

Tartalom

VEZÉRCIKK

- A nemdohányzók védelme tiltással és meggyőzéssel 2
Prof. Dr. Simon Tamás

FELMÉRÉSEK

- Középiskolások egészségmagatartásának vizsgálata 3
strukturált interjúkkal, avagy milyen információkat nyújt
a számok nélküli kutatás?
Dr. Kovács Anna, Dr. Kósa Karolina

- Fókuszban az egészséges táplálkozás 10
– erdélyi középiskolások étkezési szokásai
Brassai László, Dr. Pikó Bettina

- Végzés után a családok egészségfejlesztésében 16
szerepet vállaló védőnő hallgatók családképe
Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna, Dr. Feith Helga Judit

- Az olimpiakonok életkilátásai 21
Dr. Alliquander Anna

KONFERENCIA

- Férfiak Egészségének Nemzetközi Hete 24
Fókuszban a vastagbélrák
2008. június 12., Budapest
Dr. Gritz Arnoldné

TOVÁBBKÉPZÉS

- A nemdohányzók fokozottabb védelme érdekében 26
tervezett jogszabályváltoztatások lehetséges hatásainak vizsgálata
a javasolt intézkedések figyelembevételével, a nemzetközi tapasztalatok alapján
Demjén Tibor, Böti Erika, Dr. Nagy Erika

RECENZÍÓ

- Beszámoló egy 44 ország 15–44 éves férfi és női lakosságának 32
egészségi állapotát vizsgáló tanulmányról
Prof. Dr. Métneki János

KONFERENCIA

- Munkahelyen, egészségben – konferencia a Bükkben 35
2008. április 22–23., Lillafüred
Galgóczi Dóra

Health
Development

EGÉSZSÉG- FEJLESZTÉS

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@oefi.hu
Honlap: www.oefi.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: hirlapelofigetes@posta.hu,
faxon: 303-3440.
További információ: 06-80-444-444
Megjelenik kéthavonta.
Egy példány ára 2000 Ft.
Előfizetési díj egy évre 12 000 Ft,
fél évre 6000 Ft.
Index: 25 214, ISSN 1786-2434

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



Országos
Egészségfejlesztési
Intézet

A nemdohányzók védelme tiltással és meggyőzéssel

Prof. Dr. Simon Tamás

Semmelweis Egyetem, ÁOK, Közegészségtani Intézet, Társadalomorvosi Csoport

Nem mehetünk el közömbösen mellett, hogy hazánk lakossága sokkal nagyobb mértékben dohányzik, mint számos nyugat-európai ország állampolgárai. E szomorú tény nemcsak a dohányzókra, hanem a környezetükben élőkre is veszélyes. A passzív dohányzásra kényszerített emberek között gyakoribbak a dohányzással összefüggésbe hozott betegségek – a tüdőráktól a szívinfarktuson át a koraszülöttségig és a hólyagrákig. Mindenképpen közös egészségvédelmi cél, hogy ne csak a dohányzás ártalmait csökkentsük, hanem a dohányzást olyan ön- és közveszélyes tevékenységgé minősítsék, amely – a társadalom tagjainak egyöntetű védelme érdekében – kerülendő, korlátozandó és visszaszorítandó. Világcél, európai cél és országos cél is a dohányzásra való rászokás megelőzése, a dohányzás korlátozása, és a már dohányzók segítése abban, hogy hagyjanak fel ön- és közrontó szokásukkal.

Természetesen vannak olyanok, akik termelési, forgalmazási és jövedéki érdekből elleneznek minden dohányzásellenes lépést. Őket is meg kell győznünk, mivel a dohányzók magas száma és az elfüstölt dohány mennyisége életet rövidít meg, s hozzávetőlegesen 30 ezer ember haláláért felelős országunkban.

Az egészségügyi kormányzat arra készül – mivel országunk csatlakozott az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenes Keretegyezményéhez és az Európai Unió hasonló kezdeményezéseihez –, hogy szigorításokat vezessen be a zárt téri dohányzás visszaszorítására. A törvénymódosítás szövege elkészült, az érintett szervezetekkel egyeztető tárgyalásokra is sor került, ahol kifejtették véleményüket.

Felhívjuk Olvasóink figyelmét az Országos Egészségfejlesztési Intézet munkatársainak folyóiratunk 26–31. oldalán olvasható tanulmányára, amely a problémakör jogi környezetét az európai szabályozásra is kitekintve foglalja össze. – A szerkesztő

A tervezett módosítások korlátozásokat tartalmaznak. Természetesen minden korlátozás sérti valakinek az érdekét és ösztönösen tiltakozást válthat ki. A tiltakozás egyik gyakran hangoztatott indoka a személyi szabadság korlátozása. A személyi szabadságjogok védelmezői néha (gyakran) elfelejtik, hogy az emberiség, a társadalom valamivel több, mint egyének összessége. Az egyén igénye arra, hogy személyi szabadságával korlátlanul éljen, egyéni érdek. A társadalom feladata a társadalom egészségének, így tagjainak védelme is, például az ismert ön- és közveszélyes, egészségkárosító, életet megrövidítő dohányzástól. Mindenképpen elgondolkodtató, hogy a dohányosok érdekvédelmi civil szervezete a dohányzáshoz való jog egyoldalú hangsúlyozásával ellenez minden korlátozást. Mindenkinek, aki társadalomban él – és ki az, aki nem abban él? – tudomásul kell vennie, hogy az ember azért vált meghatározó fajjá a Földön, mert társadalmi formában él. Maga a társadalom pedig – tagjainak védelme érdekében – köteles olyan rendeleteket hozni és betartatni, amely képes egyesek önmagukra és másokra is veszélyes tevékenységét korlátozni, tiltani – elrettentő példaként szankcionálni is. Azok, akik ragaszkodnak az emberi szabadságjogokhoz, s a fentieket nem fogadják el, vajon miért állnak meg a piros közlekedési lámpánál? Hiszen szabad mozgásukban korlátozza őket... Ezért mindenkinek tudomásul kell vennie és elő kell segítenie a dohányzás visszaszorításának minden lehetséges módját, meggyőzéssel, tiltással és szankcionálással egyaránt.

Középiskolások egészségmagatartásának vizsgálata strukturált interjúkkal, avagy milyen információkat nyújt a számok nélküli kutatás?

Dr. Kovács Anna
Dr. Kósa Karolina

Debreceni Egyetem, OEC, Népegészségügyi Kar,
Egészségfejlesztési Tanszék

Bevezetés

A magyar lakosság körében végzett vizsgálatok ismételten azt támasztják alá, hogy népességünk egészségi állapota és egészségmagatartása csaknem minden vonatkozásban javításra szorul. [1–3]

Ugyanakkor ma már – bizonyítékokon alapuló – ténynek tekinthető, hogy az egészséges, aktív és pozitív gondolkodású népesség a társadalmi fejlődés egyik alapvető feltétele, amelynek a gazdaság teljesítőképességére is döntő hatása van. [4–5]

Magyarországon a 25 és 64 éves életkor között bekövetkező haláloások háromnegyedéért olyan betegségek felelősek (elsősorban a szív- és érrendszeri, másodsorban a daganatos, harmadsorban az emésztőrendszeri megbetegedések), amelyek kialakulásában az életmód, ezen belül is a táplálkozás, a dohányzás és a fizikai aktivitás alapvető szerepet játszik.

A lakosság életmóddal kapcsolatos kedvezőtlen szokásai, amelyekre a fentebb említett kutatások ismételten felhívták a figyelmet, jelentős mértékben hozzájárulnak a lakosság kedvezőtlen egészségi állapotához és a következményes nagymértékű halálozáshoz.

Sajnálatos tény, hogy a kedvezőtlen egészségmagatartás aránya már a fiatalok között is meglehetősen magas, amint azt az Egészségügyi Világszervezet által koordinált *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (Health Behaviour of School-aged Children, HBSC)* című, 1985 óta zajló kutatás legutóbbi, 2002-ben végzett országos reprezentatív felmérése is alátámasz-

totta. [6] A hazai iskolások között a kövér gyermekek (fiúknál 25%-ot, lányoknál 30%-ot meghaladó testzsír-érték) aránya 5–15%. Az iskolások 2–6%-a túlsúlyos, arányuk az életkor előrehaladtával nő, majd pubertáskorban 15% fölé emelkedik.

A HBSC adatai alapján a magyar fiúk 70%-áról, míg a lányok 58%-áról mondható el, hogy heti három vagy több alkalommal legalább 60 percet mozognak. A fiatalok 52%-a csak a testnevelésórán végez edzést (amennyiben feltételezzük, hogy a testnevelésórán valóban edzenek). Átlagosan az e korosztályba tartozók 30%-a nem végez sporttevékenységet.

A HBSC által jellemzett hazai helyzet nemzetközi összehasonlításban is értékelhető – a magyar adatokat a kutatásban résztvevő 35 európai és észak-amerikai ország adataival összevetve.

A 15 évesek körében a napi egy órát vagy ennél több testmozgást végzők arányát tekintve a 34 HBSC-ország közül Magyarország a 27. helyet foglalja el, míg a napi rendszerességű gyümölcsfogyasztás vonatkozásában a 21. helyen áll. [7]

Az ifjúság egészségi állapota és életmódjának vizsgálata a Nemzeti Népegészségügyi Program szerint is kiemelt népegészségügyi prioritás, hiszen – amint az a program bevezetőjében olvasható – „*A gyermekek és fiatalok egészséggel kapcsolatos magatartása gyorsan változik, ezek a korosztályok fogékonyabbak a külső behatásokra. A gyermek- és fiatalkori egészségmagatartás-vizsgálatok a hatékony politika- és programtervezés elengedhetetlen feltételei.*” [8]

Fiatalkorban alakulnak ki a felnőtt viselkedés alapvető beidegzései, az akaratérő, az értékek és a viszonyulások. Az egészséges vagy egészségtelen szokások is ebben a korban rögzülnek, állandósulnak. Az önállósulásra törekvés kényszere, a hiányos ismeretek, és a kortársaktól átvett, gyakran egészségkárosító viselkedésminták miatt ez a korosztály fokozottan veszélyeztetett. Ugyanakkor a viselkedést pozitívan befolyásoló egészségfejlesztési programok ebben az életkorban hatékonyabban lehetnek, mint felnőttek körében, különösen iskolai környezetben. [9–11]

Ahhoz, hogy hatékony egészségfejlesztési programokat tervezhessünk, egyrészt szükség van a fiatalok egészségmagatartásának rendszeres, kvantitatív monitorozására, amelyhez a fentebb már említett *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (HBSC)*, illetve az 1995 óta zajló *Európai Iskolai Alkohol- és Drogfelmérés (ESPAD)* megbízható adatokat nyújt. Másrészt azonban szükség van olyan információkra is, amelyek a fiatalok magatartásának számokkal nehezen vagy egyáltalán nem kifejezhető, nem kvantifikálható hátterét: érzelmeit, értékeit, motivációit tárja fel.

Jelen felmérésünk során azokra a kérdésekre kerestük a választ, hogy a fiatalok miként vélekednek önnön egészségükről; milyen konkrét információkkal rendelkeznek az egészséges életmódról; saját megítélésük szerint alkalmazzák-e erre vonatkozó ismereteiket mindennapjaikban; motiváltak-e arra, hogy táplálkozási és testmozgási szokásaikon változtassanak; illetve

milyen tényezők akadályozzák őket abban, hogy a lehető legegészségesebben éljenek.

A kérdések megválaszolásához kvalitatív módszert választottunk, amelyet – tudomásunk szerint – Magyarországon az elmúlt években ebben a korosztályban nem alkalmaztak.

Minta és módszer

A kutatási kérdések megválaszolásához strukturált interjúkat készítettünk. Az interjú kérdései az alábbi témaköröket ölelték fel:

- Demográfiai adatok (nem, kor, iskolatípus, a család anyagi helyzete)
- Iskolai teljesítmény
- Táplálkozási szokások, fogyókúrához való viszony, iskolai étkezési szokások
- Sportolás, fizikai aktivitás, testkép, iskolai testnevelésóráról alkotott vélemény
- Zenei vagy művészeti tevékenység
- Kérdőíves felmérésekről alkotott vélemény
- Értékek

Az interjúkat 2006 márciusa és júniusa között készítette az első szerző Szolnokon. A megkérdezettek 15–18 éves diákok voltak, akik különböző típusú középiskolákba jártak, az ún. elitgimnáziumtól a szakmunkásképzőig. Szolnok összesen 16 középiskolája közül 11 középiskola 20 tanulóival készült interjú.

A diákok kiválasztása véletlenszerűen történt, ismerősökön keresztül, oly módon, hogy egyrészt minden iskolatípus reprezentálva legyen a mintában, másrészt, hogy az alanyok minél többféle „diáktípust” képviseljenek (csendesebb tanuló, eminens diák, hangadó, „rocker”, stb).

Összesen 23 tanulót kerestünk meg interjúkészítés szándékával. Közülük 20 vállalkozott a válaszadásra. A fiúk közül inkább a fiatalabbak, míg a lányok közül inkább az idősebbek zárkoztak el a válaszadás előtt. Az értékelhető interjúk száma 18 volt. Két interjú a magnószalag meghibásodása miatt nem lehetett értékelni.

A megkérdezett tanulók iskolák szerinti megoszlása a következőképpen alakult:

7 gimnazista – 3 fiú, 4 lány – összesen 4 különböző gimnáziumból;

7 szakközépiskolás diák – 4 fiú, 3 lány – összesen 4 különböző iskolából;

4 szakiskolás tanuló – 1 fiú, 3 lány – összesen 3 különböző oktatási intézményből.

A diákok átlagéletkora 16,7 év volt. A fiúk átlagéletkora 17,3 év (négy 18 éves, három 17 éves és egy 15 éves tanuló), a lányok átlagéletkora 16,2 év (egy 18 éves, három 17 éves, három 16 éves és három 15 éves). Az adott iskolai osztályokba járó diákok életkora nem mindig felelt meg az adott osztályban elvárt átlagéletkornak, miszerint a 9. évfolyamra 15 évesek járnak, a 10. évfolyamra pedig 16 évesek. Ez különösen a szakközép-, illetve szakiskolások között volt megfigyelhető.

A rögzített kérdések megválaszolásánál a válaszadók teret kaptak a kérdésen túlmutató, további gondolataik kifejtésére is. Így az interjúk időtartama átlagosan másfél-két óra terjedelmű volt. Az interjúkat az interjúalanyok beleegyezésével a kérdező magnószalagra rögzítette, majd szó szerint átírta Word szövegszerkesztőbe (összesen 93 oldal írott szöveg). Az interjúk elemzése a hanganyag többszöri meghallgatásával, illetve a szövegek elemzésével történt. Az alábbiakban közölt, idézőjelbe tett részletek az interjúkból vett szó szerinti idézetek.

Eredmények

Testmozgás korábban (általános iskolában)

A fiúk mindegyike sportolt valamit általános iskolás korában, sokan versenyszerűen is, de mindenképpen kitaratóan, rendszeresen. Néhányan azonban – iskolatípustól – függetlenül a középiskolában abbahagyták a sportot. Egy részük ezt azzal indokolta: „már nem volt kedvem”, „meguntam”. Az interjúalanyok másik része az időhiányra, és az iskola, illetve a város kínálta csekély lehetőségekre hivatkozott:

„Nyolc évet néptáncoltam, és röplabdáztam három évet, négyet.”

„Régebben eveztem négy évig.”

„Triatlonoztam négy évig. Általános iskola 4.-től 8.-ik végéig.”

„Röplabdáztam. Csak azt abbahagytam.”

„Négy évig kosaraztam, négy évig vívtam, azt úgy párhuzamosan, meg egy évig pingpongoztam.”

„Általános iskolában fociztam.”

A lányok nem mindegyike mondta, hogy az általános iskolában rendszeresen sportolt volna, de a fiúkkal ellentétben azok, akik sportoltak, kivétel nélkül folytatták a középiskolában is. Ezt nem feltétlenül egyesületi vagy versenyszinten, de heti rendszerességgel üzték (futás, fitness, aerobic):

„... régen versenyszerűen eveztem... mennyit is? Olyan 11 évig. Ma már csak röpizek, meg floorballozok, meg futok, meg ilyenek...”

Viszont azok a lányok, akik korábban nem mozogtak rendszeresen, a középiskolában sem kezdtek el:

„... Anyáék... nem hibáztathatom, őket, de ők is noszogathattak volna jobban, hogy sportoljál már. Nővéreimet nem kellett. Én lusta vagyok...”

„... Nem volt kedvem sportolni. Szerettem, de már nem volt kedvem. Meg most sincs kedvem...”

„... olyan általános iskolában felsőben kezdtem el, de még most sem tudok röplabdázni, szóval... egész általánosban úgy végighülyéskedtük, szóval semmit nem tanultam, meg most se...”

Testmozgás jelenleg

A nem sportolók az időhiányra hivatkoztak leginkább, a túl sok egyéb kötelező szakkör, különóra mellett nem tudják beiktatni napirendjükbe a rendszeres testmozgást:

„... Hét évig röplabdáztam, most már két éve abbahagytam, mert nem volt rá időm, meg ugye a sulis mellett nagyon sokat kellett tanulni, és így inkább abbahagytam...”

„... Triatlonoztam négy évig, de Abonyhoz kötött, és nem maradt rá időm a tanulás mellett...”

„De úgymond ment is a dolog, tehát volt hozzá érzékem, ... de át kellett volna járni másik iskolába, és úgy nagyon kevés lett volna a szabadidőm.”

„Akkor kondizni nem tudtam úgy járni, meg ugye nagyon sokat kellett tényleg tanulnom.”

„Amikor így szünet van, akkor így elmegyek, vagy hogyha nem kell annyit tanulni, akkor próbálom beiktatni.”

A másik gyakori ok az iskola kínálta csekély lehetőség volt. Heti egy edzésre van mód, és csak 1–2 sportágban:

„Így hetente kétszer eleve nem volt sok értelme, mert így tesi tanár is látta, hogy nincs értelme”

„Valami. Amit tényleg minden nap tudnák csinálni. Pl. vízi-aerobic... nekem nagyon bejön. Pesten vannak ilyen uszodák, a súlyzó meg minden szivacs, ami megtelik vízzel, és sokkal nehezebb, meg vízben vagy.”

„Heti egyszer van ... csak ilyen hobbi.”

A rendszeres testmozgás akadályaként jelent meg a megfelelő minőségű, elérhető távolságban lévő sportlétesítmények hiánya:

„Asztaliteniszezek, nyolcadik éve most már. És így szép lassan jönnek eredmények, csak az a baj, hogy itt Szolnokon már nincs túl nagy lehetőség a fejlődésre. El kéne valahogy kerülni.”

„... kéne járni úszni, de A***ka nem jár, mert a Damiba kéne járni, amit meg tudjuk, hogy milyen. Amúgy eljárna, ha mondjuk a Kiliánon kéne úszni, az kulturált uszoda.”

„Az evezés, ott igazából a környezetem nem volt olyan, az infrastruktúra...”

Nem egy, korábban sportoló fiú és lány mondta (tehát olyanok, akik nagyobb eséllyel tartották meg sportolási szokásaikat), hogy azért nincs idejük, mert ha sportolni szeretnének, az nagyon sok (heti 10–15) edzést jelentene, amire valóban kevés diáknak van ideje. Elmondták, hogy szívesen sportolnának, ki is próbáltak új, nekik tetsző sportokat, de ennyi edzést nem tudnak a napirendjükbe iktatni. Ugyanakkor iskolai keretek között nincs lehetőségük elképzelésüknek megfelelő gyakorisággal és módon sportolni, ugyanis az iskolák általában heti egy edzést kínálnak, amit viszont kevesellnek:

„... Mert anyumék nem engedtek, merthogy tanuljak, meg nincs idő rá,

meg nekem is elment a kedvem, mert heti 13 edzés az azért sok, meg 5-kor kellett volna minden nap kelnem, és 7-kor feküdtem volna, és még nem is tanultam volna. Nagyon sok időt elvett...”

„... Ha csinálnám, akkor tényleg rendszeresen kellene csinálnom, nagyon sokszor kellene ott lenni, és így kedvem sincs, időm sincs...”

„... A kosár, időm nem volt rá, már többet kellett volna tenni érte, a sulit mellett nem nagyon tudtam volna megcsinálni, legalábbis én úgy éreztem, ... de most így hiányzik. De tudom, hogy nem tudnám csinálni a sulit mellett – sajnos...”

„... Aktívan szertornázok, aerobicozok, meg kick-boksz-olok, bár azt most egy hónapra felfüggesztettem, mert aerobicversenyre készülünk, és az lefoglalta az időmet...”

Az iskola szerepe a testmozgásban

Az iskolai testnevelésóráról lesújtó véleményük volt a diákoknak, már ami azok hasznosságát illeti. A „tesiórákat” a legtöbben „bulinak” vélik, és csak 1–1 diák szerette, ha „jól megdolgoztatják” őket. Többen úgy nyilatkoztak róla, hogy kellemes, jól érzik magukat az osztálytársaikkal, de egyáltalán nem hasznos. Ezért is tették hozzá többen, hogy szeretik ugyan a tesiórákat, de nem annak edzésfunkciója miatt. A testnevelésórákra vonatkozó megdöbbentő vélekedések függetlenek voltak attól, hogy a válaszoló fiatal sportol-e – esetleg versenyzik is – vagy nem:

„... Nos, az iskolai testnevelésóráról az a véleményem, hogy tragédia, főleg nálunk. Tehát hogyha odaállok a tanár elé, és azt mondom, hogy bocsi, de nincs kedvem bemenni órára, akkor közli velem, hogy jó, rendben van...”

„... Szeretem a tesitanáromat, meg az osztályomat, és ott is úgy együtt lehet lenni, meg nekem bármi jó, ami mozgás. De egyébként szerintem, eléggé nagy baromságok a tesiórák...”

„... Értelme nem sok van, most bemegyünk, aztán egy kicsit úgy futkározunk össze-vissza... Ez csak arra való, hogy: nem is tudom, hogy mire való. Semmire...”

„... Szeretem, mert elbohócodunk, de egyébként egy nagy nulla, tudod így semmit nem csinálunk, csak röpzetek gyerekek, fussatok két kört, és kész. Semmi...”

„Már vagy 2 hónapja nem voltam tesiórán, mert izé, a tornatanár az eléggé lazán veszi a dolgokat, és ha nem megyünk be, akkor nem írja be, hogy nem voltunk ott.”

Testkép

A megkérdezett lányok – a szakiskolások kivételével – elmondásuk szerint túlsúlyosak, nem elégedettek a testükkel, „van rajtuk felesleg”.

„... Mindenki azt mondja, hogy nincs baj a súlyommal, csak szerintem. Most így a nyárhoz képest pl. 3 kg plusz van rajtam, ami így elvileg nem látszik rajtam, de én így látom magamon, meg látom a mérlegen és zavar.”

„... Van mit leadni, de már kezdek beletörödni. Így fogyókúrázni kéne meg minden.”

„Jelenleg 58 kg vagyok. 57–58 kg. Hát ez így elvileg jó a magasságomhoz képest, viszont úgy érzem, hogy van rajtam így fölösleg.”

„Állítólag [a testsúlyom] a testarányaim szerint a normális körül van, de én nem vagyok megelégedve a testsúlyommal. Nagyon sok.”

A kérdező személyes benyomásai, a kérdezettekkel való találkozása alapján az interjúalanyok mindegyike átlagos testalkattal rendelkezett, nem volt rajtuk látható súlyfelesleg.

Táplálkozási szokások

A lányok – a szakiskolások kivételével – mindannyian szeretnének fogyókúrázni. Ez összefügg az önmagukról alkotott testképpel, azonban az interjúer véleménye szerint valós testsúlyukat figyelembe véve nem indokolt. Továbbá mindannyian elmondták, hogy bár szeretnének fogyókúrázni, de egyikük sem tesz ennek érdekében semmit.

A fogyókúrához a kitartást vélték a legfontosabbnak, de csak a gimnáziumba járó lányoknak volt megfelelő elképzelésük arról, hogyan tudnának fogyni.

Gimnazista lányok véleményei:

„... Annyi ilyen diétafajta van, vannak ezek a női magazinok: Shape, Cosmopolitan, amiben van mindenféle baromság, és már nem tudom, hogy melyiknek higgyek, fogalmam sincs, hogy melyik lenne a jó, de az ilyen: több gyümölcs, kevesebb ilyen zsíros dolog, sok sport, ennyi. (...) ... de nincs hozzá kitarásom.”

„... Rám férne egy kis fogyókúra, de hát ugye a fogyókúra, arra a legalkalmasabb időpont ugye mindig a holnap, úgyhogy ez nálam is így van: majd holnap, majd holnap. (...) Évek óta így van, hogy télen meghízok, nyáron lefogyok. Ilyenkor arra figyelek, hogy meglegyen a napi háromszori étkezés, közte ne nagyon nassolgasak, és mondjuk esténként elmenjek futni, vagy konditerembe vagy valami hasonló.”

„Fogyókúrázni nem, így nem fogyókúráztam soha, csak, csak sportolok, és azzal próbálom leadni a pocakomat, meg úgy formálni a testemet.”

„... így fogyni szeretnék, de nem tudom, hogy hogy. Mert végül is sportolni kéne, de azt se tudom, hogy mit. Meg hát így mellette odafigyelni ugye az étkezésre is, csak így el kéne határozni, és nem tudom. Nekem így akaraterőm sincs hozzá igazán, ez a legnagyobb baj. Meg így nem tudom. Nem tudom magamat elhatározni.”

A fogyókúra módszereiről a gimnazisták alábbi vélekedései nyújtanak képet:

„Hát mondjuk így nem ennék kenyeret, téstát túl sokat, helyette zöldségeket, gyümölcsöket, meg így este nem nagyon. Inkább délután eszek, este nem, meg így valami ilyesmi.”

„Akartam, csak nem... hát majd mikor nagyobb leszek, azaz szélesebb leszek, majd akkor csinálom. Most így nem tudom rávenni magamat, hogy gyümölcs, meg egészséges életmód, meg vacsi nem, meg ilyesmi. Tudom magamról, hogy úgyse tudnám megállni, hogy ne egyek csokit meg ilyeneket.”

„Valami olyasmit hallottam, hogy az úgy egészséges, ha reggel még bármit eszek, azt lemozgom egész nap, és

akkor délután ennék kevesebbet, meg gyümölcsöt, meg zöldséget, szóval délután táplálkoznék egészségesebben, és akkor az úgy nem rakódik olyan szinten le. De akkor is a csokit, meg ami így nagyon hizlal, azt meg kéne állni – délelőtt is. De... úgyse tudnám.”

A szakközépiskolába járók étkezéssel kapcsolatos szokásai sajnos nagyon kedvezőtlenek, pozitívum, hogy szinte minden megkérdezett tudatában volt ennek. A fogyókúrához ők is a kitarást vélik a legfontosabbnak, azonban annak kivitelezéséről téves elképzeléseik voltak.

A szakközépiskolások a fogyókúra módszereire vonatkozó kérdésre az alábbi válaszokat adták:

Nagyon keveset ennék, és abszolút cukormentes, meg minél kevesebb szénhidrátot, meg fehérjét sem sokat kéne szerintem, meg zsíros ételeket sem. Szóval abszolút ilyen sima kenyér, és abból is ilyen pirított kenyér, meg joghurtok, de ez úgyse fog összejönni. (...) Nincs akaratom hozzá. Mindig elkezdem, hogy majd hétfőn, majd holnap, de nem...”

„... Próbáltam magam hánytani, de az nem jött össze. És inkább szándékosan nem ettem, és ez ment 9 hónapig. Utána elkezdtem enni, mert már nem bírtam azt az érzést elviselni, hogy éhes vagyok. Híztam. Aztán megint újra kezdem, de akkor már a gyomrom, hello, és nem maradt meg bennem a kaja, és állandóan vagy hánytam, vagy a másik végen... Aztán rendbe jöttem, de most ősszel megint kezdődtek a dolgok, és a mai napig szenvedek vele. (...)”

„... Kialakítani magamnak egy normális étrendet, csak ott vannak anyáék, minden családnak megvan a saját szokása, mit vásárol, mit szeret, és próbálunk mi is egészségesen élni, de mi is ugyanúgy megvesszük a szalámit, nemcsak a sonkát, ugyanúgy veszünk gyümölcsöt is, meg csokit, így mindent. Ezt teljesen át kellene variálni ezt az egész étkezést, az egész családnak át kéne állnia ahhoz, és ez így nagyon nehéz. (...) ... sok-sok zöldség, gyümölcs, és megenném én a brokkolit is, vagy bármit is, ha lenne egy ember, aki elém rakja, és megcsinálja azokat...”

Egy szakközépiskolába járó lány említette, hogy hízni szeretne, azonban a „hízókúra” mikéntjéről neki is téves elképzelése volt:

„... Sovány vagyok, de ez ellen nem tudok mit tenni... Kevés a súlyom. Próbáltam már mindent. Ettem én már bébi kaját is, mert attól állítólag lehet hízni. Akkor csináltam már olyan hízőkúrát is, hogy nem megyek sehova, egyhelyben ülök, fekszek, és teletömöm magam, de az sem hatott, úgyhogy ez ellen nem tudok mit tenni. Hát ezt csináltam egy jópár évig, de már nem. Meguntam.”

Jellemzően a megkérdezett fiúk nem szeretnének fogyókúrázni, de mindannyian figyelnek valamilyen, számukra fontos részletre az étkezésben:

„... Házi tejet szoktam inni, hogyha ez jó, meg böjtölök, az is egy elv... Főleg otthon termelt háziállatokat, amiket biztosan tudom, hogy egészségesek...”

„... Reggelizni próbálok, csak nem mindig jön össze... vacsora meg minél korábban...”

„...Ha megtehetem, nem eszem gyorsétteremben...”

„... Próbálok egészségesen étkezni, nem zsíros dolgokat, tejet iszom, sok folyadékot, gyümölcsöket, zöldségeket...”

„... Nem iszok meg egyes üdítőket, hát a kólát azt nem iszok, mert egyszer elkezdtem inni ásványvizet, és akkor sokáig csak azon éltem, és utána megint kólát ittam, és egyszerűen rossz voltam tőle, és azon csodálkoztam, hogyan tudtam ezt meginni régen...”

Az iskola szerepe a táplálkozásban

A diákok idejük nagy részét az iskola falai között töltik, így étkezési lehetőségeik az iskola kínálta étkezési lehetőségekre korlátozódnak. (Az iskolai büfével a kutatás terjedelmi okokból nem foglalkoztunk.) Jogosan feltételezhető akár az átlagember, a felelős politikus vagy a dietetikus, hogy a fiatalok ebédjükét az iskolai menzán költik el. A megkérdettek között azonban alig volt diák, aki az iskolában ebédel. Legtöbbjük hazamegy ebédelni,

vagy több szendvicset hoz otthonról. Ahogy ők fogalmaztak: „veszélyzetben” a városban „kapnak be” valamit. A néhány gimnazista lány szerint, akik a menzán ebédelnek, mind a körülmények, mind az ételek minősége kritikán aluli:

„... Nem, nem vagyok menzás... Voltam, csak... hogy mondjam... a higiéniai okok miatt inkább ... Nagyon sz*r a kaja! Szóval emiatt azt lemondtam...”

„... Otthonról viszem, persze, de ha még megéhezek, akkor még veszek a büfében valamit. Kiegészítésnek...”

„... Ebédelni haza szoktam menni, vagy veszek valami ételt boltban...”

„... Sajnos menzás vagyok...”

„... Mindent otthon. Kényelmesebb...”

„... Otthon ebédelek. Általános 4. óta nem vagyok menzás, mert fűjj...”

„... Nem suliban, azt nem lehet megenni...”

„... Ebédelni a menzán meg nagymamánál szoktam kétszer mondjuk. Menzán azért eléggé kevés meg rossz is, ami ott van, aztán megkajálok, aztán átmegyek nagymamámhoz, ott is eszek...”

„... Hát, nem szoktam. Csak hétvégén. Mert suliban nem eszek. Csak szendvicsten élek egész nap...”

„... Itt-ott kajáldákbán általában, nem vagyok a sulin menzás, mert hát ugye a menza-kaja fogyaszthatósága eléggé kétséges...”

Kérdőíves felmérésekről alkotott vélemény

Az interjúk során nemtől és iskolától függetlenül egybehangzó volt a megkérdezettek vélekedése, hogy a kérdőíves felméréseknek nem látják értelmét, mert az vagy nem kínál rájuk illő válaszlehetőséget, vagy a kérdéseket véleményük szerint a fiatalok nem veszik komolyan, nem az igazat írják be, elviccelik.

„... Vannak ilyen háttér dolgok is, mondjuk van egy kérdés, amire van 3 válasz, és egyik sem illik rád, de valamit muszáj bekarikáznod... attól függ... igen, azért mert, vagy nem, mert... Ez nem jó...”

„... Á, ezt mindig elhülyéskedtük. Voltak ilyen hülye kérdések, hogy

heroint próbáltál-e már, azt akkor mindenki beikszelte, hogy igen, úgy-hogy szerintem ezeknek nincsen sok értelme...”

„...Tehát mondjuk ha akarod az igazat írni, akkor sem mindig sikerül, mert kevés a választási lehetőség. Tehát pl. van egy kérdés, amire igen-nem-mel lehet válaszolni, de rád se az igen, se a nem nem igazán jellemző, akkor mit karikázzál be... Mindenkinél oda kéne írni konkrétan, hogy mi...”

„... Egyébrez mindenkinél oda kellene írni tényleg az egyebet, akkor nem írnák oda, mert utána menne szünetben a vagánykodás, hogy hu, te mit írtál az egyébrez... és akkor ööö, valami hülyeséget, hú de vicces. Nem fogják komolyan kitölteni...”

„... Persze a diákok többsége az inkább csak a hülyeségeket írja be, hogy mit tudom én, eszel-e naponta, és ott van az a válasz lehetőség, hogy „nem, soha”, hát akkor igen, akkor beírjuk azt [nevet]... Szóval kicsit komolytalan...”

„... Ebből mindig az van, hogy az osztályban a legutolsó padban ülő előre kiabálja, hogy milyen barom kérdés, és akkor beírja a hülyeséget...”

„... Jó lett volna, meg érthető is, csak mi hülyültük el az egészet. Hát pl. ilyen drog-tesztés kérdések, azokat rendszerint elhülyültük, hogy bejelöltük, hogy minden drogot fogyasztjuk. Hát végül is ennyi...”

„... annyi helyen hallottam már ezeket a kérdéseket, unalmas volt...”

Arra a kérdésre, hogy mit tanácsolnak, hogyan lehetne elérni, hogy a diákok az igazat válaszolják a tesztekben, meglehetősen egybehangzó volt a válasz:

„Hááááát..... sehogy...”

„... ha így be kell menni mondjuk a sulis dokihoz vagy a védő nénihez, és ő úgy elkérdezzet ilyenekről, akkor ott már lehet, hogy többen megmondják az igazat.”

„... Nehéz, mert ha valaki tényleg ilyen drogfüggő, akkor nem egy ilyen papírnak fog megnyitni, vagy nem tudom, hogy el merné-e mondani valakinek, ha még senkinek nem mondta”

„... Ezt csak úgy lehet, hogy személyesen ketten leültök, és most vagy bevallod, hogy igen, vagy nem. De

akkor is kételkedve kell elfogadni, hogy mit mond. ... Ha több ember van, akkor teljesen komolytalanná válik.”

„Sehogy. Ehhez meg kell lenni annak a szellemi szintnek, hogy tényleg odaül, és nem marhulja el, hanem megcsinálja rendesen. Ezt máshogy nem lehet.”

„... Nem tudom. Ne tegyenek bele ilyen hülye kérdéseket. Nem tudom igazából. Normális gyerekek kellene hozzá, akik őszinték, és érdeklőket.”

Következtetések

Az egészséges életmód lehetőségeinek biztosítása terén az iskoláknak – az információval való ellátáson túl – két feladatuk lenne: az étkeztetést (menzát) és a sportot (testnevelésórát, szabadidősport) megfelelő, a diákok – legalább is a diákok túlnyomó többsége – számára elfogadható szinten kínálni. A fiatalok szerint a középiskolák – iskolatípustól függetlenül – mindkettőben kudarcot vallottak.

Az általános iskolában rendszeresen sportolók közül középiskolában sokan abbahagyják a sportot, azonban aki korábban sportolt, nagyobb valószínűséggel a későbbiekben is rendszeresen fog mozogni. Az általános iskolában nem sportolók között gyakorlatilag nem volt olyan, aki a későbbiekben elkezdett volna rendszeresen mozogni.

A testnevelésórát a vélemények szerint közösségépítésre alkalmasnak, de fittség és testmozgás szempontjából nem jelentős a funkciójuk. A szabadidős sportolás terén nagyon kevés a választási lehetőség, csak heti egy, maximum két edzés, délutáni foglalkozás adódik, amit a diákok – a testnevelésórákhoz hasonlóan – inkább szórakozásként értékelnek, nem vesznek komolyan, illetve kevesellnek. A sportklubok viszont csak a versenyzőket támogatják, nekik kínálnak mozgáslehetőségeket, az ezzel járó edzésszámot pedig a középiskolások többsége nem tudja és nem is akarja beilleszteni az életébe. Összességében tehát a heti egy alkalom túl kevés, a mindennapos pedig túl sok a középiskolások nagy többségének.

Visszatérő indok volt az időhiány, amely továbbgondolásra érdemes. Nem

egyértelmű ugyanis, hogy ez mit is jelent a különböző iskolatípusokba járó fiatalok számára. Egy szakmunkásképző intézménybe járó diák éppúgy a tanulás miatti kevés szabadidőre hivatkozott a sportolással kapcsolatban, mint az, aki neves gimnáziumba járt, miközben feltételezhető, hogy egy szakiskola kevesebb tanulási időt követel és több szabadidőt hagy a diákoknak, mint egy alapvetően a továbbtanulásra felkészítő gimnázium. Ugyanakkor az egyik gimnazista meg tudja oldani kevés szabadidő mellett is a sportolást, különféle magánórákra jár, és a barátaira is jut ideje, míg egy másik, úgyszintén gimnáziumba járó diák ezt lehetetlennek tartja.

Másokkal egybehangzóan e kutatásban is azt találtuk, hogy a testkép szempontjából a lányok elégedetlenebbek önmagukkal, mint a fiúk. [12–13]

A kalóriabevitel biztosítása mellett az iskolai menzák remek lehetőséget kínálnának az egészséges táplálkozás alapelveinek megismertetésére, és új ételekkel való megismertetésre. A menza azonban a vélemények szerint nem kínál alternatívát az ebédelésre. Mintánkban alig volt menzás diák (5 fő a 18-ból), aki mégis ott ebédelt, az lesújtó véleménnyel volt róla.

Az étkezéssel kapcsolatban interjúalanyaink között a fiúk általában jobban figyeltek az étkezésükre, a lányoknak fontosabb szempont volt az alakjuk megőrzése vagy a súlycsökkentés. Ez egybevág a HBSC adataival, amely szerint a 15 éves magyar fiatalok a felmérésben résztvevő 34 ország fiataljaival összehasonlítva a legmagasabb arányban próbálnak fogyókúrázni (34 ország közül az 1. helyen); ugyanakkor a testtömegindex szerint túlsúlyos 15 évesek arányát figyelembe véve Magyarország csak a 17. helyen áll. [7]

Az étkezési szokások és a testkép között az interjúk alapján nem volt összefüggés. Ez összecseng mások eredményeivel: svéd kutatók nem találtak összefüggést az étkezési szokások és a testsírtartalom között 16–17 éves svéd fiúk és lányok körében. [14]

Összességében a megkérdezett fiúk mindegyike a testmozgás és táplálkozás tekintetében is tudatosabbnak tűnt,

míg a lányoknál ez csak a gimnáziumba járók között volt megfigyelhető. A testmozgás terén mind a fiúk, mind a lányok tudatosabbak, a kívánatoshoz közelebb álló magatartásról és gondolkodásmódról számoltak be, mint az étkezés terén.

Eredményeink, kvalitatívuk lévén, nem tekinthetők reprezentatívnak e korosztályra. A vizsgálatnak azonban nem is az volt a célja, hogy átfogó képet adjon a tizenévesek egészségmagatartásáról, hanem az, hogy a magatartásukat vezérlő mentális háttérre: a tizenévesek e témákkal kapcsolatos információira, motivációira, attitűdjeire vonatkozóan adalékokat szolgáltatson. Az eredmények felhívják a figyelmet arra, hogy az iskolai testmozgás és étkezés javítása terén számos tennivaló van, s a mennyiség növelése – például az iskolai tornaórák számának EU-dokumentumokban is ajánlott [15] emelése – nem feltétlenül fogja növelni a tizenévesek testmozgásának gyakoriságát.

További kutatás témája lehetne a középiskolások időbeosztásának vizsgálata, illetve annak elemzése, hogy az időhöz való viszony milyen összefüggésben áll az egészségmagatartás különféle elemeivel.

Eredményeink azt is megerősítik, hogy a klasszikus, és számos kutatócsoport által magas színvonalon végzett kérdőíves egészségfelmérések mellett helye van a kvalitatív módszerek alkalmazásának is. Az interjúk olyan többletinformációt nyújtanak a fiatalok gondolkozásáról, amely kvantitatív módszerekkel nem tárható fel. Ezen túlmenően az interjúinkból származó adatok számos vonatkozásban egybecsengtek mások kvantitatív felméréseinek eredményeivel. Annak érdekében, hogy az iskolai étkezési és sportolási lehetőségeket a tanulók véleményének ismeretében lehessen alakítani, mindenképpen szükség van a fiatalok egészséggel kapcsolatos attitűdjeinek és motivációinak részletes feltárására, csakúgy, mint ahhoz, hogy a fiataloknak a jelenleginél hatékonyabb, a korosztály motivációit és érdeklődését minél inkább figyelembe vevő egészségfejlesztési programokat lehessen kínálni.

Összefoglalás

A felnőttkori egészségmagatartás alapjai tizenéves korban formálódnak, ezért a fiatalok egészségi állapotának, ezzel kapcsolatos gondolkodásának megismerése kiemelt fontosságú az egészségfejlesztési programok hatékony tervezéséhez.

Jelen felmérés célja az volt, hogy középfokú tanulmányokat folytató fiatalok körében az egészségmagatartással, valamint a kérdőíves egészségfelmérésekkel kapcsolatban strukturált interjúk révén szerezzon információt. Egy közepes méretű magyar város különböző típusú iskoláiba járó, 15–18 éves, eltérő szociális háttérű fiataljaival, összesen 18 fővel készült strukturált interjú a testmozgás, testkép, táplálkozás, fogyókúra, valamint a kérdőíves felmérésekkel kapcsolatos vélemény témaköreiben.

A megkérdezett fiatalok tudatosan alakítják életmódjukat, ezt azonban nem az egészség megőrzése, hanem a véleményformáló baráti közösség, a média sugallta elvárásokhoz való igazodás motiválja. A megkérdezett fiúk mindegyike a testmozgás és táplálkozás tekintetében is tudatosnak mondható, míg a lányoknál ez csak a gimnáziumba járók között volt megfigyelhető. A szakközépiskolába járók egészséges életmóddal kapcsolatos, különösen a táplálkozásra vonatkozó szokásai nagyon kedvezőtlenek, ennek azonban szinte minden megkérdezett tudatában volt. A lányok többsége, eltérően a fiúktól, elégedetlen volt a saját testképével.

Az egészséges életmóddal kapcsolatban az iskoláknak – az elméleti oktatáson túl – két gyakorlati lehetőségük van: megfelelő feltételeket biztosítani a diákok sportolásához és korszerű táplálkozásához. A megkérdezettek szerint a középiskolák mindkettő tekintetében kudarcot vallottak. Hasonlóan egybehangzó volt a megkérdezettek vélekedése nemtől és iskolától függetlenül, amely szerint a kérdőíves felméréseknek nem látják értelmét, mert azokat véleményük szerint a fiatalok nem veszik komolyan.

A felmérés felhívja a figyelmet arra, hogy az iskolákban számos kiaknázat-

lan lehetőség rejlik a tanulók egészségének alakítására. Ezek feltárására a klasszikus kérdőíves egészségfelmérések mellett fontos kvalitatív módszereket is alkalmazni, hogy az ilyen módon megszerzett információk birtokában a jelenleginél hatékonyabb, a korosztály motivációit minél inkább figyelembe vevő egészségfejlesztési programok legyenek tervezhetők.

Kulcsszavak

Strukturált interjúk, kvalitatív kutatás, egészségmagatartás, tizenévesek, középiskolások

Summary

Health behaviour in adulthood is being formed during childhood and teenage years. Therefore, it is of utmost importance that health promoters and policy makers be familiar with the health behaviour of these age groups in order to be able to plan appropriate and attractive programs conducive to health. The present study aimed at the collection of information of high school stu-

dents regarding knowledge and attitude related to, motivation for, and opinions on their health behaviour by structured interviews. An additional aim was to collect their views on questionnaire surveys, widely applied in health research.

15–18-year-old students (a total of 18 persons) of various types of high schools and vocational schools with varying social backgrounds in one mid-size Hungarian city were interviewed on the topics of physical activity, body image, eating habits and diet, as well as their attitude to questionnaire surveys.

The interviewed students seemed to be aware of the importance of eating and exercise but not on account of preserving their health. They rather follow peer pressure and media messages. All boys claimed to pay conscious attention to their eating and exercise habits, while this was true only for girls studying in high schools. Those in vocational schools seemed to have quite unhealthy eating habits though they seemed to be aware of that. Unlike boys, most girls were unsatisfied with their body images.

Schools are crucially important settings for shaping health behaviour in teenagers in practice: they can provide opportunities for healthy meals and exercise (beyond conveying information on health). According to our interviewees, their high schools failed on both account. Students voiced serious reservations as to the reliability of questionnaire surveys opining that these are not taken seriously by their peers.

Our study calls attention to the unused opportunities of schools for advancing the health of their students. In order to fully uncover these opportunities, qualitative research can provide certain in-depth details that are not available in the widely applied questionnaire surveys. All measures should be taken for the planning and implementation of health promoting programs that are appropriate for their target groups.

Keywords

Structured interviews, qualitative research, health behaviour, teenagers, high school students

Irodalom

- Boros J.–Németh R.–Vitrai J. (szerk.): *Országos Lakossági Egészségfelmérés 2000. Kutatási jelentés*. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2002.
- Országos Lakossági Egészségfelmérés 2003*. <http://www.oszmk.hu/index.php?m=29>, 2008. április 7.
- Ádány R. (szerk.): *A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2003.
- Suhrcke M.–McKee M.–Sauto Arce R.–Tsolova S.–Mortensen J.: *The contribution of health to the economy in the European Union*. EU Health and Consumer Protection, Directorate-General, 2005.
- Kollányi Zs.–Imecs O.: *Az egészség – befektetés. Az egészségi állapot hatása a gazdasági teljesítőképességre és az életminőségre*. Demos Magyarország, 2007.
- Aszmann A. (szerk.): *HBSC – Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása*. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, 2003.
- Currie C. et al. (eds.): „Young People’s Health in Context: International Report from the HBSC 2001/02 Survey.” *WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents. 2004, Issue 4*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. <http://www.hbsc.org/>, 2008. április 11.
- 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról. <http://color.oefi.hu/program.htm>, 2008. április 7.
- Stewart-Brown S.: „Promoting health in children and young people: Identifying priorities.” *Journal of Royal Society of Health*, 2005; 125: 61–62.
- Licence K.: „Promoting and protecting the health of children and young people.” *Child Care, Health and Development*, 2004; 30:623–635.
- Bizonyítékok az egészségfejlesztés hatékonyságára*. A Nemzetközi Egészségfejlesztési és Egészségnevelési Unió jelentése az Európai Bizottság számára, 1999.
- Demarest J.–Allen R.: „Body image: gender, ethnic, and age differences.” *J Soc Psychol.*, 2000; 140(4):465–472.
- Lowery S. E.–Kurpius S. E. R.–Befort C.–Blanks E. H.–Sollenberger S.–Nicpon M. F.–Huser L.: „Body Image, Self-Esteem, and Health-Related Behaviors among Male and Female First Year College Students.” *Journal of College Student Development*, 2005; 46(6): 612–623.
- Vågstrand K.–Barkeling B.–Forslund H. B.–Elfhag K.–Linné Y.–Rössner S.–Lindroos A. K.: „Eating habits in relation to body fatness and gender in adolescents – results from the ‘SWEDES’ study.” *Eur J Clin Nutr.*, 2007;61(4):517–525. Epub 2006. szeptember 27.
- Jelentéstervezet a sport nevelésben betöltött szerepéről*. Európai Parlament, Kulturális és Oktatási Bizottság, 2007. <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+COMPARL+PE-390.450+01+DOC+WORD+V0//HU&language=HU>, 2007. április 8.

Fókuszban az egészséges táplálkozás – erdélyi középiskolások étkezési szokásai

Brassai László¹, Dr. Pikó Bettina²

¹Szegedi Tudományegyetem, Pszichiátriai Klinika, Magatartástudományi Csoport, Szeged

²Kovászna Megyei Pszichopedagógiai Tanácsadó Központ, Sepsiszentgyörgy, Románia

Bevezetés

A gyermekek és serdülők helyes táplálkozási szokásainak kialakítása azért áll az egészségfejlesztési programok középpontjában, mert hosszú távon megalapozza számos egészségprobléma megelőzését, mint például az elhízás, a táplálkozási zavarok, a fogbetegségek, a szív- és érrendszeri és dagadtos betegségek, a magas vérnyomás vagy a csontritkulás. [1] A prevenció célja a rizikófaktorok kontrollja, azaz a helyes egészségmagatartási protokoll elterjesztése. Minél fiatalabb életkorban történik a helyes táplálkozási szokások megalapozása, annál nagyobb a valószínűsége annak, hogy valaki a későbbiekben is a már megszokott ízeletet fogja keresni. Lényegében a szocializáció része a táplálkozási magatartás kialakítása is, amelyben a társadalom kulturális szokásrendszerén kívül kiscsoportnormák – így a család vagy az iskolai étkeztetés – hatása is érvényesül a gyermekek ízlésvilágának formálódásakor. [2, 3] Fontos kérdés, vajon az étkezési szokásokat mennyiben határozzák meg a szokások, az érzés- és ízlésvilág, és mennyiben az egészséggel kapcsolatos hiedelemrendszerek, például az egészséges étkezésről. A vizsgálatok azt mutatják, hogy jelentős kulturális különbségek vannak e téren. Az amerikaiak egészséges éttelekről alkotott nézetei például sokkal erőteljesebben hatnak az ételek kiválasztására, mint a franciák esetében, akiknél a kulturális szokásrendszer lényegesen meghatározóbb. A kínai lakosságra az érzelmi és a tudati/ismereti hatások egyensúlya jellemző, ami még abban az esetben is változat-

lan marad, ha nem eredeti hazájukban élnek. Úgy tűnik, Európa országaiban az érzelmi, társas normákon alapuló ízlésvilág gyakran felülírja az ismeretek hatását. [4, 5] Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy hajlamosabbak vagyunk a kevésbé egészséges, de finomabb kenyeret vagy süteményt választani, mint a talán nem annyira fűszeres (például sós vagy édes, azaz túlfinomított) vagy teljes kiőrlésű gabonából készített ételeket, vagy gyümölcsöket.

Kétségtelen, hogy az ízlésvilágot alapvetően formáló szokások mellett a köztudatban benne vannak az egészséges ételek jellemzői is, ami – ha lassan is, de folyamatosan – befolyásolja, színesíti az étkezési szokásainkról kialakított képet. [6] Ez a megfigyelés érvényes a fiatalokra is, akik fontosnak tartják a rendszeres gyümölcs- és zöldségfogyasztást, és más egészséges ételek (mint például a teljes kiőrlésű gabonából készült termékek) magas tápértékével is tisztában vannak, különösen igaz ez a lányokra. [7] Ugyanakkor a HBSC (*Iskoláskorú Fiatalok Egészségmagatartása*) kultúráközi projekt azt mutatja, hogy a magyar fiatalok a zöldség- és gyümölcsfogyasztás tekintetében az országok ranglistáján meglehetősen hátul, míg az édességek fogyasztását figyelembe véve inkább a középmezőnyben helyezkednek el. [8] A táplálkozás összehasonlítását tekintve azonban az amerikai fiatalok sincsenek sokkal jobb helyzetben, sőt, a cukrozott üdítőital fogyasztásában például jóval meg is előznek minket. Úgy tűnik, hogy az egészséges ételek választását tekintve a fiatalok nincsenek előnyös helyzetben, hiszen ha tisztában is vannak az

ételek egészséges, illetve egészségtelen voltával, egyéni, társas vagy kulturális hatásokra mégis gyakran az egészségtelen ételek fogyasztása mellett voksolnak. [7] Ebben természetesen az is szerepet játszik, hogy a serdülők úgy gondolják, az egészségkockázatok rájuk még kevésbé hatnak, legalábbis rövidtávon nem okoznak maradandó egészségproblémát. [9] Ez valamennyi egészségkockázati magatartásra, így például a dohányzásra vagy az alkoholfogyasztásra is igaz, és összefügg az egészségkockázatok jelentőségének alulbecslését jelző irreális optimizmus jelentőségével, illetve a serdülőkorú sebezhetetlenség érzésével. [10, 11]

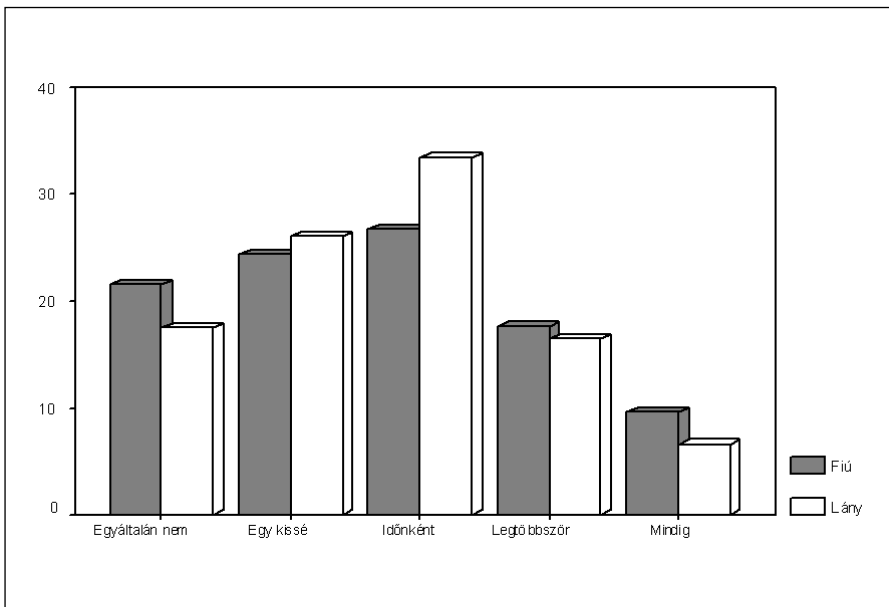
Jelen vizsgálatunk célja a hatékony prevenciók intervenciók kialakításához szükséges helyzetfelmérés volt az erdélyi serdülők körében. Ebből a szempontból a célpopuláció táplálkozási szokásait és minőségét a szociodemográfiai változókkal összefüggésben vizsgáltuk.

Minta és módszer

Az adatgyűjtést erdélyi serdülők körében, 2006 tavaszán végeztük, önkéntes kérdőíves módszerrel. A mintában eredetileg 1200 Maros és 800 Kovászna megyei IX–XII. osztályos tanulót vettünk be, akik részéről 1977 kérdőív adatait dolgoztuk fel az SPSS for Windows 9.0 programcsomag használatával. A kérdőívbe bevett táplálkozási magatartással kapcsolatos változók a következők voltak: odafigyelés a táplálkozási szokásokra, a főétkezések rendszeressége és a különböző táplálékok fogyasztásának gyakorisága. [8, 12–14]

1. ábra

Az étkezésre való odafigyelés gyakorisága nemek szerint (havonta)



A táplálkozásra történő odafigyelés vizsgálatára a következő kérdés szolgált: „Az elmúlt hónapban milyen mértékben figyeltél oda az étkezésedre (azaz próbáltál egészségesen táplálkozni)?” A válaszlehetőségek a következők voltak: „egyáltalán nem”, „egy kicsé”, „időnként”, „legtöbbször”, „mindig”. [15]

A főétkezések rendszerességét külön vizsgáltuk tanítási napokon és külön hétvégén. A gyakorisági kategóriák a következők voltak: tanítási napokon: „egyszer sem”, „hetente 1-2 alkalommal”, „hetente 3-5 alkalommal”, illetve „naponta”, hétvégén pedig: „egyszer sem”, „legalább egy nap”, illetve „szombaton és vasárnap is”.

A táplálkozás minőségét a következő élelmiszerek fogyasztásának gyakoriságával („egyszer sem”, „hetente egy alkalommal”, „hetente több alkalommal”, „naponta”) vizsgáltuk: gyümölcsök, friss zöldségek, frissen sajtolt gyümölcs- vagy zöldséglevek, kereskedelemben kapható rostos gyümölcs- vagy zöldséglevek, barna kenyér, müzli, édes tej, joghurt, tömör sajt, tojás, felvágott, húskonzerv, olajban/zsírban sült hús, chipsek, gyorsétkezdéből szalmakrumpli, fasírt jellegű húskészítmény, csokoládé, cukorka, nápolyi, száraz és krémes/habos sütemény, szénsavas üdítő.

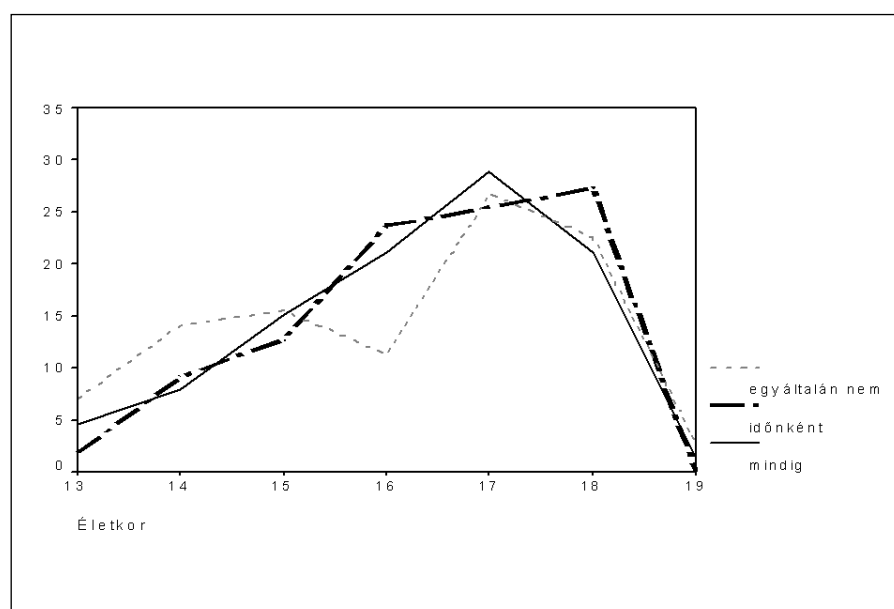
Eredmények

Az étkezésre való odafigyelés

Az elmúlt hónapban a serdülők 19,5%-a egyáltalán nem figyelt oda étkezésére. Legtöbbjük (30,2%) csak időnként próbált egészségesen táplálkozni. Viszonylag kevés azoknak az aránya, akik legtöbbször (17%) és még keve-

2. ábra

Az étkezésre való odafigyelés gyakorisága életkor szerint



sebb azoké, akik mindig (8,3%) odafigyeltek az étkezésükre. (1. ábra)

A gyakoriság nemek szerinti különbségét vizsgálva megállapíthatjuk, hogy a lányokhoz viszonyítva a fiúk nagyobb arányban figyeltek oda étkezésükre rendszerességgel (legtöbbször vagy mindig). A nemek szerinti különbségek szignifikánsnak bizonyultak (Chi(4)=11,483, p<0,02).

Az életkor szempontjából táplálkozásukra a leggyakrabban odafigyelők a 16 évesek közül kerülnek ki (33,3%). Az ezt megelőző életkorban a rendszeres odafigyelés gyakorisága alig 14%, míg a táplálkozáskontroll 17 éves korosztályban már csökkenően van (28,1%) ahhoz, hogy a 18 éves korosztályban elérje a 15 éves korosztálynál csak kevéssel nagyobb számarányt (15,8%). Ezzel szemben az étkezésre fordított figyelem teljes elhanyagolása 18 éves életkorban fordul elő a legnagyobb arányban (32,8%), s valamivel kisebb arányban (19,8%) a 16 éves életkorban. (2. ábra)

A főétkezések rendszeressége

A kérdőívben mindhárom főétkezésre rákérdeztünk. Tanítási napokon napon-ta reggelizik a serdülők 39,6%-a, ebédel 77,8%-uk és vacsorázik 75,9%-uk.

1. táblázat

A főétkezések gyakorisága tanítási napokon és hétvégén

	Tanítási napokon hány alkalommal ...				Hétvégén hány alkalommal ...		
	Egyszer sem	Hetente 1–2 alkalommal	Hetente 3–5 alkalommal	Naponta	Egyszer sem	Legalább egy nap	Szombaton és vasárnap is
reggeliztél?	33,1%	18,5%	9%	39,4%	7,6%	13,2%	79,1%
ebédeltél?	5%	6%	11%	77,9%	2,8%	7,4%	89,8%
vacsoráztál?	5%	7,9%	11,7%	75,5%	5,7%	10,4%	83,8%

(1. táblázat) Hétvégén, szombaton és vasárnap is reggelizik a megkérdezettek 79,6%-a, ebédel 90,3%-a és vacsorázik 84,2%-a. (1. táblázat)

A főétkezések gyakoriságát a nemek viszonyában vizsgálva jelentős különbségek mutatkoznak. Tanítási napokon, napi gyakorisággal a fiúk a lányokhoz viszonyítva jelentősen nagyobb arányban reggeliznek ($\text{Chi}(3)=15,317$, $p<0,002$) és vacsoráznak ($\text{Chi}(3)=48,674$, $p<0,001$). A nemi különbségek a hétvégi táplálkozás tekintetében jelentősen csökkennek (statisztikailag nem igazolhatók). Hétvégén a nemek között csak a vacsorázás gyakoriságában mutatkozik eltérés: a fiúk a lányoknál szombaton és vasárnap is jelentősen nagyobb arányban ($\text{Chi}(3)=29,971$, $p<0,001$) vacsoráznak.

A főétkezések elfogyasztásának napi gyakorisága az életkor függvényében csökkenő tendenciát mutat. (3. ábra) 18 éves korig a fiúk a lányoknál jóval nagyobb arányban reggeliznek, és minden életkorban nagyobb arányban vacsoráznak. (3. ábra)

A táplálkozás minősége

A különböző táplálékfélék fogyasztásának gyakoriságát a 2. táblázatban foglaltuk össze. Az erdélyi serdülők napi gyakorisággal a legnagyobb arányban felvágottat (34,3%), csokoládét, cukorkát, nápolyit (29%), édes tejet (27,9%) és gyümölcsöt (26,1%) fogyasztanak. Az elmúlt három hónapban egyetlen alkalommal sem fogyasztott barna kenyeret a serdülők 64,9%-a, müzliket 51,6%-uk, frissen sajtolt gyümölcs- vagy zöldségleveket 36,2%-uk,

a kereskedelemben kapható rostos gyümölcs- vagy zöldségleveket 32,8%-uk.

(2. táblázat)

A bevitt táplálékfélék napi gyakoriságát a nemek szempontjából vizsgálva a tej ($\text{Chi}(3)=15,153$, $p<0,002$), tojás ($\text{Chi}(3)=33,313$, $p<0,001$), húskonzerv ($\text{Chi}(3)=16,212$, $p<0,001$) és csokoládé, cukorka, nápolyi ($\text{Chi}(3)=9,860$, $p<0,05$) fogyasztásában mutatkoznak szignifikáns különbségek. Az eredmények tükrében megállapítható, hogy naponta a fiúk tejet, tojást és húskonzervet, a lányok csokoládét, cukorkát, nápolyit fogyasztanak nagyobb arányban.

A táplálkozási magatartás összefüggése a szociodemográfiai változókkal

Kutatási eredmények [12, 13, 14] egyöntetűen alátámasztják a főétkezések rendszerességének összefüggését a szociodemográfiai változókkal. Az erdélyi serdülők körében is kimutatható, hogy tanítási napokon a legnagyobb arányban azok:

- reggeliznek, akiknek apja általános iskolai végzettségű ($\text{Chi}(9)=25,128$, $p<0,01$), alkalmazási minőségét tekintve pedig segédmunkás ($\text{Chi}(18)=30,010$, $p<0,05$),
- ebédelnek, akiknek apja önálló vállalkozó ($\text{Chi}(18)=31,968$, $p<0,05$), anyja felsőfokú végzettséggel alkalmazott szellemi munkás ($\text{Chi}(24)=40,018$, $p<0,05$), a legkisebb arányban pedig azok, akiknek apja és anyja is segédmunkás,
- vacsoráznak, akiknek apja segédmunkás ($\text{Chi}(18)=32,240$, $p<0,05$), anyja háztartásbeli ($\text{Chi}(24)=54,435$, $p<0,001$).

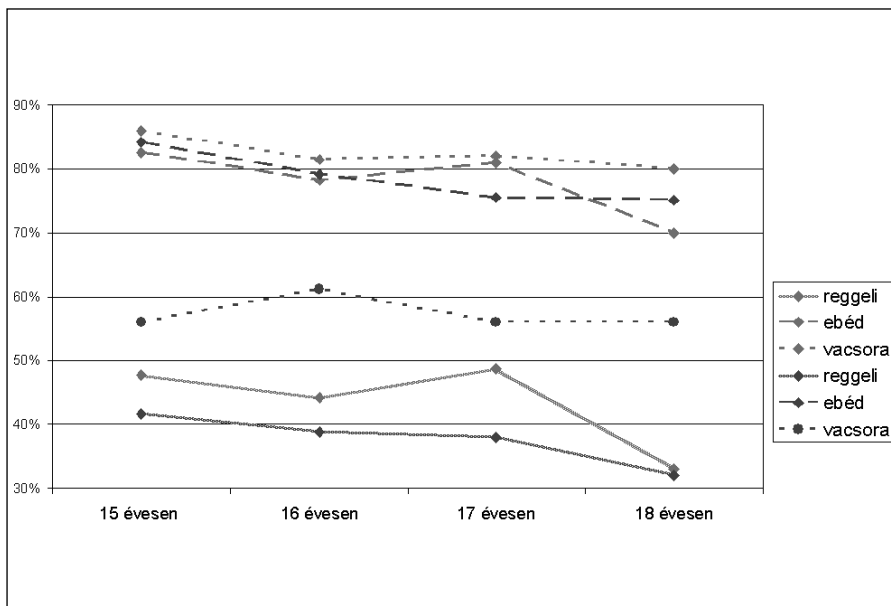
Az elfogyasztott táplálékkal kapcsolatban a szociodemográfiai változók erőteljesebben a gabonaneműk, kevésbé pedig a húsból készült termékek és édességek fogyasztásával mutatnak összefüggést. Gabonaalapú élelmiszereket (barna kenyeret, müzliket) a legnagyobb arányban az iskolai végzettség szempontjából a főiskolai végzettségű (apa: $\text{Chi}(3)=10,405$, $p<0,05$; anya: $\text{Chi}(3)=22,512$, $p<0,001$), alkalmazás szempontjából a felsőfokú végzettséggel alkalmazott szellemi munkás (apa: $\text{Chi}(6)=39,100$, $p<0,001$, anya: $\text{Chi}(8)=26,668$, $p<0,001$), a család társadalmi-gazdasági helyzet szempontjából pedig a felsőosztálybeli ($\text{Chi}(3)=31,616$, $p<0,001$) szülők gyermekei fogyasztanak. A gabonaalapú élelmiszerek fogyasztásával ellentétben, az édességek fogyasztása az alacsonyan iskolázott anyák ($\text{Chi}(3)=12,135$, $p<0,01$), a húsból készült termékek fogyasztása pedig a szakmunkásként alkalmazott apák gyermekeinél ($\text{Chi}(6)=17,857$, $p<0,01$) meghatározóan nagyobb arányban fordul elő, mint a magas iskolai végzettségű és alkalmazású szülők gyermekeinél.

Következtetés

A társadalom kulturális szokásrendje nagymértékben befolyásolja a táplálkozási magatartást. [4, 5] A serdülőkor fokozott vulnerabilitást jelent a társas hatások közvetítette táplálkozási trendekkel szemben. Mindemellett, a családi hatások szokásalakító befolyása egyáltalán nem elhanyagolható. [2, 6] Mindezek a hatások együttesen vannak jelen az erdélyi serdülők táplálkozási magatartásának alakulásában.

3. ábra

A főétkezések elfogyasztásának napi gyakorisága életkoronként, nemek szerint



A kérdést megelőző három hónapban legtöbbjük (30%) alkalmatosan próbált egészségesen táplálkozni. Rendszerességgel a tanulók 8,3%-a figyelt oda táplálkozására. A rendszeres odafigyelés a nemek szempontjából gyakoribb a fiúknál, az életkor tekintetében pedig a 16 éveseknél.

Nemzetközi viszonylatban a főétkezések rendszeres elfogyasztása hétvégen sokkal gyakoribb, mint hét közben, ellenben még így sem éri el az életkorhoz viszonyított, megkívánt arányokat. [16, 17] Tanítási napokon naponta az erdélyi serdülők közel 60%-a, hétvégen pedig közel 20%-a nem fogyaszt reggelit. Tanítási napokon a fiúk a lányoknál nagyobb arányban reggeliznek és vacsoráznak. A főétkezések gyakorisága átlagban az életkorral arányosan csökken.

Jelentős eltérések mutatkoznak a táplálkozási szakirodalom [16] előírásai és a vizsgált populáció táplálkozási minősége között. A minőségi táplálkozás gabonaféléken alapszik, ezt a zöldségek és gyümölcsök, tejtermékek majd a zsiradékban gazdag élelmiszerek követik. A különböző táplálékfélék napi fogyasztásának gyakoriságából kitűnik, hogy az erdélyi serdülők legnagyobb mennyiségben zsiradékgazdag húskészítményeket, szénhidrátgazdag édes-

ségeket és fehérjében/kalciumban gazdag tejtermékeket, és csak elenyésző mennyiségben fogyasztanak gyümölcsöket, zöldségeket és gabonaféléket. Naponta nagyobb arányban a fiúk tejet, tojást és húskonzervet, a lányok csokoládét, cukorkát, nápolyit fogyasztanak. Eredményeink részben egybevágnak, részben eltérnek a nemzetközi eredményektől. A HBSC [14] szerint például a tejtermékek fogyasztása inkább a fiúkra jellemzőbb, míg a lányok általában nagyobb arányban fogyasztanak gyümölcs- és zöldségféléket. Másrészt kulturális összehasonlításban – eredményeinkhez viszonyítva – az édességek fogyasztása nem mutat szignifikáns nemek közötti különbségeket.

A szociodemográfiai változók szerepét vizsgálva összegzésképpen megállapíthatjuk, hogy az erdélyi serdülőknél a szülők alkalmazási minősége leginkább a főétkezések rendszerességével hozható összefüggésbe. Megfigyelhető tehát, hogy a reggelizéssel kapcsolatban még meghatározó az apa iskolai végzettsége, de az ebéddel és a vacsorával kapcsolatban már nem. Ennél markánsabb szociodemográfiai tényező az apa alkalmazási minősége, amely kapcsolatba hozható mindhárom főétkezéssel. Roos és munkatársai [18] a finn serdülők mintáján az apa magas isko-

lázottsága és az ebédelés között talált a miénkhez hasonló összefüggést, amely azonban nemcsak a fiúkra, hanem a lányokra is jellemzőnek bizonyult. Mind a szülők iskolai végzettsége és alkalmazási minősége, mind a család társadalmi-gazdasági réteghelyezete összefüggést mutat a gabonaműk fogyasztásával, míg az édességek és húsból készült termékek fogyasztásával csak az anya iskolai végzettsége, illetve az apa alkalmazási minősége függ össze (az összefüggés mindkét esetben negatív). Megállapításunkat megerősítik Cavadini és munkatársai által végzett [19], és a HBSC [14] kutatások eredményei, miszerint a fogyasztott élelmiszerek szempontjából a magasabb iskolai végzettségű és alkalmazási minőségű szülők gyermekei egészségesebben táplálkoznak, mint az alacsonyabb iskolázottságú és iskolai végzettségű szülők gyermekei. A fejlődésben lévő szervezet számára nagy jelentőségű reggeli elfogyasztása viszont az alacsonyabb iskolázottságú szülők gyermekeinél kedvezőbb.

Eredményeink, más kutatási eredményekkel [12–14, 17] egybehangzóan az mutatják, hogy az életkor az egyik legfontosabb tényező, amivel az egészségfejlesztési programoknak számolniuk kell. Nem csupán azért, mert a táplálkozás minősége a korai életévekben a legjobb, hanem mert az egészséges táplálkozási magatartás kialakítására több szempontból is a korai életévek a legalkalmasabbak. A gyermekek éppen a korai életévekben a legnyitottabbak a család és intézményi szokáskialakító hatásokra, a korán megszilárdult szokások pedig a későbbi életévekben védő tényezőt jelenthetnek a fogyasztási szokásokra ható kortárs- és médiahatásokkal szemben. Másrészt pedig, az ezekben az években kialakult szokások az életmódba más egészséges magatartásformák (például sportolás) beépülését is serkenthetik.

Bár a nemzetközi vizsgálati eredmények azt mutatják, hogy a táplálkozás minősége a fiúknál kevésebb a lányoknál, az egészségfejlesztés szempontjából eredményeink a lányok vulnabilitására hívják fel a figyelmet. Elképzelhető, hogy a rosszul értelmezett diétának tudható be az is,

2. táblázat

A különböző táplálékfélék fogyasztásának gyakorisága az elmúlt három hónapban

	Egyszer sem	Hetente legalább egyszer	Hetente több alkalommal	Naponta
1. gyümölcsöket	1,7%	22,1%	50,1%	26,1%
2. friss zöldségeket	9,4%	39,4%	37,5%	13,7%
3. frissen sajtolt gyümölcs- vagy zöldségleveket	36,2%	39,1%	18,4%	6,3%
4. kereskedelemben kapható rostos gyümölcs- vagy zöldségleveket (nektár)	32,8%	40,8%	21,3%	5%
5. barna kenyeret	64,9%	19%	8,9%	7,3%
6. müzliket (gabonapehely, zabpehely, búzacsíra stb.)	51,6%	25,6%	16,4%	6,4%
7. édes tejet	14,2%	25,3%	32,9%	27,9%
8. joghurtot, kefirt vagy vert tejet	19%	37%	31,7%	12,35
9. tömör sajtokat	15,6%	43,7%	31%	9,7%
10. tojást	6,2%	36,1%	44%	13,7%
11. felvágottat (szalámi, párizsi, sonka)	3%	18,5%	44,1%	34,3%
12. húskonzervet (májpástétom, húskonzerv)	26,3%	41,7%	25,4%	6,6%
13. olajban/zsírban sült húst	7%	37,1%	43,8%	12%
14. chipset	13,3%	40,6%	32,3%	13,8%
15. gyorsétkezdéből szalmakrumplít, fasírt jellegű húskészítményt	29,9%	31,1%	28,9%	10,1%
16. csokoládét, cukorkát, nápolyit	3,8%	25,9%	41,4%	29%
17. száraz és krémes/habos süteményt	10,6%	54,2%	27,6%	7,5%
18. szénsavas üdítőket	6,1%	25,7%	41%	27,2%

hogyan elég gyakran kihagyják a reggelit, ugyanakkor az édességek fogyasztása náluk a fiúkhoz viszonyítva jóval nagyobb. Egy új-zélandi vizsgálatban arra figyeltek fel a kutatók, hogy a reggeli kihagyása (ami már 5 éves korban sem ritka) a leggyakoribb a főétkezések közül, ami összefügg az alacsonyabb zöldség- és gyümölcsfogyasztással, az elhízással, a gyorsételek fogyasztásával, és a társadalmilag hátrányos családokban gyakoribb. [20]

A célzott egészségfejlesztő programok kialakítása során mindenképpen számolnunk kell a szociodemográfiai hatásokkal, amelyek a táplálkozási szokások és a táplálkozás minősége szempontjából eltérő szubkulturális rétegződést eredményeznek. A felső osztálybeli családok gyermekei előnyt élveznek a

napi friss gyümölcsbevitel szempontjából, és általában az egészséges táplálkozással kapcsolatos ismeretek is bizonyítottan hozzáférhetőbbek számukra. Ezzel együtt azonban ebben a társadalmi rétegben nagyobb mértékben tapasztalható a fogyasztói kultúrával terjedő egészségtelen táplálékok (például gyorsételek) fogyasztása is. Ezzel szemben, a társadalmi-gazdasági réteghelyzet alsó fokán elhelyezkedő családok gyermekeinek egészségére nézve kedvező hatással lehet a reggeli rendszeresebb elfogyasztása, valamint az otthonról hozott, csomagolt tízórai. Az egészségfejlesztési programok tervezésében a különbségkiegyenlítési irányelvek mellett ajánlott figyelembe venni a társadalmi rétegződésből adódó sajátos szociokulturális potenciált is.

Összefoglalás

Az egyéni, társas és szociokulturális hatások együttesen befolyásolják a fiatalok táplálkozási magatartását. Az egyéni szokásrend kialakítása meghatározó a prevenció szempontjából, de számolnunk kell a társas hatások izlésformáló szerepével ugyanúgy, mint a társadalmi-gazdasági réteghelyzet kínálta kockázati és védő tényezőkkel. Kutatásunkban az erdélyi serdülők táplálkozási szokásait és minőségét a szociodemográfiai változókkal összefüggésben vizsgáltuk.

Az adatgyűjtéshez önkitalós kérdőíves módszert használtunk.

Az adatelemzésben – 2006 tavaszán – 1977 Maros és Kovászna megyei, IX–XII. osztályos tanuló válaszait dol-

goztuk fel matematikai-statisztikai módszerek alkalmazásával. Adataink hazai és nemzetközi kutatási eredményekkel egybehangzóan azt mutatják, hogy az életkor, a nem, és más szociodemográfiai változók erőteljesen befolyásolják a táplálkozási magatartást serdülőkorban.

Arra következtethetünk, hogy ezeknek a tényezőknek a szerepét így figyelembe kell venni az egészségfejlesztési intervenciók és programok összeállításában is.

Kulcsszavak

Táplálkozási magatartás, serdülőkor, szociodemográfiai tényezők

Summary

The individual, interpersonal and socio-cultural effects have a joint influence on youth's nutritional behaviour. In terms of prevention, the development of individual habits is crucial, but we also have to pay attention to the taste-forming effects of social networks and, the risk and protective factors stemming from socioeconomic status. In our research we investigated Transylvanian adolescents' nutritional behaviour and quality of their nutrition in relation to sociodemographic variables. The data collection was realized using self-administrated questionnaires during the spring of 2006. Data analy-

sis was possessed by means of data collected from 1977 high school students (grades 9-12) from Maros és Kovászna counties. Our results, in consent with national and international research results, demonstrated a great influence of age, gender and other sociodemographic variables on nutritional behaviour during adolescence. We conclude that we should pay attention to the role of these factors in planning interventions and programmes for health promotion.

Keywords

Nutritional behaviour, adolescents, sociodemographic variables

Irodalom

1. „Centers for Disease Control and Prevention: Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating.” *Journal of School Health*, 67, 9–26 (1997)
2. Story, M.–Neumark-Sztainer, D.–French, S.: „Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors.” *Journal of the American Dietetic Association*, 102, S40–A51 (2002)
3. Baker, W. C.–Little, T. D.–Brownell, K. D.: „Predicting adolescent eating and activity behaviors: The role of social norms and personal agency.” *Health Psychology*, 22, 189–198 (2003)
4. Cervellon, M. C.–Dubé, L.: „Cultural influences in the origins of food likings and dislikes.” *Food Quality and Preference*, 16, 455–460 (2005)
5. Rozin, P.–Fischler, C.–Imada, S.–Sarubin, A.–Wrzesniewski, A.: „Attitudes to food and the role of food in life in the USA, Japan, Flemish Belgium and France: Possible implications for the diet-health debate.” *Appetite*, 33, 163–180 (1999)
6. Neumark-Sztainer, D.–Story, M.–Resnick, M. D.–Blum, R. W.: „Lessons learned about adolescent nutrition from the Minnesota Adolescent Health Survey.” *Journal of the American Dietetic Association*, 98, 1449–1456 (1998)
7. Stevenson, C.–Doherty, G.–Barnett, J.–Muldoon, O. T.–Trew, K.: „Adolescents' views of food and eating: Identifying barriers to healthy eating.” *Journal of Adolescence*, 30, 417–434 (2007)
8. Vereecken, C. A.–De Henauw, S.–Maes, L.: „Adolescents' food habits: Results of the Health Behaviour in School-aged Children survey.” *British Journal of Nutrition*, 94, 423–431 (2005)
9. Pikó, B.: „Kockázatészlelés serdülőkorban: A sérthetlenség illúziója vagy józan előrelátás?” *Addiktológia*, 6, 5–18 (2007)
10. Rácz, J.–Szakács, K.: „Irreális optimizmus és kockázatbecslés a serdülőkorban.” *Magyar Pszichológiai Szemle*, 54, 371–386 (1999)
11. Milam, J. E.–Sussman, S.–Ritt-Olson, A.–Dent, C. W.: „Perceived invulnerability and cigarette smoking among adolescents.” *Addictive Behaviors*, 25, 71–80 (2000)
12. Mándoki, R.: „Egészséget befolyásoló szokások.” In: Aszman A. (szerk.): *Iskolásgyermekek egészségmagatartása 1986–1993*. Anonymus, Budapest, 95–112 (1997)
13. Bihari, Á.–Kakucs, R.–Gyulai, É.–Nagyné, Z. É.: „Táplálkozási ismeretek és szokások változása különböző életkorú gyermekek körében.” *Egészségnevelés*, 40, 179–179 (1999)
14. Currie, C.–Hurrelmann, K.–Settortobulte, W.–Smith, R.–Todd, J.: *HBSC – Health Behavior in School-aged Children: WHO Cross National Study. International Reports*. WHO, Denmark (2003)
15. Luszczynska, A.–Gibbons, F. X.–Piko, B. F.–Teközel, M.: „Self-regulatory cognitions, social comparison, and perceived peers' behaviors as predictors of nutrition and physical activity: A comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey, and USA.” *Psychology and Health*, 19(5), 577–593 (2004)
16. CDCP – Centers for Disease Control and Prevention: *Nutrition School Health Guidelines*. <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/nutrition/guidelines> (2005)
17. Aszmann, A. (szerk.): „Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. Egészségügyi Világszervezet nemzetközi kutatásának keretében végzett magyar vizsgálat.” *Nemzeti Jelentés 2002*. Országos Gyermkegészségügyi Intézet, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest (2003)
18. Roos, E. B.–Karvonen, S.–Rahkonen, O.: „Lifestyles, social background and eating patterns of 15-year-old boys and girls in Finland.” *Journal of Youth Studies*, 7, 331–349 (2004)
19. Cavadini, C.–Decarli, B.–Dirren, H.–Cauderay, M.–Narring, F.–Michaud, P. A.: „Assessment of adolescent food habits in Switzerland.” *Appetite*, 32, 97–106 (1999)
20. Utter, J.–Scragg, R.–Mhurchu, C. N.–Schaaf D.: „At-home breakfast consumption among New Zealand children: Associations with body mass index and related nutrition behaviors.” *Journal of the American Dietetic Association*, 107, 570–576 (2007)

Végzés után a családok egészségfejlesztésében szerepet vállaló védőnő hallgatók családképe

Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna Ph.D. főiskolai adjunktus¹
 Dr. Feith Helga Judit főiskolai adjunktus²

Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar
¹Népegészségtani Intézet Családgondozási Módszertani Tanszék
²Egészségügyi Kultúrtörténeti Tanszék

Bevezetés

Az utóbbi évtizedek rendkívül kedvezőtlenül alakuló családstatistikai és demográfiai mutatói (8) önmagukban is indokoltá teszik a jövő generáció családképének, családalapítással és gyermekvállalással kapcsolatos elképzeléseinek kutatását. Az említett demográfiai szempont mellett a téma kutatása indokolt a társadalomban élő családok és egyének személyes érintettsége, a családok és egyének egészsége és

hatékony egészségfejlesztése, valamint a szakemberképzés fontossága miatt is. Különösen jelentős az anyaság társadalmi szerepének újragondolása, az egészséges családok létrejöttének és fennmaradásának támogatása. A Szociális és Családügyi Minisztérium CEDAW jelentésében megfogalmazottak szerint sürgős és hatékony beavatkozásra van szükség (12).

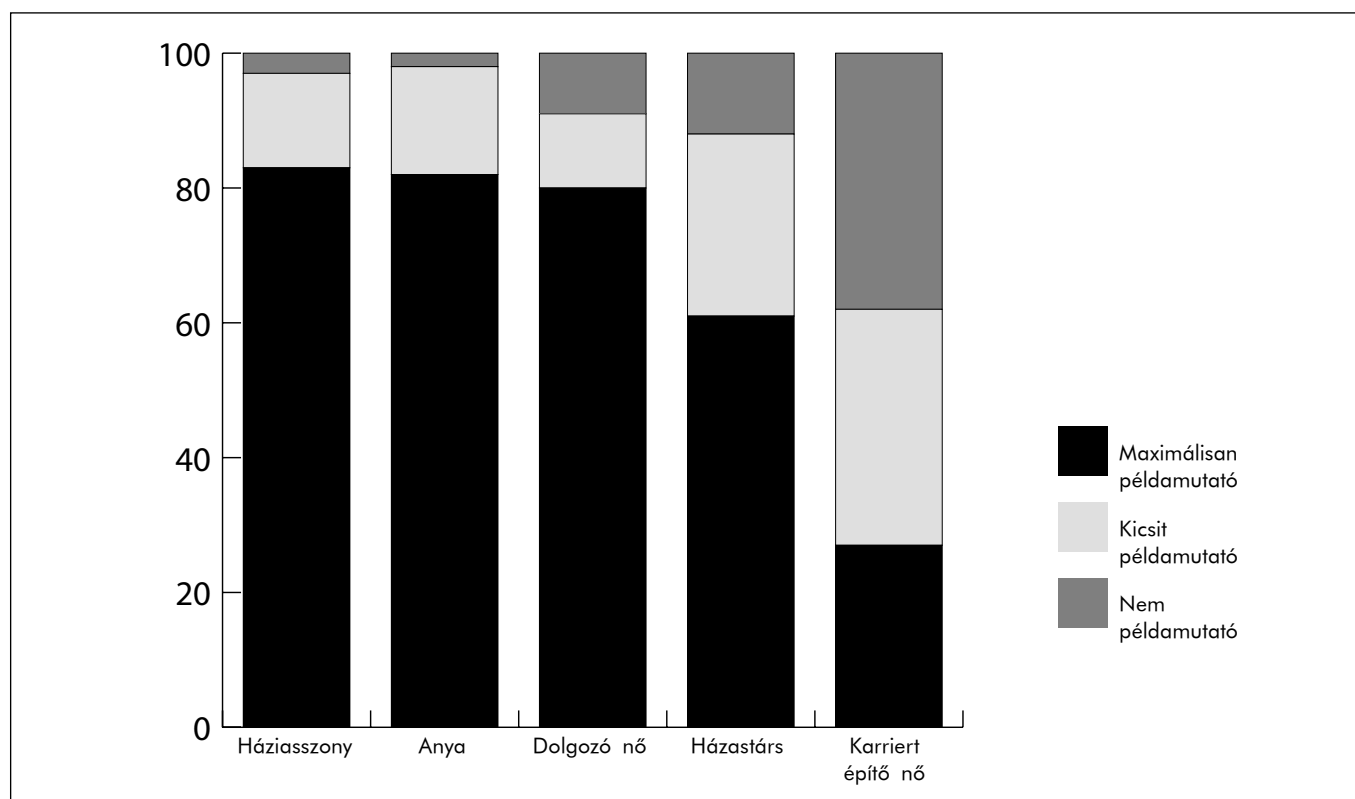
Prof. Dr. Simon Tamás egy cikkében az egészséget befolyásoló tényezők, az

egészség „barátai” között (az anyagi biztonság, a nyugodt élettempó, a szabálykövetés, a jó példák és jó barátok mellett) a boldog családot, mint lényeges hatótényezőt nevesíti (10).

Más hazai kutatások (3, 4, 5, 9, 11) tapasztalatai is azt mutatják, hogy a boldog és egészséges családi életnek mindenképpen fontos elemei a helyes anya-, női szerepek és családkép, a sikeres családalapítás és az egészséges családfejlődés.

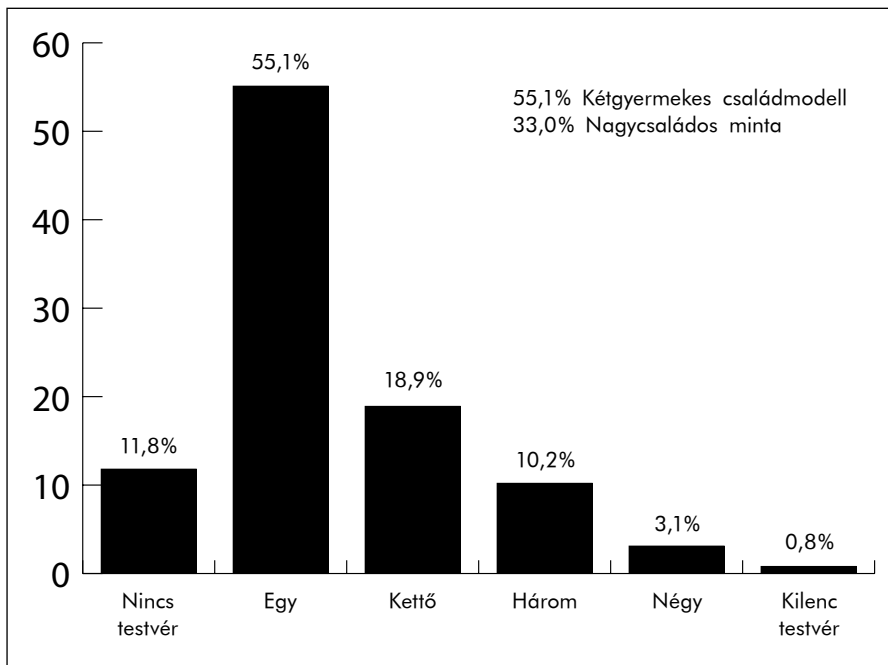
1. ábra

A származási/mintaadó család jellemzői (n=127 fő)
Az anya mintaadó, példamutató szerepe



2. ábra

**A származási/mintaadó család jellemzői (n=127 fő)
A testvérek számának alakulása**



Célkitűzés

Kutatásunk legfontosabb célkitűzése a magyar családok családalapítása, gyermekvállalása, a családok egészségének formálása szempontjából is majdan kiemelt szerepet játszó védőnői hallgatók női szerepére, családképére, a saját család alapítására és a gyermekvállalásra vonatkozó elképzeléseinek megismerése.

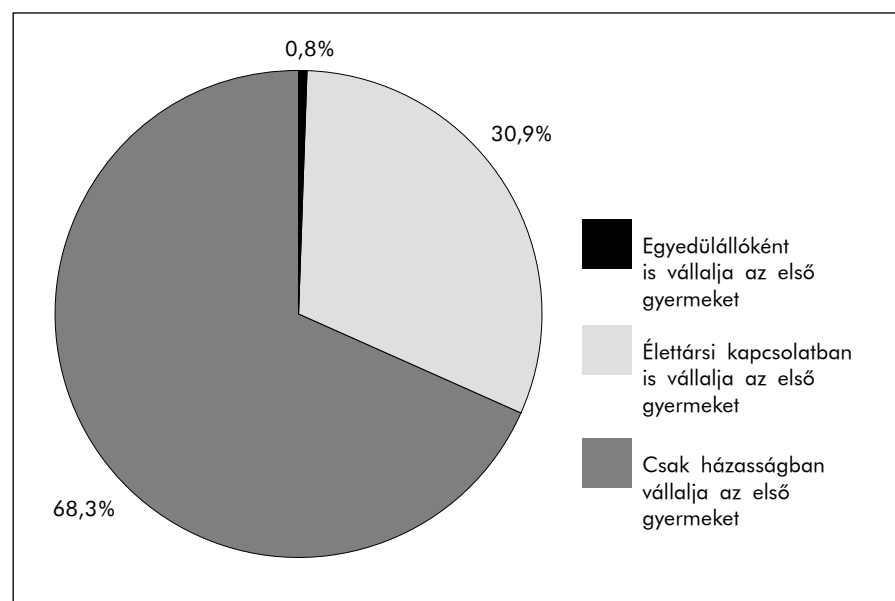
Felmérésünk az egészséges család és egyén fejlődése szempontjából kiemelt, számos buktatót magában rejtő (új családi közösség, a szülői és nagyszülői szerepek elfogadása, családdá szerveződés, családi egyensúly kialakítása, első házassági krízisek feltűnése, gyermekvállalás, az újszülött helye a családban, az új érzelmi elérhetőségek formáinak keresése, a családon belüli viszonyok újratárgyalása... stb.) családalapítási életciklusra (1, 2, 6) vonatkozó hallgatói elképzelések vizsgálatára irányult.

Jelen cikk a kutatási eredmények közül elsősorban a származási (mintaadó) család jellemzőinek, valamint a saját családalapítás kérdésköreinek bemutatására irányul. Választ keressünk arra, hogy a jelenleg még szak-

mai tanulmányaikat folytató védőnői hallgatók milyen családi mintát hoznak magukkal, milyen elképzelésekkel rendelkeznek saját családjuk alapítására és a gyermekvállalásra vonatkozóan, valamint a jövőre vonatkozó terveik mennyire tükrözik egészséges életszemléletet.

3. ábra

**A családalapításra vonatkozó elképzelések (n=127 fő)
A tervezett családi állapot megoszlása az első gyermek érkezésekor**



Anyag és módszer

A kvantitatív kutatás során önkitöltős kérdőíves módszert alkalmaztunk. A felmérés önkéntes adatközlésen, anonim kitöltésen alapult. A kérdőívek kérdései három kérdéskört céloztak meg, a szociodemográfiai adatokra, a női szerepekre, valamint a családalapításra és a gyermekvállalásra vonatkozó elképzelésekre irányultak. A változók száma 129 volt.

A kutatást 2007 májusában a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar nappali tagozatán tanuló II–III–IV. éves védőnői hallgatók körében végeztük, értékelhető választ 127 hallgatótól adott (76,5%). Az adatok feldolgozása az SPSS 15.0 statisztikai programcsomag segítségével történt.

Eredmények

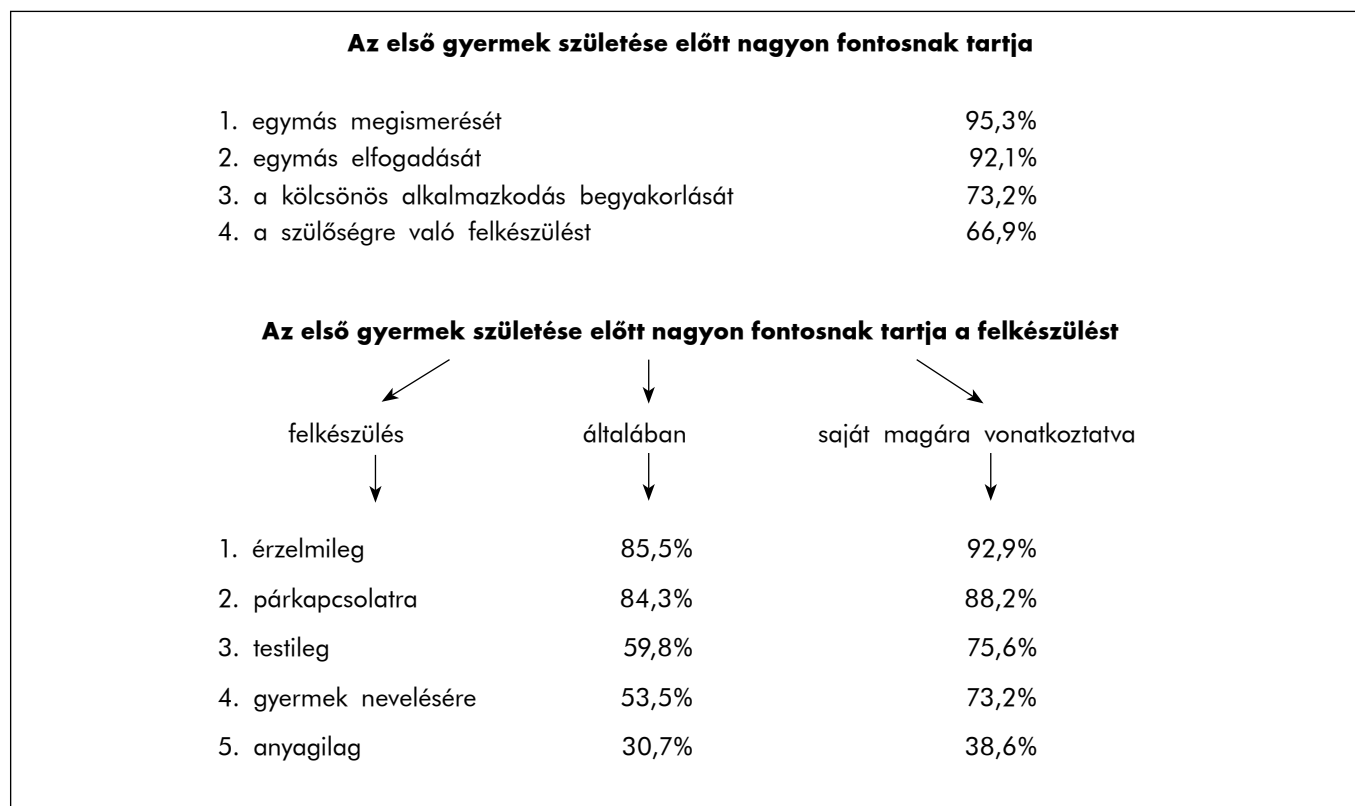
A minta bemutatása

A kutatásban résztvevő II–III–IV. éves védőnői hallgatók átlag életkora 22,27 év, az életkori megoszlásukat tekintve közel 40%-uk az általuk látogatott évfolyamnak megfelelő életkornál idősebb (átlagosan 1,35 évvel), legidősebb hallgatóink 36 évesek.

Lakóhelyüket tekintve közel 1/3–1/3 arányban a fővárosban és

4. ábra

A családalapításra vonatkozó elképzelések (n=127 fő)



egyéb városokban, illetve községekben laknak.

A hallgatók nagyobb hányada középfokú (anyák: 64,6%, apák: 62,2%) és felsőfokú (anyák: 22,8%, apák: 27,6%) iskolai végzettségű szülőktől származik, de előfordult általános iskolai végzettséggel, vagy még azzal sem rendelkező szülő is. Az anyai és apai végzettség közötti eltérés minimális.

A származási/mintanyújtó család jellemzői

A hallgatók 77,2%-a kétszülős családban nőtt fel, 15,0%-ának szülei a gyermek 16 éves kora előtt elváltak vagy külön éltek, 7,8%-a az egyik szülő elvesztése miatt élt egyszülős családban.

A kérdésre választ adó 122 hallgató-nő közül 50,8% mindkét szülő, 41,8% az édesanya, 4,1% egyéb családtag, 3,3% az édesapa gyermekkori nevelő hatására emlékszik leginkább.

Az édesanyák jellemzően (háromnegyedrészen) pénzkereső tevékenységet folytatnak a gyermeknevelés, háztartásvezetés stb. mellett, az anyák

egyenegyede viszont háztartásbeliként nevelte gyermekeit a gyermekek legálább 10 éves koráig.

A kutatásban résztvevő hallgatók számára nyújtott anyai minta, példakép megoszlását szemléltető ábrából (1. ábra) kitűnik, hogy a hallgatók számára az édesanya leginkább háziasszony–anya–dolgozó nő, kevésbé házastárs, legkevésbé karriert építő női példaképként jelenik meg.

Gyermekszám/testvérszám tekintetében (2. számú ábra) megállapítható, hogy a hallgatók több mint fele kétgyermekes családban nőtt fel, és magas azok aránya is, akik nagycsaládban (három, vagy háromnál több gyermek) éltek. Alig több mint 10%-uk nőtt fel egyedüli gyermekként.

Saját család alapítására vonatkozó elképzelések

Hallgatónőink majd 85%-a a családalapításra és gyermekvállalásra igen tudatosan készül, 70%-uk nem tervezett gyermek érkezése esetén is mindenképpen vállalná a gyermeket. Terveik szerint időt szánnak párjuk

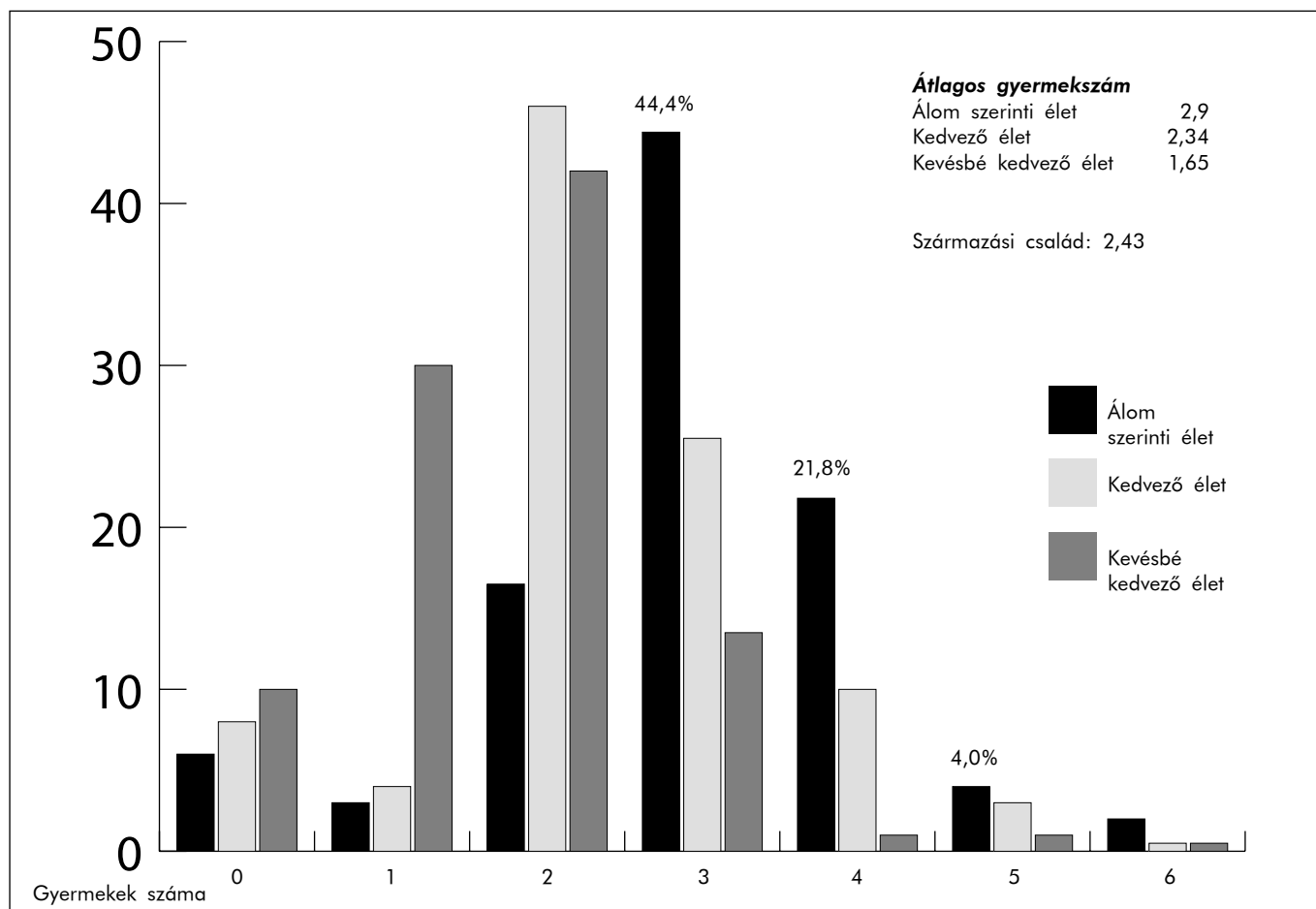
megismerésére, a párkapcsolat kiépítésére. Az első gyermek születése előtt jellemzően 2–3, illetve egyenegyedük 4–5 évet szeretne együtt tölteni gyermeke édesapjával.

A 3. ábrából kitűnik, hogy egy hallgató kivételével nem egyedülállóként, hanem párkapcsolatban szeretnének gyermeket vállalni, az élettársi kapcsolat és házasság közül inkább a házasságot preferálják. Elképzeléseik szerint 100%-uk nukleáris családban, saját családi háztartásban szeretne élni.

Az első gyermek születése előtt a legtöbben nagyon fontosnak tartják (4. ábra) egymás megismerését és elfogadását, a kölcsönös alkalmazkodás begyakorlását, legkevésbé a szülőségre felkészülést. A felkészülést általában és saját magukra vonatkozóan is legtöbben érzelmileg, a párkapcsolat tekintetében, testileg, a gyermek nevelése területén és anyagilag tartják fontosnak. Önmagukkal szemben szigorúbban gondolkodnak, saját magukra vonatkozóan magasabb arányban érzik kötelezőnek a felkészülés szükségességét és fontosságát, mint ahogyan álta-

5. ábra

A gyermekvállalásra vonatkozó elképzelések (n=127 fő)
A tervezett gyermekszám alakulása a különböző jövőbeli élethelyzetekben



lában a családot alapító párokra vonatkoztatva gondolják.

Az első gyermek születését átlagosan 26,19 évesen tervezik, de 32,63 évesen még vállalnák első gyermekük világra hozatalát. Az utolsó gyermek születésekor átlagosan maximum 37,15 évesek szeretnének lenni. Az egyes gyermekek érkezése között a legtöbben általában 2–3 évet terveznek. Jellemző, hogy a gyermekszám növekedésével a gyermekek között tervezett idő csökken, az utolsó gyermekek között már csak átlagosan 2,16 év különbség van. A gyermekvállalásra vonatkozó terveket szemléltető ábrából (5. ábra) kitűnik, hogy a tervezett átlagos gyermekszám álom szerinti élet alakulása esetén igen magas – átlagosan 2,9 gyermek –, kedvező élet és kevésbé kedvező élet esetén csökken. Álom szerinti élet esetén 3, 4, 2, kedvező élet esetén 2, 3, 4, kevésbé kedvező élet esetén 2, 1, 3 gyermeket vállalnának leginkább a hallgatók. A

származási család gyermekszámaihoz leginkább a kedvező élethelyzetben tervezett gyermekszám alakulása áll a legközelebb.

Saját életüket tekintve a hallgatónők nagy része (86,6%) igen fontosnak tartja az anyaságot – a gyermek nélküli életet nem is tekintik teljes életnek –, ennél kevésbé fontos számukra a tanult szakma gyakorlása és a karrier.

Jövőjük tekintetében fele-fele arányban optimisták, illetve vegyes érzelmeik vannak, mindössze 7 hallgató látja jövőjét inkább borúlátóan. Végzést követően a család, a gyermekvállalás, a munka és a karrier tekintetében minimális, illetve kis nehézségekre számítanak.

Megbeszélés

A hallgatók több mint háromgyede a szocializációs mintaadás, a nevelés, az egészséges személyiség és

családfejlődés szempontjából általában kedvezőbb hatású, kétszülős családban nőtt fel, lehetőségük volt mind a férfi és női, mind az anya- és apaszerepek személyes megtapasztalására. A jövőbeni saját családi élet és hivatás tekintetében is vagy mindkét szülő, vagy az anya erős nevelő ereje pozitív hatású. Az egyszülős családban felnövekvő hallgatók feltehetően hiányosabb személyes tapasztalatait a képzés során figyelembe kellene vennünk.

Az édesanyák lánygyermekük számára nyújtott helyes női szerepmintái az egészséges fejlődés szempontjából jelentős hatással bírnak. Hallgatóink a női szerepek tekintetében leginkább háziasszonyi–anyai–dolgozó női szerepminta példaképet láttak édesanyjukban. Édesanyjuk házastársi (párkapcsolati), valamint karriert építő női szerepei kevésbé voltak példaképértékűek számukra, vagyis felkészületlenül érheti őket későbbi életükben

a karrier és család szerepek következtében fellépő szerepkonfliktus feloldásának mikéntje.

Saját jövőbeni család tekintetében konzervatív családmódelben gondolkodnak, preferálják elsősorban a házasságot, illetve a párkapcsolatban élést és gyermekvállalást. Saját családjukkal külön, nukleáris családként szeretnének élni, lemondva ezzel a többgenerációs család nyújtotta előnyökről.

Tudatosan tervezett, biztos, jól működő párkapcsolatban, illetve családmódelben gondolkodnak. Több évet is szívesen áldoznak a családi alapok lerakására. A gyermektelen állapotot nehezen viselnék, inkább nagycsaládban (3 vagy több gyermek vállalása), mintsem egy gyermekben gondolkodnak.

A gyermekvállalás tervezett ideje – az országos statisztikai adatokhoz (8) hasonlóan – hallgatónk esetében is kitolódik. A gyermekvállalás életkorbeli kitolódása az anya és a magzat egészsége szempontjából is rizikó tényezőket hordoz (7). Az idősebb életkorban történő gyermekvállalás hatásai között gyakran elsiklik a figyelem olyan fontos, a család egészséges működését befolyásoló tényezőkről, mint az idősebb életkorban történő alkalmazkodási nehézségek, merevebb szokásrendszer, egymás berögzött szokásainak elfogadása, az előző generáció támogató hatásának kiesése (nagyszülők idős kora, betegsége, esetleg elhalálózása). Nemcsak az első, hanem a további gyermekek érkezésének ideje is kitolódik. A kutatásból egyértelműen kitűnik, hogy nagycsalád tervezése

esetén a szülések életkorbeli kitolódása miatt az optimális szülési időintervallum beszűkül és a gyermekek a jövőbeli tervek szerint gyors egymásutánban érkeznek. A gyermekek közötti alacsony életkorbeli különbség, a családi rendszer gyors változása mind a családtagok, mind az egész család számára megterhelő lehet. Ez a helyzet a család és a családdal foglalkozó szakemberek részéről kiemelt figyelmet követel.

Hallgatónőink származási családjuk tekintetében egészséges szülői családmódellel, kedvező múltbeli tapasztalatokkal rendelkeznek. Saját tervezett családjukra vonatkozóan is igaz, hogy egészséges családképpel, határozott jövőbeli tervekkel rendelkeznek, a gyermekvállalásra tudatosan készülnek. A kapott eredmények hivatásuk tekintetében is biztatóak. A képzés során azonban figyelmet kell fordítanunk arra, hogy a családalapításra történő tudatos készülés, több éves felkészülés, párkapcsolatba befektetett „munka” ellenére a tervezettől eltérően, attól kedvezőtlenebbül is alakulhat az élet. A nehézségek, problémák az élet velejárói, azokkal anyaként és szakemberként is találkozni fognak, azokat kezelniük kell. Saját elképzeléseiktől merőben eltérő tervekkel életnek induló családokkal is (a párkapcsolat, a gyermekvállalás és a nevelés alternatív formái, szingli, egy gyermeket vállaló párok, többgenerációs családok, nem tervezett gyermeket nevelő párok, kedvezőtlen vagy hiányos családi szocializációs mintával rendelkező szülők, saját gyermek nevelését nem

vállalók... stb.) együtt kell dolgozniuk, majdani munkájuk szerves részét képezi a megszokottól eltérő habitussal, attitűdökkel rendelkező családok gondozása is.

Összefoglalás

Kutatásunk az egészséges család és az egyén fejlődése szempontjából kiemelt, számos buktatót magában rejtő családalapítás életciklusára vonatkozó hallgatói elképzelések vizsgálatára irányult.

A kutatási eredmények azt mutatják, hogy a hallgatók hozott családi mintájukról és saját családjuk jövőjéről is inkább pozitív képpel rendelkeznek. Konzervatív családmódelben, nukleáris családban gondolkodnak, jellemzően kettő vagy kettőnél több gyermeket szeretnének, tudatosan tervezett, családcentrikus jövőt képzelnek el maguknak. A kapott eredmények egészséges életszemléletet tükröznek. A jövő védőnői és édesanyái bizakodóak, a család–gyermekvállalás–munka–karrier tekintetében minimális, illetve kis nehézségekre számítanak. Az egészséges életszemléletbe azonban fontos „beépíteni” a nem várt családi eseményeket, a tervezetten kívüli történéseket, a tudatos készülés mellett is bekövetkező nehézségeket, problémákat, lehetséges kudarcokat. A párkapcsolat és gyermekvállalás szempontjából alternatív családi életet élő családokkal folyó munka elképzelhetetlen, kikerülhetetlen a családokkal foglalkozó minden egyes segítő szakember számára.

Irodalom

1. Bíró S.–Kömlösi P. (szerk.): *Családterápiás olvasókönyv I.* Mérei Mentálhigiénés Szolgálat, Budapest, 1999.
2. Farkas P.: *Családszociológia és gyermekvédelem.* PPKE, Pilisicsaba, 2000.
3. Feith H. J.: *Női szerepek és konfliktusok egészségügyi diplomás életpályákon.* PhD-értekezés. SE, Budapest, 2008.
4. Feith H. J.–Balázs P.–Kovácsné Tóth Á.: „Az ötödéves orvostanhallgató-nők karrier és családtervei.” *Lege Artis Medicinae*, 2006; 16(6): 585–589.
5. Feith H. J.–Kovácsné Tóth Á.–Balázs P.: „Női szerepek diplomás ápoló hallgatóknak jövőképeben.” *Nővér*, 2005; 18: 3–9.
6. Forrai J.: *A magánélet és az egészség kultúrája I.* Dialógus Campus, Budapest–Pécs, 2002.
7. Herczeg J.: „Fiatal és idősebb korú várandós nők gondozásának irányelvei.” In: Rigó J.–Papp Z. (szerk.): *A várandós nő gondozása.* Medicina, Budapest, 2005; 31–35.
8. *Demográfiai Évkönyv 2006.* KSH, Budapest, 2007.
9. Pongrácz T.-né: „A család és a munka szerepe a nők életében.” In: Nagy I.–Pongrácz T.-né–Tóth I. (szerk.): *Szerepváltozások – Jelentés a nők és férfiak helyzetéről 2001.* TÁRKI–Szociális és Családügyi Minisztérium, Budapest, 2001; 30–45.
10. Simon T.: „Az egészség értékékként való megismertetése és elfogadtatása.” *Egészségnevelés*, 2002; 43(4):145–146.
11. Soósné Kiss Zs.: *Az első gyermeket váró szülők szakmai támogatása.* PhD-értekezés. Semmelweis Egyetem, Budapest, 2007.
12. *Magyarország IV. és V. kormányzati jelentése az ENSZ számára a nőkkel szemben alkalmazott hátrányos megkülönböztetés minden formájának kiküszöböléséről.* Szociális és Családügyi Minisztérium, Budapest, 2000.

Az olimpikonok életkilátásai

Dr. Alliquander Anna

Semmelweis Egyetem, ÁOK, Közegészségtani Intézet

„A sport nem csak testnevelés, hanem a léleknek is a legerőteljesebb és legnemesebb nevelő eszköze.” (Szent-Györgyi Albert)

Bevezetés

A rendszeres fizikai aktivitás mind a fiatal, mind az idősebb korosztályban javítja a halálozási mutatókat, csökkenti a mozgásszervi betegségek, keringési megbetegedések, a cukorbetegség és egyes daganatos megbetegedések kialakulásának valószínűségét.^{1, 2, 3, 4, 5} A sport segít abban, hogy megbirkózzunk a stresszel.⁶ Az élsportolók életkilátásait azonban egyre kevésbé a coubertini eszme élethosszig tartó testi és lelki harmóniája, sokkal inkább gazdasági szempontok (rekordok, profizmus, pénz, dopping) jellemzik. Válogatott evezősként, különféle rendezvényeken sok olimpikonnal találkozhattam. Mindig nagy csodálattal néztem és örömmel hallgattam a nyolcvan felett is aktív, jó egészségnek örvendő időseket, és gyakran elszomorodtam a nehezen mozgó, atletikus alkatukat a múltban felejtő középkorúakon. Ismerem 73 évesen hegyi mentőként dolgozót⁷ és munkaképtelen negyvenest. Ez a személyes tapasztalat, valamint a fiatal sportolók rejtélyes haláláról szóló, egyre gyakoribbá váló hírek vezettek ahhoz, hogy az újkori olimpiák elhunyt pontszerzőinek élettartamát és az adott időszakban a születéskor várható átlagos élettartamot összehasonlítva, következtetéseket vonjak le kauzális összefüggéseket, illetve hipotézisek tesztelésének igénye nélkül.

Anyag és módszer

A magyarok az újkori (nyári és téli) olimpiákon (1896-tól 2004-ig – Athéntól Athénig) 895 pontszerző (1.–6. hely) helyezést értek el. Ez a szám nem azo-

nos a helyezést elért sportolók számával – hiszen a csapatsportokban a csapat éri el az adott eredményt –, vannak „éremhalmozók”, és több sportágban is jeleskedő, igazi „all round” sportemberek. A kezdeti adatgyűjtési nehézségeket nagyban megkönnyítette a Magyar Olimpiai Bizottság megalapításának 110. évfordulója tiszteletére készült kiadvány,⁸ amelynek segítségével 360 elhunyt olimpiai pontszerző élettartamát (további 56 sportolónak – dokumentumok hiányában – nem ismeretes a születési és/vagy halálozási dátuma) hasonlítottam össze az adott időszakban a születéskor várható átlagos élettartammal (1. táblázat).⁹

Eredmények

A 20. században a születéskor várható élettartam száz év alatt csaknem megduplázódott. Ennek oka, hogy a gümőkór és a kisgyermekkorra jellemző betegségek viszonylagos súlya jelentéktelenné vált, az ezredfordulón a nem fertőző, krónikus degeneratív betegségek okozták az összhálaózás legalább kilenczetedét. Lényegében a kardiovaszkuláris betegségektől, a rosszindulatú daganatos megbetegedésektől és az erőszakos cselekményektől, illetve az ezekből származó halálozások gyakoriságától függ a mortalitás aktuális szintje.¹⁰

Az 1930-as évek második feléig született élsportolók életkilátásai jóval meghaladták az átlagpopuláció életkilátásait, annak ellenére, hogy a múlt század nagy kataklizmái közöttük is nagy embervesztéssel jártak. (1. ábra) Ez még akkor is igaz, ha figyelembe vesszük, hogy a 20. század elején az első hat életév rendkívül magas halálozási

valószínűsége miatt (a „veleszületett gyengeség”, a „gyermekaszály”, az újszülöttkorra jellemző betegségek és a gyermekbetegségek által okozott halálozások az össznépességben előforduló összes haláleset felét adták¹¹) a hétéves korban még várható élettartam mintegy 12 évvel hosszabb volt a születéskor várható élettartamnál.

A második világháborút követően a születéskor várható átlagos élettartam növekedése (a csecsemőhalandóság csökkenése) olyan értéket ért el, hogy az ezután született élsportolók többsége ma is él, csak a korai halálozások kerülnek látóköreinkbe. Vagyis kijelenthető, hogy a második világháborút követően született, 2006 végéig elhunyt 40 élsportoló mindegyike idő előtt távozott az élők sorából (a halálozások oka nem hozzáférhető, illetve etikai szempontból vizsgálatuk kifogásolható), több megválaszolatlan kérdést felvetve.

Megbeszélés

Az elhunyt középkorú elitsportolók halálozásában vajon szerepet játszanak-e a tiltott szerek késői mellékhatásai (az akut hatások mellett, amely évente sok fiatal életét követeli¹²)? Az olimpiákon 1968 óta van doppingellenőrzés, 1976-ban tudták először kimutatni az anabolikus szteroidokat, 2000 óta van vérvizsgálat – a géndopping kiszűrése kérdéses.

Sok esetben sportkarrierjük befejezése után a hirtelen inaktívvá váló „ünnepelt sztárok” gyakran elveszítik helyüket, szerepüket a világban, a társadalomban, a velük történő események értelmetlenné, a kihívások megoldha-

1. táblázat

A születéskor várható élettartam a múlt században és az elhunyt olimpiai pontszerzők élettartama

Évszám	Férfiak	Nők	Évszám	Elhunyt olimpiai pontszerzők élettartam tlgja	Elhunyt olimpiai pontszerzők száma
	születéskor várható átlagos élettartama (év)			(születési kohorsz 6 éves intervallumban)	
			1864–1871	63,66	n=6
			1872–1877	63	n=6
			1878–1883	64,69	n=23
			1884–1889	72,16	n=36
			1890–1895	58,27	n=29
1900	36,6	38,2	1896–1901	74,53	n=15
1910	39,1	40,5	1902–1907	76,65	n=41
			1908–1913	68,32	n=59
1920	41	43,1	1914–1919	72,37	n=29
			1920–1925	65,06	n=31
1930	48,7	51,8	1926–1931	63,11	n=27
			1932–1937	56,22	n=18
1940	55	58,2	1938–1943	53,52	n=19
1950	59,9	64,2	1944–1948	50,25	n=8
			1950–1955	45,75	n=8
1960	65,9	70,1	1959–1961	34,5	n=2
			1962	37	n=2
1970	66,3	72,1	1976	29	n=1
1980	65,5	72,7			
1990	65,1	73,7			

tatlanná válnak. Életminőségük javításának kísérletei: elhízás, dohányzás, alkoholabúzus. Ez is szerepet játszhat a nagyszámú daganatos, illetve szív- és érrendszeri halálozásban.

Elképzelések, ajánlások

A sportegészségügyi hálózat fejlesztésével ki lehetne alakítani egy sportegészségügyi surveillance rendszert, amely sportáganként (keretorvosokként, edzőkként) nyilvántartaná a morbiditási és mortalitási adatokat is, egy életen át

nyomon követve a sportolók egészségi állapotát. Így fény derülne arra, hogy rövid, illetve hosszú távon mely sportág (keretorvos, edző) válogatottjai vannak „nagyobb veszélyben”.

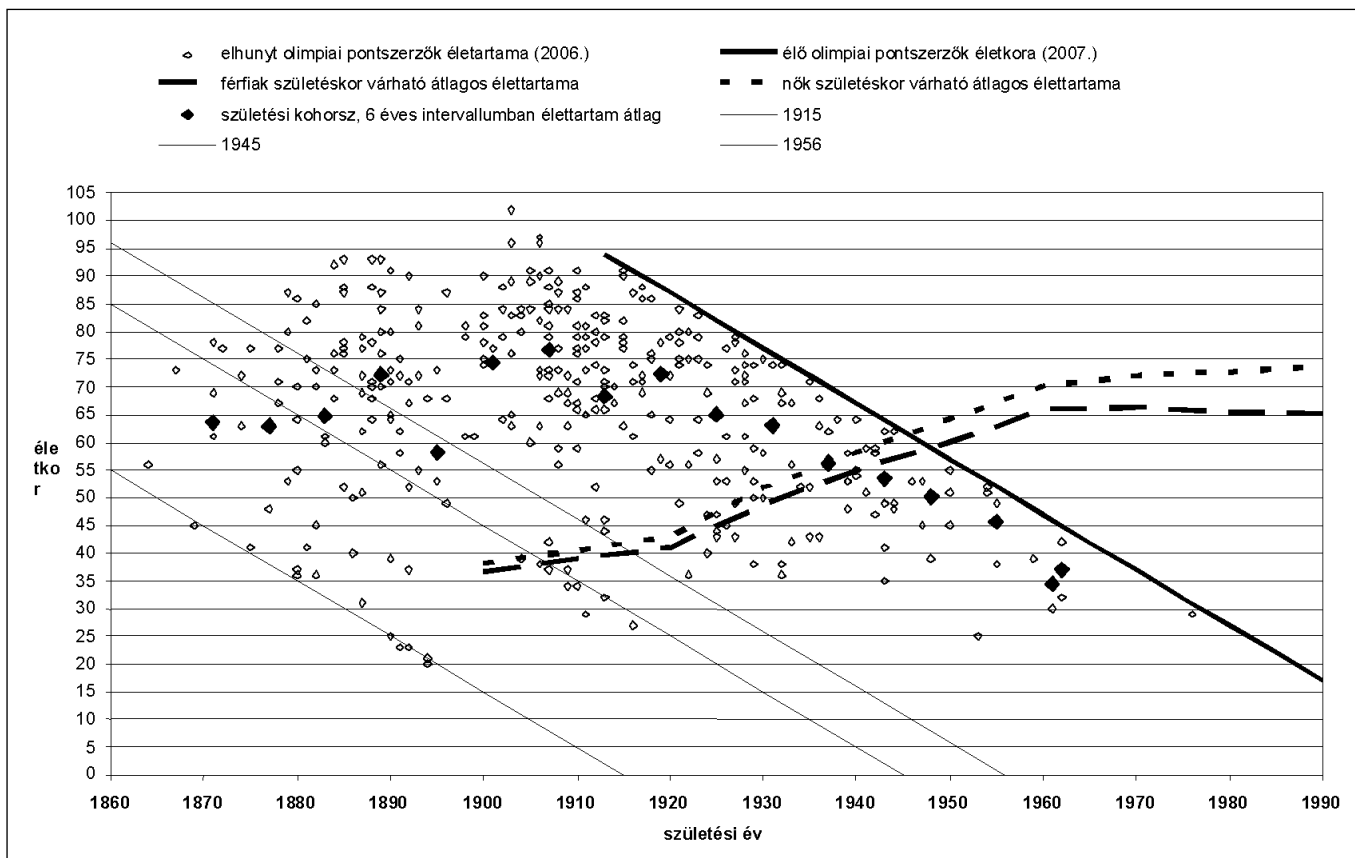
Ahhoz, hogy napjaink és a jövő sportesillagai a fiatalok példaképei legyenek, nemcsak kiváló test-nevelést, hanem „lélek-nevelést” is kell kapniuk. A sport megtanít a kitartásra, az összetartásra, a tisztességre, a nemes küzdelem (*fair play*) szabályaira, és életminőség-javító hatásában jelentős egészségfejlesztési lehetőségek rejlenek.

Összefoglalás

A sport életminőségjavító hatásában jelentős egészségfejlesztési lehetőségek rejlenek. Az élsportolók életkilátásait azonban egyre kevésbé a coubertini eszme élethosszig tartó testi és lelki harmóniája, sokkal inkább gazdasági szempontok (rekordok, profizmus, pénz, dopping) jellemzik. Az 1930-as évek második feléig a sportolók életkilátásai jóval meghaladták az átlagpopulációét. A második világháború után született élsportolók többsége ma

1. ábra

**Az elhunyt olimpiai pontszerzők élettartama,
és az adott időszakban a születéskor várható átlagos élettartam**



is él, csak az „idő előtti” halálozások kerülnek látókörünkbe, több – további vizsgálatot igénylő – kérdést felvetve: tiltott szerek késői mellékhatásai; a sportkarrier befejezése után veszélyeztető magatartásformák (elhízás, dohányzás, alkohol abúzus) előtérbe kerülése, növelve a daganatos, illetve szív- és érrendszeri mortalitást. A sportegészségügyi hálózat fejlesztése, valamint a test-nevelés és a „lélek-nevelés” segítségével az olimpiakonok újra a fiatalok példaképévé válhatnak.

Kulcsszavak

Életminőség, életkilátás, élsport, veszélyeztető magatartásformák, dopping

Abstract

Sports improve quality of life in general, but there are further health benefits contributable to sports. These days the outlook for Olympic athletes is no longer the lifelong harmony of the body

and spirit phrased in Coubertin’s notion, but rather the commercial aspects of sport: records, money, contracts, doping. Till the late 1930’s, athlete’s lifespan exceeded average peoples’ life by a long shot. Most of the leading athletes born after the II World War are still alive.

Only that we tend to concentrate on the few early deaths, which would require further research in the impact of banned substances on later life, or of harmful addictions (e.g. alcohol abuse, smoking, obesity) after the end of sport careers. These increase the malignant tumour and cardiovascular system mortality. By improving Olympic athletes’ health care networks and their physical and psychological training, they could become idols for the young generation again.

Keywords

Quality of life, life expectancy, competitive sport, doping

Irodalom

1. Haapanen–Niemi N.–Vuori I.–Pasanen M.: „Public Health Burden of Coronary Heart Disease Risk Factors among Middle-Aged and Elderly Men.” *Preventive Medicine*, 1999, 28,(4):343–348.
2. Vuori I.: „Does physical activity enhance health?” *Patient Education and Counselling*, 1998, 33:S95–S100.
3. Arnett D. K.–McGovern P. G.–Jacobs D. R.–Shahar E.–Duval S.– Blackburn H.–Luepker R. V.: „Fifteen-year trends in cardiovascular risk factors (1980–1982 through 1995–1997): the Minnesota Heart Survey.” *Am-J-Epidemiol*, 2002, 156(10):929–35.
4. Lee I. M.: „Physical activity and cancer prevention — data from epidemiologic studies.” *Med. Sci. Sports Exerc*, 2003, Nov, 35(11): 1823–7.
5. Kriska A.: „Can a physically active lifestyle prevent type 2 diabetes?” *Exerc Sport Sci Rev*, 2003, Jul, 31(3):132–7.
6. Morgan W. P.: „Affective beneficence of vigorous physical activity.” *Med. Sci. Sport Exerc*, 17(1985):94–100.

7. Jocha K.: *Siker vagy kudarc az olimpiai ezüstérem?* Geo-Sport Bt., Budapest, 2007. 27.
8. Aján T. (főszerk.): *Magyarok az olimpiai játékokon.* MOB, Budapest, 2005.
9. Tomka B.: *Társadalmi integráció a 20. századi Európában: Magyarország esete.* Kézirat, <http://c3.hu/scripta/>
10. Józán P.: „A halandóság alapirányzata a 20. században, és az ezredforduló halálzási viszonyai Magyarországon.” *Magyar Tudomány*, 2002/4, 419.
11. *Magyar Statisztikai Közlemények, A magyar korona országainak 1900, 1901 és 1902 évi népmozgalma.* Magyar Királyi Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 1905.
12. Pound R.: *Inside Dope. How Drugs Are the Biggest Threat to Sports, Why You Should Care, and What Can Be Done about Them.* Wiley, 2006.

HELYREIGAZÍTÁS

Sajnálatos tévedés folytán folyóiratunk 2007/5–6. számában, a *Felnőttek érték- és tevékenységrendszerének feltárása* című tanulmány szerzőinek sorrendje felcserélődött. A tanulmány első szerzője *Bognár József*, munkatársai társszerzőként az adatok szolgáltatásában nyújtottak segítséget.

Tévedésünkért az érintettek szíves elnézését kérjük.

A címben megjelölt témában 2008. június 12-én országos konferenciát tartott az *Országos Egészségfejlesztési Intézet*, a *Pápai Páriz Egészségnevelési Országos Egyesület Férfiak Egészségéért Szakcsoportja*, Budapest Főváros XVII. kerületi Önkormányzatának *Egészségnevelése*, valamint az *Országos Alapellátási Intézet* az Országos Tisztifőorvosi Hivatal Fodor József nagytermében. Hazánkban első alkalommal gyűltek össze e témában tanácskozásra szakemberek.

A konferencia előzménye: az igényt az a felismerés hozta létre, hogy a férfiak megbetegedésének aránya világszerte jóval magasabb, mint a nőké. A demográfiai és morbiditási adatokat elemezve a születéskor várható élettartam tekintetében a férfiak 5–8 évvel rövidebb életre számíthatnak. Az idő előtti halálzásért elsősorban a daganatos és keringési megbetegedések, a májzsugorodás és a balesetek felelősek, gyakoribb a mentális magány, az izoláltság, az önértékelés hiánya. Mindehhez hozzájárul, hogy a férfiak ritkábban veszik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat. Szükséges volt, hogy ennek okait, hátterét sokoldalú és átfogó vizsgálatok tárják fel és ezek alapján országokénti és nemzetközi tevékenység alakuljon ki.

E megállapításokat deklarálta a 2005 szeptemberében Bécsben tartott *Európai Men's Health Forum (EMHF)*, a *Férfiak Egészségéért Európai Fórum* konferenciája. Ugyanitt felhívták az Európai Unió, a nemzeti kormányok, az egészségügyi szolgáltatók felelőseinek figyelmét arra, hogy:

- törekedjenek a férfiak egészséggel kapcsolatos magatartásának jobb megértésére;
- vegyék figyelembe a „férfiúi érzékenységet” az egészségükről történő jobb gondolkodás érdekében;
- a fiúk és ifjak egészsége lényeges tevékenység legyen az iskolában és a közösségi területeken;
- alakítsanak ki olyan egészségi és társadalmi célú politikát, amely elősegíti a férfiak egészségét. Nemzetközi megállapodás alapján minden év júniusában tartják a Férfiak Egészségének Nemzetközi Hetét.

Férfiak Egészségének Nemzetközi Hete Fókuszban a vastagbélrák

2008. június 12., Budapest

Dr. Gritz Arnoldné

A Pápai Páriz Egészségnevelési Országos Egyesület Férfiak Szakcsoportjának és a konferencia szervezőbizottságának tagja

Magyarország hazai tevékenységgel és a nemzetközi programokba történő bekapcsolódással csatlakozott a mozgalomhoz. Jelenleg már az ezt szervező és összefogó civil szervezet is megalakult, itthoni kapcsolatait, programjait folyamatosan alakítja, az európai és nemzetközi konferenciákon, tanácskozásokon aktív részvétellel igyekszik helyét megerősíteni.

A konferencián országos hírű elismert szaktekintélyek tartottak előadást, úgymint: *Prof. dr. Tulassay Zsolt* gasztroenterológus, egyetemi tanár a vastagbélrák szűrési ismérveiről, stratégiáiról, a szűrések megbízhatóságáról, az időben történő felismerés jelentőségéről; *Dr. Balogh Sándor*, az Országos Alapellátási Intézet főigazgatója kiemelte az alapellátás szerepét a szervezett vastagbéliszűrés terén, elemezte a férfiak és nők megbetegedési arányát és kiemelte a prevenció fontosságát e területen is. *Prof. dr. Regöly-Mérei János* a már megbetegedettek sebészi kezelésének, terápiájának, gyógyításának lehetőségeiről tartott előadást, hangsúlyozva, hogy e téren is a fejlődés eredményei mutatkoznak. *Prof. dr. Ottó Szabolcs* hazai és nemzetközi adatok tükrében elemezte e betegség epidemiológiáját, kialakulásának megelőzési lehetőségeit. *Prof. dr. Döbrössy Lajos* WHO szaktanácsadó az életmód szerepét emelte ki a vastagbélrák megelőzésében. *Dr. Kovács Attila* országos tisztifőorvos-helyettes az ÁNTSZ szerepét hangsúlyozta e területen is, amely hazánkban a szervezett lakossági szűréseket működteti, ismertette a szűrésbe bevonható populáció lehetőségeit, a végrehajtás módozatait. *Prof. dr. Simon Tamás* a megelőzés szerepét emelte ki, amelyet már fiatal korban kell kialakítani és megerősíteni ahhoz, hogy egészségben éljünk.

Prof. dr. Météki János – aki egyben e szakmai mozgalom hazai elindítója és a Pápai Páriz Egészségnevelési Országos Egyesület Férfiak Szakcsoportjának alapító tagja – hazai és nemzetközi

viszonylatban elemezte a nemek veszélyeztetettségi, megbetegedési és halálozási mutatóit, a különbségek hátterében álló okokat, a felelősebb magatartás kialakításának szükségességét önmagunk, férfiaink és családjaink védelmében.

A konferencián lehetőség volt azon civil szervezetek bemutatkozására is, amelyek tevékenységükkel szorosan kapcsolódnak e témához. Így a *Rákbetegek Országos Szövetsége* nevében *Bodor Mária* elnök asszony beszélt a civilek, mint társadalmi támogató rendszerek jelentőségéről, az önkéntes segítő szolgálat szerepéről. A *Magyar Rák Liga* képviselőjében *Dr. Vasváry Artúrné* elnök, valamint az *Egészséges Táplálkozásért Egyesület* elnöke, *Lőrinczné Táborfi Julianna* is kiemelték a civil szervezetek jelentőségét e területen is. A *Magyar Onkológusok Társasága Szakdolgozói Szekciója* mint szakmai szervezet is bemutatkozott, *Avramucz Csaba* alelnök távollétében írásos anyag került a résztvevők kezébe. A *Magyar ILCO Szövetséget Somogyvári Imre* elnök úr, a *Meggyógyulhatsz Egyesületet Dobolyi László* elnök úr képviselte. Ki kell emelni két olyan civil egyesületet, amelyek kifejezetten a férfiak védelme érdekében alakultak. A „*Mentsük meg a Férfiakat Mozgalom*” képviselője, *Arany Ágnes* elnök beszámolt arról a lelkes, kezdeményező munkáról, amit e cél érdekében végeznek. A *Férfi EgészségŐr Klubot* képviselőjében *Örkényi Gabriella* elnök számolt be e téma köré épített tevékenységükről.

A résztvevők házi orvosok, gasztroenterológusok, tisztiorvosok, sebészek és azon szakdolgozók voltak – nemcsak a fővárosból –, akik e területen végzik munkájukat. A résztvevők kézhez kaptak egy kizárólag erre az alkalomra szerkesztett és kiadott, hasznos hazai és nemzetközi információkat tartalmazó szemelvénygyűjteményt is, amelynek címe: „*A férfiak egészségéért!*”.

A nemdohányzók fokozottabb védelme érdekében tervezett jogszabályváltoztatások lehetséges hatásainak vizsgálata

**a javasolt intézkedések figyelembevételével,
a nemzetközi tapasztalatok alapján**

Demjén Tibor, Bóti Edina, Dr. Nagy Erika

Országos Egészségfejlesztési Intézet

A passzív dohányzás egészségkárosító és nincs minimális szint, amely alatt biztonságosnak mondható

A környezeti dohányfüstöt az Egyesült Államok Környezetvédelmi Ügynöksége 1993-ban, az Egészségügyi Világszervezet Nemzetközi Rákkutató Ügynöksége 2002-ben ismert emberi rákkeltő anyagnak minősítette. Ennek kiegészítéseként a Finn kormány 2000-ben, a Német Kormány pedig 2001-ben munkahelyi rákkeltő anyagként határozta meg. Az USA Környezetvédelmi Hivatala¹ mérgező légszennyező anyagnak, Kalifornia Környezetvédelmi Hivatala rákkeltőnek minősítette,² az USA Közegészségügyi Szolgálatának Tisztai főorvosa pedig 1986-ban és 2006-ban külön jelentésben írta le az egészségre gyakorolt ártalmas hatásait.³

Több kutatás is bizonyította, hogy a ventiláción, különböző légcserét biztosító eszközökön alapuló megoldások nem alkalmasak a káros anyagok eltávolítására.⁴ Laboratóriumi vizsgálatok eredményei alapján megállapítást nyert, hogy akkor lenne lehetséges elszívó-, illetve füstszűrő berendezésekkel biztosítani a levegőben a káros anyagok koncentrációjának nagyon alacsony szinten tartását a zárt helyiségek

légtérében, ha a létrehozott levegőáramlás erőssége a helységet szélcsatorna jellegűvé tenné.⁵ Az olyan elképzelések, amelyek bármilyen módon eltérnek a 100%-ban füstmentes környezettől, beleértve a szellőztetést, a levegőszűrést, illetve kijelölt dohányzóhelyek alkalmazását (elkülönített szellőztető berendezésekkel vagy anélkül), ismételt vizsgálatok alapján hatástalannak bizonyultak. Tudományos bizonyítékok vannak arra nézve, hogy a műszaki megközelítések alkalmazása nem biztosít védelmet a dohányfüst expozíciótól.⁶

A dohányfüst mentes környezethez mindenkinek joga van, ez következik a testi és szellemi egészség lehető legmagasabb elérhető színvonalához való jogból, mint alapvető emberi jogból.⁷ A kormány kötelessége az egyének védelme, a dohánytermék-fogyasztás és a dohányfüst-expozíció pusztító egészségi, szociális, környezeti és gazdasági következményeinek visszaszorítása. A lakosság dohányfüst-expozíciójának hatékony csökkentése, a nemdohányzók egészségének védelme és mindezek eredményeként a dohányzással összefüggő megbetegedés és halálozás arányának csökkentése kizárólag teljes körű dohányzási tilalom bevezetésével érhető el, és országos, regionális és nemzetközi szinten megvalósítandó integrált dohányzásellenes intézkedéseket követel meg.

A nemdohányzók védelmét támogató nemzetközi szervezetek

Egészségügyi Világszervezet

Az Egészségügyi Világszervezet (EVSz) szerint a dohányzási epidémia terjedése komoly közegészségügyi következményekkel járó olyan globális probléma, amely szükségessé teszi a lehető legszélesebb nemzetközi együttműködést, illetve minden ország részvételét egy hatékony, célirányos és átfogó nemzetközi reagálásban. A felismerés következményeként az EVSz irányításával létrejött a Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény,⁸ amelyet a mai napig 168 ország írt alá és közülük 147 ratifikált,⁹ köztük Magyarország és az Európai Közösség is.

Az EVSz tagországai közül az európai régióban a dohányzás zárt nyilvános helyeken történő szabályozása egyre elterjedtebb. Ez a trend a speciális intézményekben (pl. iskolák és kórházak) alkalmazott korlátozásokkal kezdődött, majd ezt követte a többi közösségi helyen a dohányzók és a nemdohányzók elkülönítése, s végül a zárt közterületeken, beleértve a munkahelyeket is, a dohányzás korlátozása, illetve tiltása.

E fejlődési folyamatnak a legfőbb oka volt egyrészt az egyre nyilvánvalóbb bizonyítékok megjelenése a passzív dohányzás kockázatairól, másrészt a szigorító jellegű szabályozásokkal kapcsolatban a lakosság – mind a nemdohányzók, mind a dohányzók – növekvő támogatása. Általánosan megfigyelt jelenség a lakossági támogatás növekedése az ilyen jellegű tiltások bevezetése után.

A keretegyezmény egyik fontos területe a nemdohányzók védelme a passzív dohányzástól. A dohányfüst-expozíció elleni védelemről irányelv tervezet készült,¹⁰ amelyet a részes felek második konferenciája 2007. júliusában elfogadott.

Az irányelv a tagállamokat segíti a 8. cikkben meghatározott kötelezettségük teljesítésében. Meghatározza a 8. cikk végrehajtása során figyelembe veendő elveket, a hatékony szabályozás hatályát, a végrehajtásra, az intézkedések monitorozására és értékelésére vonatkozó előírásokat, illetve minszabályozásokra vonatkozó referenciákat is tartalmaz.

A tervezet hangsúlyozza a nyilvánosság tájékoztatásának, információs kampányok indításának szükségességét a dohányfüstnek kitétség kockázataira vonatkozóan. A hatékony szabályozásnak a létesítményekre és magánszemélyekre vonatkozó kötelezettségeket kell tartalmaznia, amelyek be nem tartása esetén a jogszabályban részletezett pénzbeli és adminisztratív büntetéseket kell kilátásba helyezni. A büntetőjogi büntetés megfontolandó azon Részes Felek számára, akiknek joga ezt lehetővé teszi.

A hatékony szabályozásnak meg kell határoznia a végrehajtásáért felelős hatóságokat is.

Európai Unió

Az Európai Unió és 27 tagállamból 25 tagállam már aláírta és megerősítette a WHO dohányfogyasztás megfékezéséről szóló keretegyezményét (*Framework Convention on Tobacco Control, FCTC*), amelynek preambuluma hivatkozik a WHO Alkotmányára, amely kimondja, hogy az egészség elérhető legmagasabb szintjének élvezete alapvető emberi jog, és amelynek 8. cikke a dohányfüst elleni védelemre vonatkozó kötelezettségvállalást fogalmaz meg.

Az Unió a dohányfüst mentes környezet kérdésével nem kötelező érvényű határozatok és ajánlások keretében foglalkozott, amelyek a tagállamokat arra ösztönözték, hogy megfelelő védelmet biztosítsanak a környezeti dohányfüst ellen. A Tanács 1989. évi 89/C 189/01, a nyilvános helyeken folytatott dohányzás tilalmára vonatkozó állásfoglalásában például felkérte a tagállamokat, hogy hozzanak rendelkezéseket a dohányzás megszüntetéséről a zárt nyilvános helyeken és a tömegközlekedés egészében. 2003-ban ajánlást¹¹ tett közzé, amelyben ösztönzi a tagállamokat jogi intézkedések meghozatalára a nemdohányzók védelme érdekében, nyújtsanak védelmet a környezeti dohányfüst ellen a munkahelyek, zárt légtérű nyilvános helyek, tömegközlekedési eszközök vonatkozásában.

Noha a dohányfüstre kifejezetten nem hivatkozik, a munkahelyi biztonságra és egészségvédelemre vonatkozó keretirányelv (89/391/EGK) a munkavállalók egészségét és biztonságát fenyegető összes kockázatra kiterjed. Minden munkáltatótól megköveteli, hogy mérje fel a munkahelyi kockázatokot és vezessen be megfelelő megelőzési és védelmi intézkedéseket. Ezen kívül számos munkahelyi biztonsággal és egészségvédelemmel foglalkozó egyedi irányelv állapít meg „minimális követelményeket” valamely konkrét kockázatra nézve, így ezek tartalmazznak egyes rendelkezéseket a környezeti dohányfüst elleni védelemre vonatkozóan is.

Ezeket az irányelveket a tagállamoknak át kell ültetniük nemzeti jogszabályaikba és megfelelően érvényesíteniük kell. A Szerződés értelmében a tagállamok hozhatnak szigorúbb rendelkezéseket is.

Az Európai Bizottság a jövőbeni további szabályozás sikeres megtervezése és bevezetése érdekében „*Dohányfüstmentes Európáért: Az Európai Unió politikai lehetőségei*”¹² címmel szakmai háttéranyagot, úgynevezett 'Zöld Könyvet' bocsátott az uniós intézmények, a tagállamok, a civil szféra rendelkezésére. A dokumentum részletesen ismerteti a passzív dohányzás egészségkárosító hatásait, a dohányfüsttel összefüggésbe hozható gazdasági károkat. A 2006-os *Eurobarometer* vizsgálat szerint magas társadalmi támogatottsága van az erőteljes dohányzéspolitikáknak, az uniós tagállamok lakosságának több mint 80%-a támogatja a dohányzás betiltását a zárt nyilvános helyeken.

A nemdohányzók védelmében élenjáró országok tapasztalatai, társadalmi és gazdasági hatások

Írország

Írország 2004. március 29-én, Európában elsőként vezetett be átfogó dohányzási tilalmat a zárt nyilvános helyiségekben, azaz minden zárt közterületen és minden munkahelyen, beleértve a vendéglátóipari egységeket: sörözőket, bárakat, éttermeket is.

A kormány adatai szerint a dohányzástiltalom nagy sikert aratott. Az ottani tapasztalatok, vizsgálatok eredményei alapján bebizonyosodott, hogy az átfogó tiltás működik, mert:

Betartható és betartatható – Az Írországban működő Dohányellenőrzési Hivatal szerint a tilalom bevezetése után egy évvel a vizsgált munkahelyek 97%-a, a vendéglátóipari egységek 96%-a betartotta a dohányzás tilalomra vonatkozó szabályokat.

Kedvező a fogadtatása – Írországban az emberek 96%-a értékelte az átfogó tiltást sikeresnek, 93%-uk jó ötletnek tartotta.

Egészségesebb munkahelyek, boldogabb alkalmazottak – Az írek 98%-a gondolta úgy, hogy a munkahelye egészségesebbé vált. A sörözők, bárók, éttermek alkalmazottai egyértelműen örömeiket fejezték ki, hogy végre füstmentes környezetben dolgozhatnak és nincsenek kitéve a passzív dohányzás ártalmainak.

Segíti a dohányosokat a leszokásban – A dohányfüst mentes munkahelyek hatékonyságát vizsgáló 26 tanulmány eredményei alapján a munkahelyi dohányzás tilalom összefüggésben van a dohányzás gyakoriságának kb. 3.8%-os csökkenésével, illetve a rendszeresen dohányzók napi cigaretta fogyasztásának 3.1 szállal való csökkenésével. A kutatásokból az is kiderült, hogy a dohányosok kb. egyötöde nem gyújt rá, ha ehhez el kell hagynia a társadalmi élet színhelyét.

Jelentősen csökkent a levegőszennyezés – A helyiségek levegője érzékelhetően megváltozott a vendégek számára. Amíg az embereket egész ideig ahhoz szoktatták, hogy

viseljük el a füstöt azokon a helyeken, ahol ételt vagy italt szeretnének fogyasztani, a tilalom következtében őket fogadó füstmentes környezet sokszerűen hatott rájuk.

Csökken a környezetszennyezés – Tapasztalatok szerint a sörözők bejáratán kívül az épület falán, illetve az utcákon több helyen elhelyezett rozsdamentes acél tartályok arra készítették a dohányosokat, hogy a csikket ezekbe dobják, ne a járdára vagy az ereszesatornába.

Nem okozott veszteséget a vendéglátóipari helyiségek üzemeltetői számára annak ellenére, hogy a tilalom bevezetése előtt sokan tartották a forgalom visszaesésétől és ezáltal a csökkenő bevételtől, a tapasztalatok szerint nemhogy a dohányzó vendégek száma nem csökkent, de enyhén növekedett a nemdohányzó vendégek száma a sörözőkben, bárókban és éttermekben.

Források

Total bans really work. http://www.euro.who.int/features/2006/featurewntd06/20060530_3

Experiencing a smoke-free city. Dublin, Ireland: http://www.euro.who.int/features/2006/featurewntd06/20060530_4

Ireland: One year review. http://www.otc.ie/Uploads/1_Year_Report_FA.pdf

Norvégia

Norvégia volt Írország után a második (2004. június 1-jén), ahol bevezették a teljes dohányzási tilalmat a zárt közterületeken, válaszul az éttermi dolgozók egyesületének nyomására, amelynek lényege az volt, hogy bejelentették: tagjaik között más dolgozókkal ellentétben magasabb a passzív dohányzás következtében kialakuló tüdőrákos esetek száma. A minisztérium adatai szerint 300–500 ember hal meg passzív dohányzás következtében évente. A szabályozás fő célja az volt, hogy az éttermekben és bárókban dolgozók dohányfüst mentes környezetben dolgozhassanak.

A kezdeményezéssel párhuzamosan beindult egy lakossági tájékoztató kampány poszterekkel, a médián keresztül, illetve az általános iskolákban és óvodákban történő felvilágosítással. A kampány azzal célozta meg a fiatal gyerekeket, hogy felvilágosítást nyújtott a passzív dohányzás veszélyeiről és bátorította őket arra, hogy rávegyék a szüleiket, hogy ne dohányozzanak, vagy csak nyílt külterületen tegyék azt. A szigorítás eredményeképpen a dohányzók aránya a 2002-ben mért 29%-ról, 2005-re 25%-ra csökkent. Kevesebb fiatal kezdett el dohányozni. Kiderült az is, hogy sokkal hatékonyabb és betarthatóbb ez a szabályozás, mint az elkülönített dohányzóhelyek alkalmazása. Az alkalmazottak 90%-a tartotta be a teljes tilalmat magában foglaló szabályozást a korábbi 51%-kal szemben, amely az elkülönített dohányzóhelyek alkalmazására vonatkozott.

A szabályozás pozitívan hatott az alkalmazottak egészségi állapotára, csökkentek a passzív dohányzás miatti tünetek és a leszokási hajlandóságuk is nőtt. Gazdasági hátrányt nem lehetett kimutatni, az éttermek és bárók tulajdonosai nem számoltak be forgalomcsökkenésről.

A norvég tapasztalatok is azt mutatják, hogy a teljes dohányzási tilalom bevezetése sikeresen kivitelezhető, könnyebben betartható, mint az elkülönített dohányzó helyek alkalmazása és annak bevezetését követően erősödik a jogszabály közvéleményi támogatása.

Források

Norway's ban on smoking in bars and restaurants – A review of the first year. http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00003/Norway_s_ban_on_smoking_3413a.pdf

http://www.shdir.no/tobakk/english/tobacco_control_in_norway/review_of_the_first_year_of_norway_s_ban_on_smoking_in_bars_and_restaurants_22156

The European Tobacco Control Report 2007. <http://www.euro.who.int/document/e89842.pdf>

Olaszország

Olaszország volt a negyedik európai ország Írország, Norvégia és Málta után, amely bevezette a teljes dohányzási tilalmat. 2005 januárjában az olasz kormány betiltotta a dohányzást minden zárt közterületen, beleértve a kávézókat, éttermeket (kivéve azt a néhányat, ahol elkülönített és kijelölt dohányzó helyek vannak), a repülőtereken, pályaudvarokon, illetve minden munkahelyen, beleértve a köz és magánintézményeket egyaránt.

A kezdeti aggodalmak ellenére az olasz lakosság azonnal elfogadta az új szabályokat. A tiltás drámai változásokat okozott az emberek zárt nyilvános helyen történő dohányzási szokásait illetően, a dohányzás tiltása majdnem univerzálisan elfogadott volt. Széles körben ellenőrizték az új szabályok betartását kocsmákban, kávézóknak és éttermekben.

A tiltás nem érintette kritikusan a zárt nyilvános helyek gazdasági helyzetét, beleértve azokat a helyiségeket is, amelyek nem voltak felszerelve légtechnikai berendezéssel, illetve a helyiség előterében elhelyezett fűtőlámpákkal.

A dohányzás teljes tiltása bevezetésének legerősebb indoka az egészségre gyakorolt pozitív hatás. Olaszországban a dohányzás prevalencia adatok relatíve magasabbak a többi fejlett országhoz, pl. USA-hoz viszonyítva. Ezért több kutatást is végeztek a dohányzási tilalom hatásának vizsgálatára Olaszországban. Az eredmények azt mutatták, hogy a zárt nyilvános helyeken való tiltás 8%-kal csökkentette az összes dohánytermék fogyasztást. A 15–24 éves korosztálynál a 2004-ről 2005-re történő fogyasztás csökkenés figyelemre méltó 23%-os értéket mutatott!

Olaszországban, mint más országokban, is a dohánytermékek eladásából származó hiányt kiegyenlítették az adó emelésével, a bevételek egyensúlyban tartása céljából. Amíg a dohányzéspolitikai intézkedések befolyásolják az állam bevételeit hosszú távon, ez a hatás kompenzálható azzal a kedvező gazdasági változással, amely az egészségi állapotot érintő egyenlőtlenségek csökkentése és a gyógykezelések terén bekövetkeztetett megtakarítások mentén keletkezik. Egy 2006 februárjában készített felmérés szerint a cigaretta eladás 6 millió kg-mal esett vissza 2005-ben, amelyből

3,5% kizárólag a dohányzás visszaszorító intézkedéseknek köszönhető. Az olasz kormány az eladás csökkenésének hatásait 3,5%-os adóemeléssel ellensúlyozta.

Források

The Smoking Ban: What Lessons from Italy? <http://www.scottishcouncilfoundation.org/page.php?id=24>

Anglia

Angliában 2007. július 1-jén lépett életbe az új törvény, amely minden zárt nyilvános helyen és minden munkahelyen biztosítja a füstmentességet. A törvény bevezetésekor az Egészségügyi Minisztérium saját honlapjához kapcsolódóan létrehozott egy külön honlapot „Smokefree”¹³ címmel. A honlapon a munkaadók, munkavállalók, az egyéb közösségek, valamint az egyének külön célcsoportos bontásban tájékozódhatnak az új jogszabállyal kapcsolatos tudnivalókról, letölthető útmutatók, a dohányzás tiltását jelölő emblémák, illetve az új szabályokat megsértők esetében alkalmazandó eljárást jelölő, szintén letölthető folyamatábra formájában. A honlapon a témával kapcsolatos legújabb közvélemény kutatások eredményei, leszokásra vonatkozó tanácsok, valamint a törvény be nem tartása eseteinek bejelentésére szolgáló telefonvonal (*Smokefree Compliance Line*) elérhetősége szintén megtalálható. 2007. áprilisában, az országos adatbázisban (*Companies House*) regisztrált kereskedő cégek nyomtatott formában is megkapták a teljes útmutató csomagot.

Források

Partial Regulatory Impact Assessment – Smokefree Aspects of the Health Bill. http://www.dh.gov.uk/dr_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4121931.pdf.
http://www.dh.gov.uk/en/PublicHealth/Healthimprovement/Tobacco/DH_076227; <http://www.smokefreeengland.co.uk>

USA – Kalifornia, Új-Zéland

Az USA több államában, pl. Kaliforniában, illetve más országokban, pl. Új-Zélandon is a munkahelyi dohányzás tilalmat bevezető jogszabály megvalósításának kezdetétől folyik azok hatásának értékelése. Az alábbi tanulmány a munkahelyek füstmentessé válását összefüggésbe hozza a dohányzás otthonokban történő csökkenésével is.

Pl. Kaliforniában 1995-ben tiltották be a munkahelyi dohányzást, az éttermekben, bárókban pedig 1998-ban. Ennek eredményeként azoknak az aránya, akiknek volt gyermekük és nem engedélyezték az otthonukban való dohányzást 63%-ról (1994.) 78%-ra emelkedett 2001-re.

Források

The Smoke is Clearing Anniversary Report 2005. Initial Data on the Impact of the Smoke-free Environments Law Change Since 10 December 2004.

A magyarországi jogszabályváltoztatás lehetséges hatásainak vizsgálata

A dohányzásellenes jogszabályok támogatottsága

A szabályozások betartásával és érvényesülésével kapcsolatosan az európai régióban több kérdőíves felmérés történt.¹⁴ A zárt nyilvános helyeken való dohányzási tilalommal a tagországok 55%-ban nagyfokú volt az egyetértés, 30%-ban közepes, míg 15%-ban alacsony. Az elfogadottság és az együttműködés különösen a régió nyugati országaiban mondható erősnek, ott ahol nemrég vezették be a szabályozást és komoly büntetések vannak a jogszabályok megsértőivel szemben. A szabályozások elfogadása azok törvényi bevezetése után erősödik egy személyes belátáson alapuló mechanizmusnak köszönhetően.

Az Eurobarométer¹⁵ közelmúltban végzett felmérése (*Attitudes of Europeans towards Tobacco*) szerint az EU polgárainak több mint 80%-a ért egyet a dohányzás zárt nyilvános helyeken történő tiltásával (beleértve a munkahelyeket és minden egyéb zárt nyilvános helyet). A többség egyetért az éttermekben és bárókban történő tiltással.

A felmérés magyar adatait tekintve a dohányzás zárt nyilvános helyeken való tiltásával a soha nem dohányzók 91%-a, a korábban dohányzott, de már leszokott lakosság 88%-a, a jelenleg is dohányzóknak pedig 73%-a értett egyet.¹⁶

A legutóbbi dohányzási magatartással kapcsolatos toleranciát vizsgáló magyarországi felmérések (*ODE-GALLUP Monitor 2004–2006–2007*) szerint a különböző zárt nyilvános helyeken történő dohányzás tekintetében tovább szigorodott az általános közvélekedés.

Az különösen figyelemre méltó, hogy a lakosság többsége a nyitott nyilvános helyeken is támogatná, a dohányzás betiltását. Mind a munkahelyek, mind a szabadidős tevékenységeket érintő területek vonatkozásában megfigyelhető az idő előrehaladásával a dohányzásról alkotott közvélemény egyre szigorúbbá válása: a középületek és irodaházak bejáratának 10 m-es körzetében 2004-ben 43, 2006-ban 51, 2007-ben már 57%-os a tiltással egyetértők aránya. Az állatkert és a játszótérek vonatkozásában a kutatás éveiben 68, 78, majd 80%-os volt az egyetértés. Ugyanez a tendencia mutatkozik a szabadban rendezett rendezvényeken történő tiltással kapcsolatban: az egyetértők aránya 34, 38, majd 39% volt. A dohányzásnak, mint problémának a megítélése, illetve a passzív dohányzásról alkotott vélemény is érzékelhetően változott a korábbi évekhez képest. 2004-ben és 2006-ban is a megkérdezettek több mint a fele (56–58%) teljes mértékben egyetértett azzal, hogy „az embereket óvni kell a passzív dohányfüsttől”, és ha nem is teljes mértékben, de a lakosság további harmada is egyetértett ezzel az állítással mindkét méréskor (38–37%). Így összességében szinte a teljes lakosság a passzív dohányzás ellenzői közé tartozik (93–95%).

A hazai hatályos törvény a dohányzási korlátozással érintett helyiségekben (közforgalmú intézménynek a szolgáltatást igénybevevők számára nyitva álló zárt légtérű helyisé-

geiben, tömegközlekedési eszközön, zárt térben megtartott rendezvényen és munkahelyen) csak az arra kijelölt helyeken engedi meg a dohányzást. Ezen általános szabálytól eltérően az életkoruknál, egészségi állapotuknál vagy az igénybevett szolgáltatás jellegénél fogva különös védelmet igénylő személyek védelme érdekében egyes helyeken (pl. az óvodákban) a törvény a dohányzóhelyek kijelölésének tilalmával teljesen megtiltotta a dohányzást.¹⁷

A dohányfogyasztásra gyakorolt hatás

A dohányzásellenes politikák egyik fontos közvetett haszna, hogy növelik az emberek tudatosságát az aktív és a passzív dohányzás veszélyeit illetően, és így hozzájárulnak ahhoz, hogy a társadalom ne tartsa „természetes dolognak” a dohányzást. Ez a szemléletváltozás várhatóan maga után vonja majd a dohányzással kapcsolatos viselkedésformák módosulását is többek között, megkönnyíti a dohányzók számára az elhatározást, hogy leszokjanak, vagy fogyasztásukat korlátozzák, és támogatja őket döntésük megvalósításában. Emellett a gyermekeket és fiatalokat visszatartja attól, hogy rászokjanak a dohányzásra.

A legnagyobb hatása várhatóan a szórakozóhelyeken bevezetett dohányzási tilalomnak lesz, hiszen a fiatalok leggyakrabban itt próbálják ki a cigarettázást. A dohányzókat jobban visszatartja attól, hogy nem dohányzók, különösen gyermekek és várandós nők társaságában rágyújtsanak, még akkor is, ha ezt szabályozás nem tiltja (pl. otthon vagy magánjárműveken). Ez azért fontos, mert a legnagyobb veszély a lakásokban passzív dohányzásnak kitett gyermekeket fenyegeti, ezt a területet ugyanis nem lehet szabályozni.

A szociális méltányosságra gyakorolt hatás

Tekintettel arra a tényre, hogy az egészségügyi rendszerek dohányfogyasztás okozta költségeit a teljes lakosság, és nem az okozók viselik, a terhek csökkentését szolgáló intézkedések bevezetésére minden alkalmat fel kell használni.

A dohányzásellenes politika ezen kívül az egészségügy területén fennálló társadalmi gazdasági egyenlőtlenségek csökkentéséhez is hozzájárulhat. Mivel az alacsonyabb végzettségű és jövedelmű emberek általában jóval nagyobb valószínűséggel dohányoznak és vannak kitéve mások füstjének, a füstmentes környezet megteremtésére irányuló lépések várhatóan a társadalom lelegelettebb tagjainak hozzátartoznak a legnagyobb hasznot.

A dohányzás és a passzív dohányzás költségei

A dohányzás betegséget és halált okoz, ennél fogva az országok gazdasági fejlődését is károsítja. Az Európai Unió országaiban a dohányzás költségei elérik az évi 98-130 milliárd eurót, ami az Unió 2000. évi GDP-jének 1,04–1,39 százalékának felelt meg.¹⁸

Az Európai Bizottság által 2003. februárjában rendezett „Dohányzásellenes és fejlesztéspolitikai magas szintű

kerekasztal” 19 résztvevői arra a következtetésre jutottak, hogy az országok gazdasági teljesítőképességének egyik alapvető befolyásoló tényezője az, hogy az illető ország mennyire sikeres a dohányzás visszaszorításában.

Magyarországon a GKI Gazdaságkutató Zrt. legutóbb 2006 szeptemberében, a 2004-es megbetegedési és halálzási adatok felhasználásával tette közzé a dohányzás társadalmi káraitra vonatkozó adatait²⁰.

Eszerint 2004-ben Magyarországon körülbelül 23 ezer 35 év feletti állampolgár halt meg dohányzás következtében. Majdnem minden harmadik 35 év feletti férfi (30%) dohányzás miatt hal meg. A költségek körülbelül fele-fele arányban közvetlen és közvetett költségek. Jelentős tétel a gyógyszerkiadás, a rokkantnyugdíj és fekvőbeteg-ellátás költsége, valamint a betegség miatti jövedelem-kiesés. Ez azt jelenti, hogy 2004-ben Magyarország nemzeti össztermékének (GDP) 1,7%-a veszett el dohányzás miatt.

A passzív dohányzás 2004-ben 2300 halálesetet okozott a 35 év feletti korcsoportban, és – bár költségei „csak” a GDP 0,1%-át teszik ki – a 17 milliárd forintos okozott kár szintén jelentős 21.

2004-ben az aktív és passzív dohányzás közel 350 milliárd forint kiadást okozott a költségvetésnek. Ugyanabban az évben az állam a dohánytermékek jövedéki adójából (183,9 milliárd) és áfájából (70,3 milliárd) összesen 254 milliárd forint bevételre tett szert, azaz majdnem 100 milliárddal kevesebbet, mint amennyit állampolgárai dohányzása miatt elköltött.

A vendéglátó-ipari egységek a dohányzók és nemdohányzók által elszedett passzív dohányzás legjelentősebb helyszínei, a munkavállalók gyakorlatilag a teljes munkaidejüket dohányfüstben töltik. A tagállamok azon vendéglátóipari egységeiben, ahol átfogó dohányzási tilalmat vezettek be, forgalomcsökkenés nem mutatható ki.²²

A magyar vendéglátóipar fejlődése dinamikus, a nemdohányzók védelméről szóló törvény éttermekre vonatkozó szabályozása (2001. január 1.) sem változtatott ezen.²³

A dohányzás szabályozása vagy tilalma sehol a világon nem tette tönkre a vendéglátóipart, ez Magyarországon sem várható.²⁴

Irodalom

1. *Respiratory health effects of passive smoking: Lung cancer and other disorders*. U.S. Environmental Protection Agency (1992), Washington, DC. [EPA Fact Sheet: Respiratory Health Effects of Passive Smoking (January, 1993)]
2. *Environmental Tobacco Smoke: A Toxic Air Contaminant*. California Environmental Protection Agency
3. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*. U.S. Public Health Service June 27, 2006
4. *Ventilation Does Not Effectively Protect Nonsmokers from Second-hand Smoke*. Centers for Disease Control and Prevention. USA Department of Health and Human Services
5. *Activity Report 2003 Physical and Chemical Exposure, PCE (created in 2002)*. Institute for Health and Consumer Protection

6. *Az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye 8. Cikke*
7. Az Egyesült Nemzetek Közgyűlése által 1966. december 16-án elfogadott „Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmányának” 12. Cikke, amely rendelkezik minden embernek a testi és szellemi egészség lehető legmagasabb elérhető színvonalához való jogáról
8. *Dohányzásellenőrzési keretegyezmény*. EVSZ
9. <http://www.who.int/tobacco/framework/countrylist/en/>
10. *Guidelines for the Implementation of WHO FCTC Article 8 – Protection from Exposure to Tobacco Smoke*
11. Council Recommendation 2003/54/EC of 2 December 2002 on the prevention of smoking and on initiatives to improve tobacco control [Official Journal, L 22 of 25.01.2003].
12. *Zöld Könyv a dohányfüstmentes Európáért – Az Európai Unió politikai lehetőségei*. Az Európai Közösségek Bizottsága, Brüsszel
13. <http://www.smokefreeengland.co.uk/>
14. *Special Eurobarometer 2005 – Attitudes of Europeans towards tobacco; Special Eurobarometer 2006 – Attitudes of Europeans towards tobacco*
15. *Attitudes of Europeans towards Tobacco* – Eurobarometer felmérés az európaiak dohányzással kapcsolatos véleményéről
16. *Attitudes of Europeans towards tobacco, Eurobarometer*, 2006. január
17. *A nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény*
18. *Tobacco or health in European Union: Past, present and future. Report of the ASPECT consortium*. European Commission, October, 2004.
19. *High Level Round Table on Tobacco Control and Development Policy*, Brussels, 4 February 2003
20. Barta J.–Szilágyi T.–Tompá T.: *A dohányzás társadalmi költsége, a dohányadók hatása*.
21. Barta J.–Szilágyi T.–Tompá T.: *A passzív dohányzás társadalmi költségei*.
22. <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2007-0471+0+DOC+XML+V0//HU>
23. Dr. Szilágyi T.: *Passzív dohányzás és a vendéglátóipari egységek*. 2007
24. *Zöld Könyv a dohányfüstmentes Európáért – Az Európai Unió politikai lehetőségei*. Az Európai Közösségek Bizottsága, Brüsszel

Beszámoló egy 44 ország 15–44 éves férfi és női lakosságának egészségi állapotát vizsgáló tanulmányról

Prof. Dr. Métneki János

Országos Egészségfejlesztési Intézet

Az *Egészségfejlesztés* 2004/5–6. számában számoltam be arról a vizsgálatról, amelyet *A. White* és *K. Cash* 17 európai ország férfilakosságának egészségi állapotával kapcsolatosan végzett.

Jelenlegi beszámolómban *A. White* és *M. Holmes*, a Leeds-i Metropolitan Egyetem munkatársai hasonló témakörű vizsgálatáról nyújtok a szokásosnál bővebb ismertetést. A tanulmány ugyan nem ad teljes képet – az elemzett országok száma és a rendelkezésre álló helyi adatok többször is előforduló hiánya miatt –, de így is remélhető, hogy számos újabb kérdést vet fel, s részletesebb analízisre és vitára készítet.

A vizsgált korosztály

A vizsgálatban öt kontinens 44 országának 15–44 éves korú férfi és női lakosságának halálzási adatait hasonlították össze – különös tekintettel a balesetekre, az öngyilkosságokra, a rosszindulatú daganatos megbetegedésekre, a szív- és érrendszeri, valamint a krónikus májbetegségekre – többnyire a WHO adatbázisának 2000–2002 közötti halálzási adatai alapján.

Ez az a korosztály, amelyben az évek során a rájuk jellemző életmód, életvitel kialakul, de amelyben az életmódváltoztatás is könnyebben megvalósítható. Így az ebben az életkorban megismert halálzási adatok és azok változása a megelőzésre vonatkozó teendők tekintetében is iránymutató lehet. Az országok közötti összehasonlítás és sorrendiség pedig olyan jellegzetes helyi okok feltárására hívhatja fel a figyelmet, amelyek befolyásolása az

adottságoknak megfelelően a változás eléréséhez szükséges.

Az eddigi tanulmányok felszínre hozták azt a ténytet, hogy a fiatal férfiak magasabb arányú korai halálzása mögött – a hasonló korú nőkkel összehasonlítva – a több egészségügyi kockázattal járó életmód, az alkohol, a dohányzás és a balesetek szerepelnek elsőrendű okként.

Azonban eddig nem volt eléggé világos, hogy ezek az okok hogyan viszonyulnak a különböző halálzási okokhoz, s vajon az országok között jelentkező különbségek bírnak-e bármilyen jelentőséggel? A jelenlegi epidemiológiai vizsgálat az első, amely ezt a korosztályt, ilyen vonatkozásban, világméretben vizsgálta.

Megállapítások

A vizsgálat egyik megállapítása szerint a lakosság összes halálzásiához viszonyítva a 44 ország 15–44 éves lakosságának halálzási aránya átlagosan a férfiaknál 7,4%, a nőknél 3,1% volt. A 4,3% különbség is rámutat arra az ismert tényre, hogy a férfiak halálzási kockázata ebben a korosztályi összetételben is jelentősen nagyobb. A legkisebb halálzási arányt – sorrendben – Svédország, Japán, Hollandia, Olaszország, Anglia és Bulgária adatai mutatták, a legrosszabbal Thaiföld rendelkezett, de itt találjuk Brazíliát, Kazahsztánt, a Fülöp-szigeteket és Oroszországot is. Magyarország – mind a férfiaknál, mind a nőknél – a 19. helyet foglalja el.

Vizsgálták az egyes korosztályok szerinti halálzási különbséget is a férfi és a női lakosság között. A legnagyobb

különbséget – a középarányos 2,8-szorosát – a 15–24 éveseknél találták. A 25–43 éveseknél ez már csak 2,6-szoros volt, s ez az évek növekedésével tovább csökkent.

Az okokat vizsgálva a férfiak három korosztályánál a balesetek és a káros tényezők kategóriájában voltak a halálzási okok a leggyakoribbak. 38 országban az öngyilkosság is az 5 fő ok között szerepel. Hasonlóan a rosszindulatú daganatos megbetegedések, illetve a szív- és érrendszeri betegségek okozta halálzási okok is kiemelkedő arányú volt ezekben az országokban. A részletes feldolgozásban már csak 36 ország adatait hasonlították össze, mivel Kína, Szingapúr, Ukrajna, Oroszország, a Fülöp-szigetek, Kazahsztán, Bulgária és Svájc adatai nem voltak felhasználhatóak. A közölt adatok 100.000 lakosra vonatkoznak.

Balesetek

A balesetek vizsgálatában a közúti, a munkahelyi, az otthoni halálzási balesetek, valamint a halálzási mérgezések szerepeltek. A fiatal férfiak csoportjában ebben a kategóriában a legmagasabb a halálzási ok. A középarányos a 15–24 éveseknél 41,5, a 25–34 éveseknél 42,0, a 35–44 éveseknél 40,3 fő. Ez a női halálzási okhoz képest mindhárom korosztályban négyszeres. A legmagasabb Észtországban, Lettországon és Litvániában, a 35–44 éves korosztályban megközelíti a 200-at. A legalacsonyabb Hongkongban, Japánban és Hollandiában, általában 20 alatt.

Magyarországi adatok: a 15–24 éves férfiaknál 34,2, amivel a sorrendben a 10., a 25–34 éveseknél 41,9, ezzel

a 16., a 35–44 éveseknél 71.5, amivel – 36 ország között – a 30. helyet foglalja el. A baleseti halálozási arány a női lakosság hasonló adataihoz képest a 35–44 éves korosztályban a kezdeti négyszeresről ötszörösre nő.

Az okokat részletesebben elemezzük az európai országokban a közúti, a szállítási balesetek szerepelnek fő okként, míg például Oroszországban és Kazahsztánban a mérgezések a legmagasabb arányúak, ami magában foglalja az alkohol okozta mérgezést is.

Öngyilkosságok

Az országok többségében a fiatal férfiak között a három fő ok között szerepelt az öngyilkosság, de másutt ez kevésbé volt jellemző. Kiemelkedően magas adatokat találtak a kelet-európai országokban, így például Litvániában az arány a 15–24 korosztályban 59.4, míg a 35–44. korosztályban 117.9. A dél-európai országokban az öngyilkosságok száma alacsonyabb, mint az észak-európai országokban. A legtöbb országban a kor emelkedésével párhuzamosan a halálozási arány is emelkedik. A középarányos a 15–24 éveseknél 14.1, a 25–34 éveseknél 23.8, a 35–44 éveseknél pedig 23.8.

A magyar adatok szerint a 15–24 éves férfiaknál 17.0, a 25–34 éveseknél 29.5, a 35–44 éveseknél 69.9 az arány, ami a korrallal jelentős, négyszeres emelkedést mutat. Míg a 15–24 és a 25–34 éves korcsoportban – 36 ország között – a 23., illetve a 29. helyet foglaljuk el, a 35–44 éves korcsoportban pedig csak Litvánia adatai rosszabbak.

Ebben a kategóriában a nők középarányos adatai általában négyszer alacsonyabbak a férfiakénál. Ugyanakkor azonban – a vizsgálat adatai alapján – az összes női halálozáshoz viszonyítva, az alacsony halálozás dacára, az öngyilkosság a legtöbb országban a három fő ok között szerepel.

Szív- és érrendszeri betegségek

A szív- és érrendszeri betegségek 15–24 évesek közötti átlagos 3.9-es halálozási adata a 25–34 éveseknél 11.2-re, a 35–44 éveseknél már ennek közel

négyszeresére, 39.2-re emelkedik. Az adatok hasonlóak a nőknél is: a halálozási arány a megadott korcsoportokban 2.1-ről 4.6-ra, illetve 16.0-ra változik.

Az országok közötti adatok is nagy eltérést mutatnak. Míg hongkongi, illetve svédországi 35–44 éves férfiaknál a halálozási arány 16.0, illetve 23.8, addig Litvániában 169.9, az orosz, ukrainai és kazahsztáni adatok pedig 200 feletti.

A magyar adatok szerint a 15–24 éves férfiaknál az 5.0-el a 28., 25–34 éveseknél 18.0-al a 29., míg a 35–44 éveseknél 106.1-el a 30. helyet foglaljuk el. A két utóbbi kategória között viszont az emelkedés az átlagos négyszeressel szemben hatszoros. A magyar nők hasonló korosztályi kategóriái szerint a 19., a 25., illetve a 32. helyet foglaljuk el és ezzel a két utóbbi korcsoport adatai között az emelkedés már hétszoros. A szív- és érrendszeri betegségek csoportjának halálozási okait közelebbről vizsgálva sok országban a 15–34 évesek korosztályában a légzőszervi keringés összeomlása, a tüdőembólia, a szívritmus-zavarok, az alkoholos szívizom-elfajulás és a hirtelen halál szerepel. A szívizom-infarktus inkább a 35–44 és az e fölötti korosztálynál jelentkezik fő halálókként.

Daganatos megbetegedések

Nem volt meglepő, hogy az alsó két korosztály kategóriájában a rosszindulatú daganatok halálozási adatai szinte egyöntetűen mind a 36 országban az átlaghoz közeliek: a 15–24 éves férfiaknál 6.0, a 25–34 éveseknél 10.5, a hasonló korosztályú nőknél 3.8 és 10.8 voltak. A 25–34 éves korcsoportban csak Thaiföld ugrott ki 34.9 férfi és 23.1 női adatával. A 35–44 éves csoport átlag halálozása 33.7 volt. A legalacsonyabb adatot Egyiptom és Svédország jelezte.

Magyarország azonban kiemelkedik a 35–44 éves férfi kategória 98.1-es adatával, ami a 36 ország között a legrosszabb, az átlagos közel háromszoros. E korosztály női kategóriájának 74.5-ös adata az átlag majdnem kétszeresével szintén az utolsó helyet jelenti.

A férfiaknál a 35–44 éves korosztálynál a tüdőrák, az ajak, a szájüreg és

a garat rákja volt a legtöbb. A nőknél viszont a tüdő-, a méhnyak- és méhtest-rák szerepelt fő okként.

Májbetegségek

A halálozások oka a krónikus májbetegségek és májcirrózis kategóriában elsősorban az alkoholfogyasztás emelkedésével függ össze. A 15–24 évesek halálozásában még lényegtelen az adat és a 25–34 éves férfiak között is csak 1.9 az átlag, amely aztán a 35–44 éveseknél 15.3-ra emelkedik.

A magyar 25–34 éves férfiak 9.1-es adata Észtország, Litvánia, Románia és Brazília hasonló adataival együtt a magasabbak közé tartozik. Az arányban azonban a 35–44 éves férfiaknál már 84.2, ami az átlag közel hatszorosával az országok közötti legmagasabb értéket jelzi. Az egyébként szintén magas, az átlagot több, mint kétszeresével meghaladó észt, román, szlovák és litván adatot is több, mint kétszeresével haladja meg. Ebben a korosztályban a magyar nők 23.9-es halálozási adata az átlag több, mint négyszeresével hasonlóan a legmagasabb.

A vizsgálat célja

A vizsgálat alapvető célja feltárni azokat a tényezőket, amelyek az országok, valamint a férfiak és nők adatai között jelentkező különbségeket okozzák. Noha közvetlen okokat nem tudtak feltárni, mégis alátámasztja azt a megállapítást, hogy a korai halálozás fő oka a férfiak életmódjában keresendő. A férfiasságot jellemző kockázati magatartás szerepet játszik a közlekedési balesetekben, a dohányzásban, a helytelen táplálkozásban és a túlzott alkoholfogyasztásban.

Ugyancsak kiderült, hogy a korai halálozás országok közötti különbségében szerepe van a társadalmi-gazdasági körülményeknek is. A szociális ellátatlanság és bizonytalan jövő játszhat szerepet a fejlődő országok fiatal férfiainak kiemelkedően magas halálozási adataiban.

Ami a vizsgálatból egyértelműen kiderül: alapvető különbség van a 15–34 éves és a 35–44 éves férfi korosztály egészségi problémáiban. A baleset-

tek és az öngyilkosság következtében fellépő halálozás a korai életévekben, a betegségek miattiak viszont inkább idősebb korban jelentkeznek. Ezért is szükséges ilyen szempontból kiemelten foglalkozni a fiatal férfiak korosztályában, mert ugyan az országok egy részében ez a halálozás az összeshez viszonyítva viszonylag alacsony, mégis ennekhatása a családokra, a munkavállalók számarányára és végső soron a gazdaságra lényeges.

Az életmódnak, így többek között a dohányzásnak és az alkoholfogyasztásnak különösen jelentős szerepe van a rosszindulatú daganatok, valamint a

krónikus májartalmak keletkezésében. És noha a szív- és érrendszeri betegségek halálozási aránya a férfiaknál számos országban csökkenő értéket mutat, az életmód ebben is meghatározó.

Az öngyilkosságok magas aránya a kelet-európai országokban arra utal, hogy erre egyrészt az átalakuló társadalmi viszonyok gyakorolhatnak befolyást, másrészt – Japánhoz hasonlóan –, a szociális változásnak, illetve a kulturális háttérnek lehet szerepe. A dél-európai országokban vallási, Egyiptomban pedig törvényi szabályok lehetnek befolyással az alacsonyabb adatokra.

A tanulmány rövid következtetése

Minden ország feladata, hogy a férfiak halálozásának elkerülhető okait kiküszöbölje. Ezek az okok többnyire közvetlen összefüggésben vannak az életmóddal és a kockázatokkal. A nagy kérdés az, hogy a politikusok és az egészségügyi rendszer tudnak-e olyan befolyást gyakorolni a férfiak életvitelére, a társadalmi környezetre és elvárásokra, amely a növekvő kockázatokkal szembe tud helyezkedni.

Tisztelt Szerzőink!

Kérjük, hogy az *Egészségfejlesztés* beszánt írásait, az ábrákkal és a képekkel együtt, e-mailben (csatolt file-ként) vagy lemezen/ CD-n – ez esetben a nyomtatott változatot és az eredeti képe(ke)t mellékelve –, levélben küldjék el a szerkesztőség címére.

A szerkesztőség címe és telefonszáma megváltozott: 1097 Budapest, Nagyvárad 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

Munkahelyen, egészségben – konferencia a Bükkben

2008. április 22–23., Lillafüred

Galgóczi Dóra

Országos Egészségfejlesztési Intézet

Hétfők és péntek között hol észrevétlenül, hol új ötletektől lelkesen vagy éppen a nap végét várva telnek munkanapjaink. Mit jelent számunkra a munkahely? Kreativitásunk talaját? Kötelező feladatok halmazát? Jövedelmünk zálogát?

Az *Egészségesebb Munkahelyekért Egyesület (EMEGY)* és az *Országos Egészségfejlesztési Intézet (OEFI)* munkatársai minél több vállalat vezetőit és munkavállalóit szeretnék meggyőzni arról, hogy hatékonyan dolgozni csak testi-lelki egészségben lehet és érdemes.

„Jót, s jól”

– ezzel a címmel hívták országos konferenciára az érdeklődőket a szervezők, bízva abban, hogy a munkahelyi egészségfejlesztés egyre több vállalat vezetőinek szívügye.

Megéri időt-energiát áldozni erre? Talán csak akkor mondhatunk nemet, ha hidegen hagy bennünket, hogy az EU tagállamaiban a munkahelyi stressz közel 40 millió munkavállaló egészségét komolyanvesztélyezteteti, illetve 12 millió ember munkahelyi megfélemlítéstől szenved. Aki a költségek oldaláról tekint a problémára, szintén nem marad meggyőző érvek nélkül: Magyarországon a betegségek folytán kieső bevétel egy évben összesen 3648 milliárd forint!

Talán a dohányzással kapcsolatban jobb a helyzet? Ne reménykedjünk... Tizenkilenc percenként egy embert veszítünk el miatta. Napi tíz szál cigaretta, és tízszeres kockázat a tüdőrákra, asztmára. Trombózis, meddőség, látásromlás: desszertként ők is fogyasztandók a cigaretta mellé. Akár megrendeltük, akár nem.

Egy fárasztó munkanap után, a tévé elé telepedve, már nyúlnánk is a kekszesdoboz felé – miután az irodában már kiürítettünk egyet, némi cukros üdítővel kísérve. Ha csupán a ruhaméret bánná... Ám az

elhízással összefüggő megbetegedések miatt hazánkban óránként 7 embertől kell végleg búcsút vennünk. S nemcsak a kalória a bűnbak: a lakosság 72,5%-a egyáltalán nem sportol! „Nincs rá idő, pénz, energia” – biztos, hogy a kórházi kezelésre könnyebb szívvel áldoznánk?

Túlhajsolt, dohányzó, súlyfelesleggel küzdő kollégákon leginkább a munkahelyen kezdeményezett programok segíthetnek, hiszen mindennapjaink egyharmadát itt töltjük. A konferencia gondolatébresztője után a döntés a miénk.

Merre induljon a vállalat, ha elhatározta, hogy elkötelezett híve lesz az egészségbarát szemléletnek? A tervezés lépéseihez, a források megteremtésének lehetőségeihez kaphattak támpontokat a konferencián résztvevők. Bemutatkozott a *Move Europe* program, amelyhez – az Európai Unió 27 tagországa után – Magyarország is csatlakozott. A kampány célja, hogy a résztvevő európai munkahelyek kapuján belépve a munkavállalók érezzék: egészségük, jó közérzetük vállalatuk számára is fontos. Akik már élen járnak a programban, bemutatták tevékenységüket, motivációt nyújtva az érdeklődőknek.

Mire számíthatnak a munkatársak, ha a vezetőség úgy dönt, tréningekkel támogatja egészségük megőrzését? A konferencián ízelítőt kaphattak a különböző lehetőségekből. Hatékony stresszkezelés, dohányfüstmentes mindennapok, kalóriák és kilométerek egyensúlya – mindenki kiválaszthatta, melyik tréningbemutatón szeretne részt venni. Így később könnyebb a döntés, melyik lenne leginkább hasznos munkahelye számára.

Ezen a rendezvényen nem végtelennek tűnő előadások sorozatára számíhattak a meghívottak. Aktív részvétel, működő ötletek-módszerek megosztása várta a vállalatok képviselőit. Hazatérve pedig nem lehet kétség: egészségbarát munkahelyért tevékenkedni sokszorosan megtérülő befektetés. Értünk, együtt, már holnaptól.

Contents

EDITORIAL

- Protection of Non-Smokers by Prohibition and Persuasion 2
Prof. Dr. Tamás Simon

SURVEYS

- Healthy Behaviour in Teenage Years – Opinions on their Health Behaviour by Structured Interviews 3
Dr. Anna Kovács, Dr. Karolina Kósa

- A Focus on Healthy Nutrition – Nutritional Habits among Adolescents from Transylvania 10
László Brassai, Dr. Bettina Pikó

- The Vision of Family of Health Care Visitors after Graduation 16
Dr. Zsuzsanna Kiss Soósné, Dr. Helga Judit Feith

- Olympic athletes' chances 21
Dr. Anna Alliquander

CONFERENCES

- Men's Health Week: a Focus on Colonic Cancer 24
Dr. Arnoldné Gritz

- Conference about Health in Work 35
Dóra Galgóczy

TRAININGS

- Protection from Exposure to Tobacco Smoke – On the Impact of the Smoke-free Environments Law Change 26
Tibor Demjén, Erika Bóti, Dr. Erika Nagy

REVIEW

- About an International Survey on State of Health of Population 32
Prof. Dr. János Météki

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