (*a biológiai érésre*),

- a pszichikus és szociális életfolyamatok szabályozására (*a személyiség fejlődésére*),

– az ösztönös és a tudatos elválasztására, kezelésére (*az autonómiára*),

- az alkalmazkodó és önmegvalósító képességek megvalósítására.

(c) „Egészség” a felnőttkorban

- belső jellemzők:

- az „egészség” a felnőtt, autonóm személyiség testi, lelki-szellemi, szociális életfolyamataiban nem más, mint
- az önmegvalósítást, és a környezethez való alkalmazkodást biztosító
- potenciál (erőforrás, képesség),
- ösztönös és/vagy tudatos bázis-kompetencia, amely

- a külső jellemzők:

– a globalizált környezetben szocializálódik, és

– a testi, lelki-szellemi és szociális viselkedésben realizálódik.

### Az egészség-fogalom új értelmezése

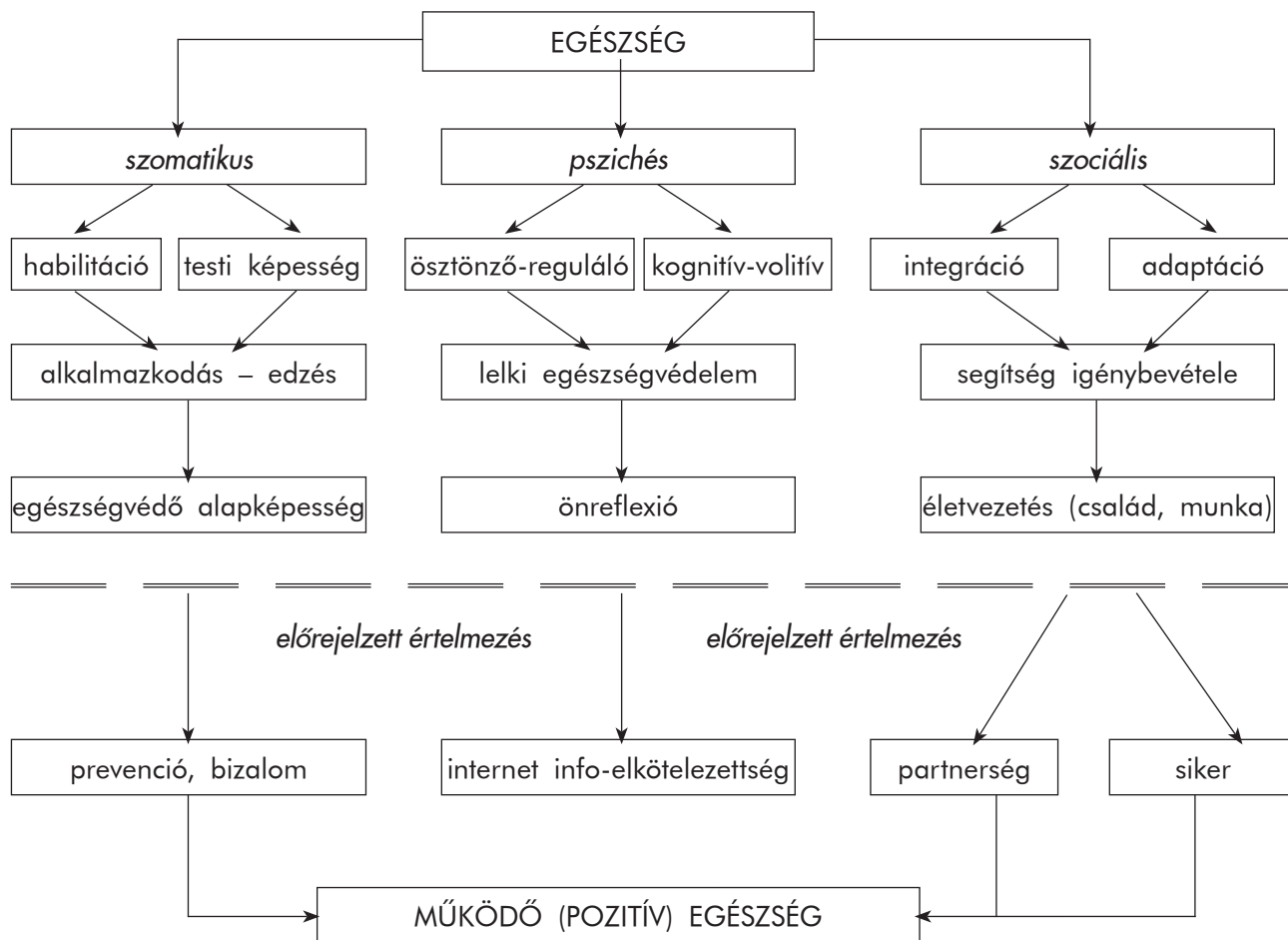
*Az egészség-fogalom meghatározása*

*Az egészség (1) az ember (2) életfolyamatában (3) olyan bázis-kompetencia, amely (4) a testi-lelki-szociális alkalmazkodó-, alakító- és önmegvalósító képesség biztosító (potenciálja) (5) a globalizált környezet szocializációs feltételei között.*

*Az egészség (1) az ember tulajdonsága, (2) amely azt mutatja, hogy egyéni élete folyamán hogyan képes (3) alapkompenciáit, tanulási folyama-*

6. ábra

**Az egészség-fogalom kompetencia-alapú és előrejelzett tényezői a WHO-definíció továbbfejlesztéseként**





**taít, (4) biológiai-pszichikus-szociális alkalmazkodó- és alakítókéességét irányítani,** a környező világ követelményeit és a tudományos eredményeket elsajátítani, (5) a globális világ aktuális és jövőbeni realitásaihoz – **amelyekben mindenki emberként létezik – alkalmazkodni, saját magát megvalósítani.**

Végeredményben az egészség a testi-lelki-szellemi *aktivitás* jellemzője, amely az ember tudatos jól-létének és életsikerének optimauma egy „ha, akkor” cselekvési elv szerint. Az egészség mindig személyhez (egyedhez) kötődik, népeket és országokat csak másodsorban tekinthetünk egészségesnek. Miután az emberek nem izoláltan élnek, hanem közösen, ezért az egészségről közös eszmék alakulnak ki.

### Az egészség-fogalom fenti definíciójának kifejtése

(1) Az egészség definíciója az élők közül csak az emberre vonatkozik, aki tudattal rendelkező, autonóm személyiség, élete folyamán érkezik és fejlődik, társas lény és a környezetével kölcsönhatásban áll. A létező ember individuum, egyed, minden „másiktól” különálló és különböző.

(2) A definícióban szereplő „*életfolyamat*” az életképességet, jól karbantartott testi funkciókat, az együttélés folyamatosságát (tehát nem egy „szituációt”) feltételez. A fogalom nem tartalmaz faji, életkori, nemi, lakóhelyi, kulturális vagy más speciális szociokulturális életfeltételeket. Az „*egészség*” az élet (létezés) alapvető, immanens (természeténél fogva benne levő) jellemzője, tehát nem külső „életmód”.

(3) A *báziskompetencia* azt jelzi, hogy az ember kész és képes az egészséget „befogadni”, interiorizálni, feldolgozni, személyiségének részévé tenni, mert erre ismerete, készsége, képessége, attitűdje képessé teszi. Az „*egészség*” ennek alapján lehetőséget tartalmazó, hatalommal rendelkező „*hatóerő*” (*potenciál*).

A definícióban szereplő képességek kölcsönhatásban állnak az individuum speciális irányultságával, szokásaival, szerepével, rizikó-viszonyaival, egyéni

lehetőségeivel. Így, a kompetenciaalapú egészség-fogalomban a „*potenciál*” szociálpszichológiai állásponthoz közelít, amely „egy szűkebb, bio-medicinálisan megalkotott konstrukcióból egy szélesebb, szociálpszichológiailag megalapozott nézőponthoz vezet, amelyben a kereset, a foglalkozás, a lakásvizonyok, a nemi sajátosságokból adódó egészségi állapot is számít” (R. Labone–E. Wenzel, 1986).

(4) A *potenciál*, mint „*hatóerő*” és lehetőség, az individuum teljesítő és *önmegvalósító* képessége segítségével a környezet feltételeihez történő *alkalmazkodást biztosítja* (I. Kickbusch, 1982). Az „*egészség*” tehát olyan *potenciál*, amely a környezethez való *aktív alkalmazkodó képességet és az önmegvalósító képességet „egyensúlyban” tartja.*

(5) A lehetőség teljesüléséhez különböző *szocializációs folyamatok vezetnek*. A választható társadalmi-gazdasági feltételek közül a *globalizációs* életviszonyok igen jelentős környezeti követelmények közé „*szorítják*” a ma emberét. Az individuum csak globalizációs kényszerítő körülmények között biztosíthatja az alkalmazkodást, az *önmegvalósítást*, így a tömegkommunikáció, az informatikai világháló, a határokon átlépő migráció, a fokozódó világpiaci verseny, a fokozott teljesítmény igénye, a csúcstechnika terjedése, a bioszféra felmelegedése, a fokozott fertőzésveszély (trópusi betegségek terjedése), a felgyorsult közlekedés baleseti kockázata, az esélyegyenlőtlenség, az agresszió, a terrorizmus és belviszályok veszélye, a környezetszennyeződés (gáz kibocsátás) fokozódása és más hatások keretében. Mindebből következik, hogy az „*egészség*” *fogalma globalizált környezeti feltételekbe és az egyén szocializációs lehetőségeibe is beágyazódik.*

### A „teljes jól-lét állapota” kifejezés elhagyása

A kompetencia-alapú egészségfogalom elemeinek konstrukciója során a WHO egészség-fogalmában szereplő „*teljes testi-lelki-szociális jól-lét állapota*” kifejezést, mint reális alapokat nélkülöző, megvalósíthatatlan elképzelést,

*utópiát* kezelhetjük. Az egészség-fogalom megalkotása során ugyanis figyelembe kell venni a tudományos-technikai fejlődést, a globalizáció hatásait, a kommunikációs technológiákat, a munkaerőpiac új követelményeit. Más szóval: a „*jólét állapota*” egyre változó feltételek közé került.

Mindemellet a „*teljes jól-lét*” köréből a WHO definíciója kizárja a fogyatékosokat, sérülteket, veszélyeztetetteket és őket a „*nem egészségesek*” csoportjába sorolja. A kompetencia-alapú felfogás szerint viszont e fogyatkozással élők (*not merely the absence of disease or infirmity*) az egészségesek fogalmi kategóriájába tartoznak. Ezzel elfogadjuk azt a tételt, hogy az *egészség „nem a test uralma, hanem csak a test használata”* (H. Hildebrandt, 1983).

### Összefoglalás

Az értekezés két részben foglalja össze az egészségről alkotott fogalmakat. Az I. rész a WHO egészség-fogalom két lehetőségét tárgyalja: a statikus és a funkcionális megközelítést. A globalizálódó társadalom újabb követelményeket is támaszt az egészség megőrzése, megerősítése és helyreállítása területén. Ezért az egészség fogalmát kompetencia-alapokra helyezik a szerzők. Bemutatják a fogalom alkalmazásának lehetséges módjait. A tanulmány II. része ezt a koncepciót a globalizáció követelményrendszerébe ágyazza.

### Irodalom

- Abholz, H. (1982): *Risikofaktorenmedizin. Konzept und Kontroverse*. De Gayer, Berlin–New York.
- Anderson, R. (1983): *Health Promotion*. WHO Regional Office for Europe HED/HPR.
- Antonovsky, A. (1997): *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit*. DGVT-Verlag, Tübingen.
- Argyle, M. (1979): *Körpersprache und Kommunikation*. Paderborn.
- Baier, H. (1982): *Pflicht zur Gesundheit?* Vieweg & Sohn, Braunschweig–Wiesbaden.
- Balsler, M. (2003): *Die 10 Irrtümer der Globalisierungsgegner*. Eichborn Verlag, Frankfurt/Main.
- Beck, D. (1981): *Krankheit als Selbstheilung*. Insel, Frankfurt/Main.

- Beck, U. (1997): *Was ist Globalisierung?* Shurkamp, Frankfurt/Main.
- Becker, K.–Franzkowiak, P. (1982): *Gesundheitsorientierte Selbsthilfe als soziale Aktion.* De Gruyter, Berlin–New York.
- Becker, P. (1982): *Psychologie der seelischen Gesundheit.* Göttingen: Hogrefe.
- Benkő Zs. (1997): *Mert életem millió gyökerű.* JGYTF, Szeged.
- Blech, J. (2003): „Die Abschaffung der Gesundheit.” *Der Spiegel*, 33, 116–126.
- Bhangwati, J. (2004): *In Defense of Globalization.* Oxford University Press, Oxford.
- Brundtland, G. H. (ed.) (2000): *Grundrecht Gesundheit. Vision: Mehr Lebensqualität für alle.* Campus, Frankfurt.
- Buda B. (1995): „Csoporthoz tartozás.” (In Buda B.: *A mentálhigiéne szemléleti és gyakorlati kérdései.* TÁMASZ, Budapest.
- Catford, J. (2007): „Ottawa 1986: The fulcrum of global health development.” *Promotion & Education/Supplement*, p. 6–7.
- Caplan, G.–Killilea, M.: *Support Systems and Mutual Help.* Grune and Stratton, New York.
- Erben, R.–Franzkowiak, P.–Wenzel, E. (1986): „Die Ökologie des Körpers, Konzeptionelle Überlegungen zur Gesundheitsförderung.” (In: Wenzel, E.: *Die Ökologie des Körpers.* 1986. 14–121. S.)
- Ferge Zs. (1995): „A magyar segélyezési rendszer reformja.” *Esély*, 1995/6.
- Franzkowiak, P. (1983): *Risikoverhalten. Vorgänge.* Vol. 22. Nr. 64–65.
- Franzkowiak, P.: „Kleine Freuden, kleine Fluchten.” (In: Wenzel, E.: *Die Ökologie des Körpers.* 1986. 121–175. S.)
- Göpel, E.–Hölling, G. (2001): *Gesundheit gemeinsam gestalten.* Frankfurt/Main, Mabuse Verlag.
- Gubinsky, G.–Hidebrand, H.–Schulz, M. (1982): „Projekt Gesundheit.” *Widersprüche*, Heft 4–5.
- Handbuch der Globalisierung* (<http://www.handbuchderglobalisierung.de/>)
- Heil, D.–Kimmich, Th.–Laux, R. (1981): „Die Aneignung der Gesundheit.” *Widersprüche*, Heft 1.
- Horn, K. et al. (1984): *Gesundheitsverhalten und Krankheitsgewinn.* Opladen, Köln.
- Lampert, T.–Ziese, T. (2005): *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung.* Schriftenreihe Lebenslagen in Deutschland. BMGS. Download, Bonn.
- Lutz, R.–Mark, N. (eds.) (1995): *Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychisch Kranker.* Hogrefe, Göttingen.
- Nitsch, J. R. (1981): *Streß. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen.* Huber, Bern–Stuttgart–Wien.
- Parsons, T. (1967): *Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas.* Köln–Berlin.
- Rittner, V. (1982): *Krankheit und Gesundheit.* Suhrkamp, Frankfurt/Main.
- Schmidbauer, W. (1982): *In Köper zuhause.* Fischer, Frankfurt/Main.
- Simon T. (1998): „Az egészséges életmód szabályai.” *Egészségnevelés*, Budapest.
- Simon T. (1991): „Az egészségmegőrzési program értékelése.” *Egészségnevelés*, Budapest.
- Simon T. (1990): „Magyar fiatalok kívánságai, féltelméi, szorongásai.” *Egészségnevelés*, Budapest.
- Spijk, P. (1991): *Definitionen und Beschreibung der Gesundheit – ein medizinhistorischer Überblick. Gesellschaft für Gesundheitspolitik.* SGGP, Zürich.
- Székely, L. (2005): *Egészségpedagógia.* EGON, Budapest.
- Teegen, F. (1983): *Ganzheitliche Gesundheit.* Reinbeck, Hamburg.
- Vavrik, J. (2004): *Globalisierung.* BfPB, Bonn.
- Vergeer, F. J.–Leeuwe, J. (2002): „A jól-lét fogalma az egészségnevelésben.” *Egészségnevelés*, 2002/43.
- Wenzel, E. (1986): *Die Ökologie des Körpers.* Suhrkamp, Berlin.

## 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:* 1097 Budapest, Nagyváradi tér 2.

*Levelezési cím:* 1395 Budapest, Pf. 433.

*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

## Egy évforduló ürügyén

Prof. Dr. Métényi János

Országos Egészségfejlesztési Intézet

2008-ban 30 éve annak, hogy a Magyar Egészségnevelési Szövetség *Pápai Páriz Emlékérmét* alapított azzal a céllal, hogy azt évente az egészségnevelés kutatásában, szervezésében és gyakorlatában kiemelkedő eredményt elérő személy részére átadja. A Pápai Páriz arcképét és az Egészségnevelési Szövetség Emlékérme jelölést viselő hét egyedi plakettet *Borsos Miklós* neves szobrász, majd *Maklári Ernő* grafikus készítette. Az érem átadása a Szövetség, illetve utódja, a Pápai Páriz Egészségnevelési Országos Egyesület vezetőségének javaslata alapján évente, ünnepélyes keretek között történik.

Az évforduló indít arra, hogy a Pápai Páriz Emlékérem mellett még két olyan másik kitüntetésről is megemlékezzem, amelyeket – szintén évente – az egészségnevelés területén végzett kiemelkedő tevékenységért adtak, illetve jelenleg is adnak.

A Magyar Higiénikusok Társaságának Elnöke 2001-ben adta át első ízben a *Dr. Szendei Ádám* neves egészségnevelő, egészségügyi ismeretterjesztő emlékére és tiszteletére alapított *Emlékérmét*. A díjat – a Társaság vezetőségének döntése alapján, évente – a kiemelkedő egészségnevelési, egészségügyi ismeretterjesztő tevékenységet végző személy részére a Társaság Vándorgyűlése alkalmából, a kitüntetett előadásával egyidejűleg adják át. A díj odaítélésénél elsősorban az elméleti, tudományos kutató- és oktatómunkát veszik figyelembe. Az említett három díjban mindezeig már jóval hatvanon felül részesültek.

1976-ban kapott először *Vilmon Gyula Nívódíjat* annak a cikknek a szerzője, akinek írását az *Egészségügyi Felvilágosítás, Egészségfejlesztés* folyóiratban adott évben megjelentek közül különösen kiemelkedőnek ítélte az erre a feladatra kijelölt bizottság. A lapban évente számos, az egészségnevelés, egészségfejlesztés területének elméleti, kutatási és gyakorlati

kérdéseivel foglalkozó cikk jelent és jelenik meg. Nem könnyű feladat a legkiemelkedőbbet kiválasztani, a díj tehát nemcsak a díjazottat minősíti, de a lap többi cikkének értékét is emeli.

Kérdezhetik, miért éppen erről a három kitüntetésről emlékezem meg, amikor kiemelkedő egészségnevelési tevékenységük alapján sokan mások is kaptak és kapnak elismeréseket, mint például a *Köztársasági Érdemérem* különböző fokozatait, vagy a *Batthyányi Strattman-*, illetve *Pro Sanitate-érdemérmeket*? Nem kisebbítve ezen elismeréseknek és a kitüntetettek tevékenységének értékét, formai különbség mégis van. Ez utóbbiakat általában állami, önkormányzati szervek vezetőjének javaslata alapján fogadják el. Az említett három díj kitüntetettje viszont társadalmi, szakmai csoport tagjainak, vezetőségének többségi megítélése alapján dől el. A különbség abban is megnyilvánul, hogy míg az állami kitüntetés különböző fokozatai bizonyos sorrendiséget, értékelést is jelentenek, a társadalmi elismerésben nincs sorrendiség – még ha egyesek részéről előfordul is utalás erre. A díjakkal a szakma egyformán és egyértelműen a kiemelkedő egészségnevelési tevékenységet ismeri el.

Összegezve: véleményem szerint az említett három szakmai díj kiemelkedő jelentősége abban rejlik, hogy a szakma választott társadalmi vezetőinek értékelése, döntése alapján, szakmai tanácskozás keretében és a díjazott szakmai előadásával együtt adják át, ezzel is hangsúlyozva a elismerés szakmai mivoltát. Jelentős számban vannak az egészségnevelés különböző területein, szintjein, akik az egyik vagy másik, állami vagy társadalmi kitüntetésben részesültek, amelyek egyúttal az egészségnevelés jelentőségét, rangját is emelik. Mindegyik jelentős értéket képvisel, és az egészségnevelés sikerét előre vivő, kiemelkedő tevékenységet takar. Remélhetőleg sokan lesznek még a jövőben, akik ezeket a díjakat és kitüntetésekét kiérdemlik.

# Contents

## SURVEYS

Healthy Lifestyle Knowledge of Grown up People at Spring 2007 .....	2
Prof. Dr. Tamás Simon, Zsolt Cser, Károly Domsits, Judit Nagy Földi, Krisztina Gyurkovics, Ildikó Kiss, Péter Marek, Annamária Molnár, Judit Csiszlér Reichard	

The way of People Think about Values and Activities .....	7
Zsuzsa Balogh Olvasztó, József Bognár, Balázs Fügedi, Judith Gangl, Tibor Polgár	

Is it of Importance the Health for the Hungarian Young People? .....	14
About their Wishes, Fears and Problems Nóra Pintér	

The Role of Health Care Visitors in Health Promotion of Disabled People .....	26
Orsolya Tobak	

## PRACTICAL ISSUES

About Silicosis at Workplaces .....	31
Dr. Gábor Gömöri, Dr. Cecília Müller, Jánosné Siba, Csaba Gábor Kiss	

Stress and recreation .....	33
Péter Hídvégi	

Conference about Health in Work .....	34
---------------------------------------	----

## SUGGESTIONS

About Health Promotion in Schools in 2007/2008 .....	36
Dr. Júlia Kaposvári	

## TRAININGS

Re-definiton of the Meaning of „Health” – Part I. ....	37
Prof. Dr. Lajos Székely, Dr. Frans Vergeer, Prof. Dr. Tamás Simon	

## LOCAL INITIATIVES

About a Year has Passed .....	51
Prof. Dr. János Métneki	

### Megrendelőlap

Előfizetésben megrendelem az Egészségfejlesztés című lapot ..... példányban.

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

Megrendelő (fizető):

Cím: .....

Kézbesítési cím: .....

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

.....  
aláírás

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