

Tartalom

TOVÁBBKÉPZÉS

Egészség – fejlesztés – jólét

Vizsgálódás az újabb egészség-fogalmak körében – II. rész

Prof. Dr. Székely Lajos, Dr. Frans Vergeer

2

FELMÉRÉSEK

Beszámoló a III. Közösen–Könnyebben Életmódváltó

Munkahelyi Csapatverseny keretében végzett kérdőíves felmérésről

2009. október 21. – II. rész

Czegledi Edit, Csizmadia Péter

13

Egészségmagatartás a fiatalok táplálkozási szokásaiban

Dr. Nagy Nóra Eszter, Sipos Erzsébet Evelyn

18

RECENZÍÓ

Túry Ferenc, Pászthy Bea (szerk.): Evészavarok és testképzavarok

Dr. Somhegyi Annamária

25

TOVÁBBKÉPZÉS

Meghatározó feltételek és követelmények

a jövő sikeres népegészségügyi programjának megvalósításához

Prof. Dr. habil. Schmidt Péter, Prof. Dr. emer. Fehér János

28

MEGEMLEKEZÉS

„Nagyformátumú gyógyító és kutató, az egészségnevelés
és egészségfejlesztés elhivatott képviselője volt”

Fehér János DSc., professor emeritus (1932–2010)

Prof. Dr. habil. Schmidt Péter

34

Health

Development

EGÉSZSÉG- FEJLESZTÉS

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet folyóirata.

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

A szerkesztőbizottság tagjai:
prof. dr. Balázs Péter,
dr. Gyárfás Iván, prof. dr. Hollán Zsuzsa,
dr. Kovács Attila, prof. dr. Molnár Péter,
prof. dr. Simon Tamás

Főszerkesztő: Gábor Edina

Felelős szerkesztő:
prof. dr. Simon Tamás

Vezető szerkesztő:
Balogh-Háromszéki Zsuzsanna

Szerkesztőség: OEFI,
1096 Budapest, Nagyvárad tér 2.
Levelezési cím: 1437 Budapest, Pf. 839/3.

Telefon: (1) 428-8272.

Fax: (1) 428-8273.

E-mail: titkarsag@oeffi.antsz.hu

Honlap: www.oeffi.hu

Kiadja:
az Országos Egészségfejlesztési Intézet.

Terjeszti:
előfizetésben a Magyar Posta Rt.
Hírlap Üzletága,

1080 Budapest, Orczy tér 1.

Előfizethető valamennyi postán,
a kézbesítőknél,

e-mailel: hirlapelofizetes@posta.hu,
faxon: 303-3440.

További információ: 06-80-444-444

Megjelenik kéthavonta.

Egy példány ára 2000 Ft.

Előfizetési díj egy évre 12 000 Ft,
fél évre 6000 Ft.

Index: 25 214, ISSN 1786-2434

Tipográfia és tördelés:

Reneszánsz Tipográfiai Műhely

Nyomdai munkálatok:

Porszinter Nyomda

1033 Budapest, Benedek Elek u. 1–3.



Országos
Egészségfejlesztési
Intézet

Egészség – fejlesztés – jólét*

Vizsgálódás az újabb egészség-fogalmak körében – II. rész

Prof. Dr. Székely Lajos¹,
Dr. Frans Vergeer²

¹a Pápai Páriz Egészségnevelési Országos Egyesület elnökségi tagja

²Fontys Tanárképző Főiskola, Tilburg, Hollandia

3. A „jól-lét”, mint az egészségfejlesztés alkotóeleme

3.1. A szükségletek kielégítéséről általában

Amikor számbavesszük azokat a tényezőket, amelyek az emberek egészségét befolyásolják, akkor az „egészséget” csupán *univerzális fogalomként* használjuk. Így az „egészség” az ember cselekvésében és tevékenységében mint viselkedés, életviteli mód, egészségvédő jelleg, egészségfejlesztés (a környezettel való aktív kölcsönhatásban) ismerhető fel. Az emberek (személyiségek) és a környezet közötti kölcsönhatás emberi *aktivitást* hív elő, amelynek célja az élet és az egészség fenntartása. Az élet fenntartásához, a létezéshez, az életvitelhez különböző *életségigleletek, létségigleletek kielégítése* szükséges. Így válnak a különböző életségigleletek az ember tevékenységének forrásává. A létségigleletek felismerése és az azok kielégítésére való törekvés közben az ember vagy „kellemesen kielégültnek” vagy „akadályozottnak” érzi magát. A „szükségletek” és „kielégítésük” közötti viszony hipotézise így foglalható össze (Alderfer, C. P., 1972):

– magasabb szintű szükségletek kielégítésére a személy csak akkor törekszik, ha minden alsóbb szükségletet – legalább minimális szinten – kielégítette („*fokozott kielégülés elmélete*”);

– a nem teljesült (kielégítetlen) szükségletek dominánssá válnak („*frusztráció fölérendeltségének elve*”);

– valamely szükséglet kielégítését követően a hierarchiában alsóbb szinten álló szükséglet válik relevánssá, ismételten jelentőssé („*frusztráció regressziójának elve*”); vagy

– a kielégített szükséglet magasabb szintű szükséglet kielégítésére készlet („*kielégülés fokozódásának elve*”).

3.2. Az életségigleletek kielégülése: a „jól-lét” (*well-being*)

A „jól-lét”, a közérzet (*well-being, Wellsre, Wohlbefinden*) fogalma a mindennapos szóhasználatban tervszerű jólétet (magyarul: kielégítettséget, harmóniát) jelent az életvitelben, az „emberi szintű” életszínvonal elérését, az emberi alapszükségletek kielégülését, illetve ennek lehetőségét tartalmazza. A nemzetközi elnevezés két tagzavat egyesít: a „kellemes” (komfortos, kényelmes, kedvelt, jó) és a „hogylét” (megelégedettség, kapcsolati egyensúly, biztonság) szavakat. Egészségnevelői használatban a „jól-lét”, a közérzet tartalmát a következők alkotják:

– *fizikai jól-lét* (pozitív testi érzések, pl. vitalitás, fitness, kellemes fáradtság, pihentető alvás, térbeli szabadság érzése),

– *pszichikai jól-lét* (kellemes érzelmek, megelégedettség, panaszmentesség, jókedv, öröm, humor; illetve ezek ellentéte: félelem, bizonytalanság, szomorúság, szabadsághiány, inaktivitás),

– *szociális (társkapcsolati) jól-lét* (pozitív, barátságos emberi kapcsolat; pozitív viszony a munkában, segítőkészség, jogérvényesítés, patriotizmus, informáltság, közegészségügyi együttműködés).

Az egészségpedagógiában a közérzet két formája ismert: az *aktuális és az állandóan ismétlődő (habituális) jól-lét* (ahogyan a tanuló a nevelési-oktatási folyamatban érzi magát). Az *aktuális (időszerű) közérzet* az egyén jelenlegi, rövid távú érzelmi állapotát jellemzi, az aktuális szükségletekkel kapcsolatos kielégülést (vagy ellenkezőjét: akadályoztatást) mutatja. A tanítás, egyes tanórák vagy gyakorlatok alkalmával a pedagógus feladatává a hasonló aktuális jól-lét kezelése válik. Ennél azonban *távolabbra mutat* a NAT, amely a *folyamatosan tartó, állandó jellegű kellemes közérzet* (hangulat, szabadság, együttérzés) megvalósítását tűzte

A tanulmány egy két részből álló cikksorozat második darabja. Az első részt folyóiratunk 2010/3. lapszámában olvashatták.

* Az elhangzott előadás: *Gesondheid, Promitie, Welbevinden* (fordítás). „Een golidie organisatie waakt over welbevinden” (Tilburg, 2009.06.18.). *Een gemeenschappelijke publikatie van twee vrienden „Gesondheid, Promitie, Welbevinden”* (Monitoring welbevinden binnen een organisatie).

ki célul. A nevelési program szerint a nevelőknek el kell kerülniük a külső és módszerbeli akadályokat, hogy az időközben keletkező eseményeket megnyugtatóan kezeljék. Az egyes tanulók jó közérzete egyben az osztály *tipikus közérzetét képezi le*.

Az „egészségi jól-lét” – a tanulók körében – az alábbiakat tartalmazza: személyes *érdeklődés és törekvés* a saját (testi, lelki, szociális) egészség *megőrzésére, fejlesztésére*; megértő és segítő *együttélés* egészség-fogyatékos társaikkal; a testi és pszichoszociális egészségkárosító tevékenységek tudatos megelőzése. A (testi, lelki) *közérzet* a meglévő anyagi és nem anyagi *életszínvonal* keretében valósul meg, és az alábbiakra utal: (a) a személy nem él anyagi-gazdasági nyomorban (azaz: legalább a létminimumhoz szükséges anyagiakkal rendelkezik), illetőleg (b) lehetősége van testi, lelki és szociális létszükségeit kielégítésére. Az egészségre és a közérzetre különösen az élet- és munkafeltételek, valamint a szabadidő felhasználásának lehetőségei gyakorolnak döntő befolyást. Az „egészségi jól-lét” erősíti a *vonzerőt*; érdeklődést, szándékot, készenléti állapotot (attitűdöt) vált ki meghatározott egészségvédő tevékenységek elvégzésére, és ezzel a „jól-lét”, mint az egészséges létezés „motorja”, *aktiváló hatást fejt ki az egészséges viselkedésre*.

A *létezési szükségletek* (benne az egészségi szükségletek is) – a *személyiség összetevői szerint* – testi, lelki, társ kapcsolati szükségletekre oszthatók fel. *Állandóság* szerint megkülönböztethetők csillapítható és csillapíthatatlan szükségletek; *céljuk* szerint deficit- és sikerszükségletek; és végül *fontosságuk* szerint létezési, kapcsolattartási és luxus-szükségletek. Amikor tehát a „jól-létet” (a szükségletek kielégítését) az egészség fejlesztése céljából vesszük számításba, jelezni szükséges, hogy *milyen célú, fontosságú és területű* (testi, lelki, szociális) *szükséglet kielégítését* vesszük számításba.

A „jól-lét” kielégítő egészségi állapot, életlehetőség nélkül nem valósulhat meg, így a „jól-lét” nem csupán „betegség-nélküliséget” jelent. A „jól-lét” az emberi *léthez*, az önmegvalósításhoz *pozitív érzelmeket és megvalósító erőt* is kölcsönöz. A különböző életszükségletek felismerése és az azok megvalósítására irányuló törekvés különböző *tudatos vagy nem tudatos motivációkat* kelt. Ezek a motivációk irányítják az egyén *viselkedési készségét* (érdeklődését, készenlétét), az egyén *sajátos egészségfenntartó és -védő magatartását* (meggyőződését, beállítódását). Ez a tény az egészségnevelésben az egészségfejlesztésre vonatkozó motiválás jelentőségét emeli ki.

3.3. Az emberi szükségletek kielégítése – az egészség alapja

A második világháború után (a holokauszt árnyékában) a pszichológia új ága, az ún. „humanisztikus pszichológia” a *pszichohigiéne, a lelki egészségvédelem*, valamint az *emberi önmegvalósítás* kutatása erősödött fel. A humanista pszichológia alapító atyja *Abraham Maslow (1908–1970)* volt, aki behatóan kutatta a lelki egészség pszichológiáját, és elemezte azokat az *emberi alapszükségeket*, amelyek az élethez, az „emberi” létezéshez (*Lebensexistenz*),

szélesebb értelmezésben az emberi „önmegvalósuláshoz” nélkülözhetetlenek. *Maslow* alapművében (*Theory, 1943*) az emberi szükségleteket meghatározott rendbe sorolta: al- és fölérendeltségi viszonyba (hierarchikus rangsorba) állította (ez volt a híres „szükségletpiramis”, *Hierarchy of Human Needs*). A *Maslow* által felállított „szükségletpiramis” al- és fölérendeltségi rendszerében legalul a lét szükségletei, legfelül az önmegvalósítás szükségletei helyezkednek el. (*Maslow, A. H., 1954/b*)

A *Maslow* által felállított „szükségletpiramis” *egydimenziós, egymásra épülő, felfelé építkezve egyre értékesebb* (mindig nagyobb energiát követelő) *elemeket tartalmazó rendszert alkot*. Az ember legelőször a legalacsonyabb lépcsőn álló (biológiai létezés) szükségleteit kísérli meg kielégíteni, majd ezt követően lép át a következő szükségleti szintre. Az egymás fölé rendezett szükségletek így alkotnak rendszert (*Atkinson, R. L. és mts., 1997 szerint*):

1. *A testi létezés szükségletei*: mozgás, lélegzés, táplálkozás, alvás, melegség, szexualitás, ép szervi működés, szabadság, lakás (saját élettér);

2. *A biztonság szükséglete*: jog- és rendvédelem, életvédelem, veszélytől való megóvás, biztos munkalehetőség, segítséghez való jog;

3. *A szociális kapcsolatok (társkapcsolatok) szükséglete*: részvétel a családi életben, baráti körben, partnerség, szerelmi-szexuális kapcsolat, intimitás, kommunikáció;

4. *Az önértékelés szociális szükséglete*: a társadalmi helyzet rang- és értékjellege, elismertség (kitüntetés, dicséret), önfenntartó jövedelem, anyagi jólét, jogérvényesítés, érdekvérvényesítés lehetősége, személyes és hivatali siker, szellemi és testi erőnlét;

5. *Az önmegvalósítás szükséglete*: egyediség, zsenijelleg kibontakozása, tökéletesség megszerzése, folyamatos képzés, művelődés, „megvilágosodás” megszerzése;

6. Röviddel halála előtt *Maslow* a szükségletpiramist további legfelső, ún. „*transzcendens szükségletekkel*” egészítette ki (*Transpersonale Psychologie, 1970*): Isten keresése, az „egyedi”, az „Én” határait túllépő dimenzió sajátos átélése, azaz: a tapasztalati megismerés határain túli, nem anyagi jellegű szükségletek, értékek elfogadása, teremtő és fenntartó szellemekkel való kapcsolat kialakítása.

A piramis első három lépcsőfokán az ún. *hiányszükségletek (Defizitbedürfnisse)* állnak, amelyek a létezés és az életben maradás nélkülözhetetlen feltételei, és *feltétlen kielégítést követelnek*. Ha ezek a hiányszükségletek kielégülnek, a hiány további kielégítésére már nem hívnak elő motívumokat.

Az alacsonyabb rendű *alapszükségletek* csoportját (pl. éhséget, légszomjat) *Maslow hiányszükségletnek*, a magasabb rendű szükségleteket (pl. munka, barátság, szerelem) *gyarapodásbeli szükségletnek* nevezte el. Az alapszükségletek mellett léteznek *luxusszükségletek is*, amelyek elsődlegesen a gazdaság állapotától függenek (pl. a számítógép-ellátottság luxusellátottságból alapszükségletté lépett elő).

A szükségletpiramis legmagasabb szintje a „*csúcslétezés*”: az *önmegvalósítás*, amelyet kielégültség, siker-

élmény, öröm, jó közérzet („jól érzem magam”) jellemez. A „csúcserő” nem más, mint énközpontú, az egész személyiséget érintő állapot, a cél eléréséhez szükséges pozitív, kellemes érzelmekkel teli élmény, amely nem mások ellen irányul. (A „csúcserő” pl. ilyen személyiségjellemzőket takar: kreativitás, az alkotás sikere, a természetben való gyönyörködés, a partnerségben való intim kapcsolat, a szülői hivatásban való öröm, sportsiker, hosszabb időn át tartó öröm, lelkesedés, humor és megelégedettség.)

Az alsóbbrendű és a magasabbrendű szükségleti szintek közötti különbség Maslow alapján így tipizálható (Atkinson, R. L., 1997):

– A magasabbrendű szükséglet egy későbbi törzsféjlődés következménye.

– Minél magasabbrendű a szükséglet, annál kevésbé nélkülözhetetlen a továbbéléshez, annál könnyebb a szükségletet tartósan kikapcsolni.

– Magasabbrendű szükségleti szinten élő személynek nagyobb a biológiai hatékonysága, jobban alszik, hosszabb az élete.

– A magasabbrendű szükséglet kielégítése személyesen (egyéni) kevésbé sürgető.

– A magasabbrendű szükségletek kielégítése több kíváncsi és személyes élményt nyújt (pl. mélyebb örömezt, sikerélményt, derűt és belső gazdagságot vált ki).

A Maslow által megalkotott szükségletpiramis az egyes emberek szükségleti hierarchiáját vázolja fel, a csoportok azonban elsődlegesen nem testi szükségleteik kielégítésére törekszenek, hanem először biztonságuk, szociális kapcsolataik (a közösségbe való betagozódás és a csoportban való megmaradás) megerősítését kívánják kielégíteni. Ez utóbbit (az ún. „kapcsolatszükséglet”) a „valakihez való tartozás” szociális szükségleteként, a ragaszkodás, az egymás iránti figyelemesség és megbecsülés szükségleteként rangsorolják alapszükségletként.

A maslowi szükségletpiramis értelmezésénél figyelembe kell venni, hogy a hierarchia – magától értetődően – nem tartalmaz semmiféle fejlett ipari, szociális vagy egyéni társadalmi státuszt. Mégis, a magas életszínvonalon élő társadalmak, amelyekben az alsóbbrendű szükségletek biztosítottak, egyáltalán nem arra ösztönzik az embereket, hogy elsődlegesen testi szükségleteik kielégítésére törekedjenek, és csak ezután elégték ki biztonságérzetüket és kapcsolat-szükségletüket. Itt azt is meg kell jegyeznünk, hogy a magasabb szintű szükségletek kielégítése jelentősen több időt igényel, mint az alacsonyabb szintű szükségleteké. A szükségletek kielégítésének társadalmi lehetősége annak alapján ítélt meg, hogy az egyes szükségletfokok teljesítésére mennyi idő áll az emberek rendelkezésére.

A „szükségletpiramis” mint *fejlődési rendszer* is felfogható, hiszen Maslow igen világosan megkülönbözteti egyik oldalon a *szükségletet*, a másik oldalon a hozzátartozó *kényszermagatartást*. Véleménye szerint a szükségleti helyzetet (és a szükségleti magatartást) nem egyedül a szükségesség, hanem más keretprogramok is meghatározzák, amelyek ugyancsak hierarchikus rendbe állíthatók. (Maslow, A. H., 1954/b). Ennek alapján az ember „jól-létét” (közérzetét)

külső és belső tényezők befolyásolják: a külső tényezők lehetnek fizikai feltételek (pl. hőmérséklet, lárma) vagy szociális környezeti viszonyok (pl. család, munka). A „jól-lét” biztosításához a legalapvetőbb az ember *szabadsága*, amely *lehetőséget* biztosít (a) saját környezete feltételeinek változtatására, (b) vagy saját aktuális környezete elhagyására, illetve más környezet választására.

Az emberi szükségletek kielégítésének maslowi elméletét több kutató vitatta (Leary, T., 1993; Waidfeld, J. M., 2005; Alderfer, C. P., 1972). Közülük figyelemreméltó Leary, T. *elmélete*, aki felállította az „Öntudat nyolclépcsős fejlődés-elméletét”, amely szerint az emberi psziché – bázisprogram szerint – a viselkedést meghatározó követelményeket a „jól-lét” megvalósítása felé irányítja. Szerinte a szükségletkielégítéshez az alábbi viselkedési követelmények nélkülözhetetlenek:

- a bizonytalan helyzetek ismerete, tűrése, elviselése,
- önmagunk és mások elfogadása, úgy, amint azok a valóságban érzékelhetőek,
- gondolkodni és cselekedni csak szabadon, közvetlenül (nem más útján) szabad,
- a tevékenykedő mutassa lelkesedését, örömét, humorát és nyugodt érzelmeit,
- cselekedjék aktívan és kreatív módon,
- a szükségletkielégítés közben védje és fejlessze saját, illetve partnere egészségét,
- az élet alapélményeit (születés, fejlődés, táplálkozás, aktív mozgás, párkapcsolat, stb.) érzelmesen élje át,
- törődjön az emberiség „jól-létével”, legyen aktívan gondoskodó az emberiség egészségvédelmét szolgáló intézkedésekben,
- a szükséglet kielégítése során építsen ki megnyugtató emberi kapcsolatokat, különösen a szélsőséges csoportokban: a kis- és a tömeges közösségekben.

3.4. A szükségletek kielégítésére való indíttatás: a motiváció

A szükségletek kielégítése belső feszültséggel jár, amelyet érzelmi-akarati erőfeszítés kísér. Az érzelmi élet és az akarati tevékenység lefolyási formáját *motivációként* tartjuk számon, amely az ingereket „jól-léti” (kellemes) vagy szenvedő (kellemetlen) jelzéssé (szignállá), érzelmi feszültséggé transzformálja. A motívumok *rendszere a motiváció*. A motívumot a pszichológiai szakirodalom (Shils, E. A., 1954; Parsons, T., 1967) tudatos, illetve nem tudatos izgalmi állapotként definiálja, amely aktivizálja az akarati tevékenységet; de *drive* (a szervezet által keltett energia) elnevezéssel is illetik, amely a céltárgy megszerzésére irányul, függetlenül attól, hogy a tevékenység célja tudatos vagy nem tudatos. A motívumok befolyásolják az embert, hogy tevékenység-sorozatokat kezdjen el, illetve folytasson.

A *motiváció* mint rendszer azt célozza, hogy az ember különböző szükségleteinek kielégítését elkezdje, azaz a motívumok a tevékenység indító alapjai, és így a felmerülő szükségletek kielégítéséhez szorosan kapcsolódnak. A szükségletek – az előzőekben bemutatott maslowi hierar-

chia szerint – meghatározott *viselkedést* (viselkedési motívumot), valamint tudatos, vagy nem tudatos *törekvést* (célirányos tevékenységet) váltanak ki. A motívumok az emberi szervezetben mint *reflexek* jelennek meg, bár nem tekinthetők csupán feltételes vagy feltétlen reflexeknek.

Valamely szükséglet addig befolyásolja, aktivizálja a cselekvést, amíg az ki nem elégül, ezért a szükségletpiramisban előbb az alsóbb szintű szükségletek kielégítését kell elvégezni ahhoz, hogy egy magasabb szintű szükséglet kielégítése aktiválódhasson, megvalósítható legyen.

Az utóbbi években a lakosság szellemi-lelki megterhelése fokozódott, s az állandó kényszerhelyzetek (felelősségteljes élethivatás, iskolai megterhelés, többszöri hivatásváltás, munkanélküliség, mozgásszegény életmód, stb.) és alkalmazkodási kényszerek *stresszállapotokat* hoztak létre. Ebben az adaptációs helyzetben a szervezet sajátos védekező reakciókat fejlesztett ki. Az ún. *pszichoszomatikus betegségek* (civilizációs betegségek) arra mutatnak, hogy *az emberek létszükségei nem elégülnek ki tudatosan*. Érdemes megjegyezni, hogy a stresszbetegségekben nemcsak az *alapteret*, de a hierarchia *magasabb* fokán álló létszükségek kielégítése is szerepet játszik. (Ma még nem tisztázott, mit értünk „*alapszükségek*” alatt, mert azt a különböző tudományágak különféle módon interpretálják.)

Az „*alapszükségek*” mellett megkülönböztetünk „*létszükségeket*” is, amelyek a létfenntartás, az élet- és egészségvédelem feltételei. A létszükségek biológiailag meghatározottak, belőlük spontán (ösztöntényező által meghatározott), de nem mechanikus jellegű motivációk erednek (mert a hozzájuk kapcsolódó érzelmek megfékezhetőek, elnyomhatóak, átirányíthatóak). Így a magatartásváltozásokat *nem egyedül a szükségletek határozzák meg*, azokban a kulturális feltételek, az egyén által átélt egyéni *tanulástörténet* is szerepet játszik. (Maslow, A. H., 1943/a)

A természetes és kulturális (magasabb) szükségletekből nemcsak ösztönzés, akarati tevékenység származik, de *érzelmek is*. Ha a szükségleteket kielégítettük, az érzelmek is megszilárdulnak, ezzel „*érzelmi kielégülés*” jön létre.

A tudatos kielégüléssel ellentétesen hat a *frusztráció* (akadályozottság, sikertelenség, csalódottság élménye). Ha az ember alapszükségei kielégítésekor elháríthatatlan (vagy elháríthatatlannak vélt) akadályba ütközik, *belső feszültséget él át*. A frusztráció különféle magatartásváltozásokhoz vezet: létrehozhat *agressziót* (durvaságot, fenyegetést, ellenségeskedést), *önagressziót*, továbbá megerősíthet *negatív személyiségtulajdonságokat* (pl. a vállalkozókedv elvesztését, az irigységet, az elkeseredettséget, a csekélyebb-értékűség érzését). Így a motiváció az érzelmek kifejezésével jelentős *jelzőszerepet* (szignálfunkciót) tölt be az ember „*jól-létének*” pillanatnyi állapotáról, pl. akaratlan mozdulatokkal, mimika, hang, gesztusok, sértő szóbeli megnyilatkozások, stb. megjelenésével. Eszerint értelmezendő a WHO egészségmeghatározása is, amely szerint „*az egészség a teljes ember testi, lelki, társkapcsolati jól-léte (közérzete)*”, azaz az ember alapszükségei kielégítésének szintjét közérzete jól visszatükrözi.

4. Következtetések, értékelések

A tanulmány címében jelzett három fogalom: *az egészség, az egészségfejlesztés és a „jól-lét”* az ember bio-pszichoszociális aktivitásának forrását, célját és módját, szükségletei megjelenési formáját, valamint emocionális-volitív közérzetének alapelveit érinti. Ezt követően felmerül a kérdés: milyen következtetéseket lehet levonni a megállapításokból az iskolai egészségnevelésre vonatkozóan? A kérdésre adandó válasz jelen tanulmány keretei között csupán felszínesen adható meg, ugyanis az egészségpedagógia még adós az *iskolai szabadság és jó közérzet* („*jól-lét*”) tartalmának kifejtésével.

4.1. Az egészségtudat fejlesztése

Az egyik legfőbb egészségpedagógiai feladat: *olyan képességek kialakítása a tanulóknak, amelyek a modern, egészséges életvezetéshez a gyakorlatban felhasználhatóak*. Nem elégséges csupán megtanítani a medicinális, egészségvédő alapelveket, törvényszerűségeket, ismeretanyagot, ha azok – lehetőségek hiányában vagy az adott életkörülmények között – nem alkalmazhatóak, vagy (eleve) megvalósíthatatlanok.

Az *egzségtudat* (az iskolai oktatásban) az emberi szervezet funkcióira vonatkozó alapvető ismereteket, azok alkalmazási módjait foglalja magában. Az iskolai *Egzségtan* tantárgynak túl kell lépnie az anatómia, fiziológia *leíró* közlésén, utalniia kell a szervezetre ható környezeti feltételekre, a társadalmi tapasztalatokra, a tantervi anyag mindennapos *alkalmazhatóságának lehetőségére és módjára*. A tantárgyakban a pedagógusnak hangsúlyoznia kell – mindennapi körülmények között – *az egészség értékjellegét*; az egészséget, mint a tanulók előtt álló hivatás (szakma) nélkülözhetetlen feltételét. A tanulókat példák segítségével szükséges meggyőzni arról, hogy a munkában való elhelyezkedés alapfeltétele *a munkavállaló egészsége* (ezért kér a munkaadó a munkatárs válogatásakor nyilatkozatot sportolásról, dohányzásmentességről, normál testsúlyról, egészségkárosító szokásoktól való mentességről).

Az egészségtudatos magatartáshoz jól összeválogatott *egzségtudatos információkra* van szükség. Az információk kiválasztása a pedagógustól egészségpedagógiai kulturáltságot (képzettséget) igényel, hiszen a kiválasztás vonatkozik a célirányos információk *modalitására* (az aktuális életcélra), *intenzitására és időtartamára*, valamint a kedvezőtlen élethelyzet *mentálhigiénés* kezelésére. A cél: a közegzségügyi kötelezettségek melletti, illetve az egészségkárosodással szembeni *érzékenység* erősítése. (Napjainkban jelentős elkötelezettség mutatkozik pl. az egészséges táplálkozás, a napi sportolás, az alkohol-, a dohány- és drogélvezet, a szexuális kapcsolatok, a hulladékgyűjtés, a modern divat témakörében.)

Az egészségtudatos információk közlésére az iskolai élet folyamán különféle *nevelési lehetőségek* szolgálnak, így a *Biológia* tantárgy és a *Gyakorlati foglalkozások* kötelező tananyagában, a tanórák és óráközi szünetek alatt személyes

beszélgetésre, illetve tanácsadásra. E lehetőségeket a különböző (természettudományi és társadalomtudományi) tantárgyak, illetve szakmai gyakorlatok autonóm keretei, illetve személyes megbízások (akciók, tisztségviselés, sportolás, stb.) egészítik ki.

Iskolai felmérések mutatnak rá – bár végérvényesen nem bizonyított –, hogy a felnövekvő generáció értéksorrendjében az „egészség” csupán a harmadik helyen jelenik meg (Székely, L., 2008/3), ezért továbbra is megoldandó egészségpedagógiai feladatot jelent a felnövekvő generációk *személyes és közegészségvédő szükségleteinek* számbavétele. Egyes személyi és közösségi szükségletek már ismertek, ezek iskolai kielégítését az új nevelési tervekben és tantervekben (NAT) már említik. A maslowi szükségletpiramis szerint megfogalmazott (Maslow, A. H., 1954/b) szükségletek iskolai kielégítésével azonban a tanulók *nem elégedettek*, nagyobb önállóságot, autonómiát, öngazdálkodást igényelnek. A nagyobb önállóságra való törekvéssel szemben a tanulóknak kevesebb – egészséges életmódra vonatkozó – információra van szükségük, a nagy információdömping ellenére nem kellően informáltak, a számukra közölt részinformációk nincsenek egymással kapcsolatban. (Vergeer, F., 2005/c)

Következtetés: az „egészség” iránt való érdeklődést és az egészség értékékként való elfogadását – az egészségpedagógia részeként – nem csupán ismereti, de érzelmi ösztönzőkkel is erősíteni szükséges (pl. a sikerélmény, a megelégedettség, a meggyőződés, a csoporttal való együttérzés, stb. felkeltésével).

4.2. Az autonómia erősítése az oktatásban

Napjainkban megerősödött a tanulók önállóság iránti törekvése. Az autonóm, önálló, „szabad” iskolák, diák-önkormányzatok a tanulók döntési jogát, az oktatási rendszer kereteinek szétfeszítését igénylik. Ezekben az önállósági törekvésekben felfedezhető a *Poiesz, Th. és van Raaij, W. F. (2007)* által felállított ún. „*triád-modell*”, amely szerint az oktatásban piaci stratégia és fogyasztói magatartás valósul meg. A szerzők szerint az oktatás anyaga az áru, a fogyasztó a tanuló, akinek fogyasztói magatartását az alábbiak határozzák meg: (1) megfelelő *lehetőség* a vásárlásra, (2) *motiváció*, késztetés a fogyasztásra, (3) *képesség* (ismeret, készség, képesség, személyes autonómia) a vásárlás megvalósítására és felhasználására. E modell azt jelzi, hogy az *autonómia*, mint személyes szabadság, minden pedagógiai interakció komplementer részét képezi.

A *tanulói autonómia* igen gyakran a tanár kisebb beleegyezéseiben, tiltásainak feloldásában nyilvánul meg, azaz létrejötté – a tanár szakpedagógiai önállóságán (szaktudásán, felelősségén) túl – „*recipiens*” (fogékony, kommunikációképes) *nevelői magatartást* is igényel. A pedagógiai autonómia megvalósítása tehát nem csupán a tanulók viselkedési szabadságát feltételezi, hanem a tanulók oldaláról érkező hatások befogadására kész nevelői magatartást, valamint kielégítő etikai, törvényi, szociális, egészségfejlesztő szemléletet, mentálhigiénés aktivitást is.

A *szabadság*, mint tanulói önállóság, a nevelői gyakorlatban több úton tükröződik vissza: megjelenik a pedagógiai módszerek gyakorlatában, a feladatok ismertetésében, a technikai gyakorlatok önállósági fokában, a hivatási (foglalkozási) karrier feletti vitában, stb. Lényeges az, hogy a pedagógus a tanulók egyes akcióiban engedjen utat a verbális befolyásolásnak, engedje érvényesülni a tanulók elképzeléseit, korábbi ismereteit, meggyőződését. Jellemző szabadságélményt szerezhet a tanuló a „*gyakorlati foglalkozások*” praktikus feladatainak önálló megvalósításában. Erre vonatkozó felmérések bizonyítják, hogy az ilyen szabadságélmény megerősíti a munkában való elszántságot és kitartást, valamint csökkenti a nemkívánatos izgatottságot és félelmet. (Vergeer, F., 2005/3)

Egészségnevelési szempontból figyelembe kell venni, hogy a szakpedagógusokat az *iskolaegészségügyi feladatok ellátásában* más szereplők is segítik, így az iskolaorvosok, az iskolai védőnők, a pszichológusok, a mentálhigiénikusok, a gyógypedagógusok és más paramedicinális szakemberek. Kompetenciájuk körét rendeletek szabályozzák. (Székely, L., 2008/c). Az együttműködés keretében e segítő személyek a következő területeken végeznek informatív és önállóattitűd-alakító tevékenységet: az egészségi állapot önvizsgálata, az öngyógyítás módjai, önterápiák, diéta, drogprevenció, személyi és környezeti higiénia, a betegápolás és gyermekgondozás elemei, elsősegélynyújtás, a szexuális higiénia és a párkapcsolatok alakítása, az információs technikai eszközök használatának munkaegészségügyi feladatai, stb. (Mindezek az *egészségfejlesztési tevékenység orvosi ellenőrzését is magukban foglalják.*)

4.3. A tanulók megelégedettségének biztosítása

A szabadság és az autonómia nyomán a cselekvést (az adott aktuális helyzetben) a *megelégedettség érzése* kíséri, ugyanis amikor az egyén lehetőséget nyer szükségletei kielégítésére, akkor a „*jól-lét*” (*közérzet*) érzését, *megelégedettséget* él át („*jól érzem magam*”). A *megelégedettség* egy sor olyan részfeladat megoldásán alapszik, amelyek az adott tevékenység céljának (nem feltétlenül: végcéljának) elérésére irányulnak. A megelégedett ember képes az előnytelen vagy nem megváltoztatható feltételek hatását elnyomni. A megelégedettség (*jól-lét*) maga *kellemes, erőteljes állapot*, amelyet koordinált mozdulatok, nem megerőltető testtartás, a munkára való készség, a szabad kommunikáció és információcsere, a világban való tájékozottság, a segítő kontrolltevékenység és a hivatáshoz tartozó kedvező eredmények jellemezznek. (Ahol az ember megelégedettséget érez, ott szívesen tartózkodik.)

A *megelégedettség* (*közérzet*), mint alaptulajdonság kialakítása a pedagógiai folyamat keretében „*habituális*”, azaz *hosszantartó személyiségfejlesztési tervezett feladat* (azaz a megelégedettség nem pillanatnyi szükséglet kielégítésére bekövetkező rövid emocionális reakció). A „*jól-léti*” állapotban a tanulók tevékenysége, általános magatartása kiegyensúlyozott, mozdulataik koordináltak és kooperatívak, kommunikációjuk segítőkész, a munkában kitartóak,

iskolai feladataikat (a tanulást, a szakmai gyakorlatot) készségesen teljesítik (képesek izgatottságukat, indulatkitöréseiket visszatartani). Ha a tanulókat „jól-létükről” (megelégedettségükről) kérdezzük, leggyakrabban ilyen válaszok érkeznek: a helyzet elviselhető, kedvező („nem olyan rossz”); a gyakorlati munka izgalmas; jó alkalom a barátkozásra; az iskolai „házi rendet” jól ismerik, stb.

A „jól-lét”, mint érzelmes tulajdonság (megelégedettség) összetevői szociometriai módszerekkel elemezhetőek (testi, szellemi és társkapcsolati jellemzői feltárhatóak), és pedagógiaileg befolyásolhatók. Példaként álljon itt a megelégedettséghez nélkülözhetetlen néhány eszköz és pedagógiai módszer:

– *testi (szervezeti) jól-lét:* levegőztetés, kellő hőmérséklet, megvilágítás, berendezés, a higiéniai és baleset-megelőzési eszközök, a táplálkozáshoz biztosított a kellemes környezet, az iskolai bolt választéka egészségtámogató, elegendő a sportfelszerelés és a mozgási lehetőség, rendszeresen biztosított az orvosi-egészségügyi ellátás (rendelés);

– *lelki (mentális) jól-lét:* derűs hangulat a berendezésben és társkapcsolatokban, az erőszak elvetése, (intim) tanácsadás lehetősége orvosokkal, más szakértőkkel; az iskolai házirend és kötelezettségek világos megfogalmazása, információ a viselkedés következményeiről és a javítási lehetőségekről, az értékeléstől való félelem kizárása; a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a drogélvezet elítélése;

– *szociális kapcsolatok jól-léte:* állandó segítőkészség a munkavégzésben és más feladatokban, a „pozitív” baráti érzelmek kimutatása (barátság, önmérséklet, egymás türelmes elviselése, segítőkészség, a szegregáció elutasítása), a tanár–diák viszony közvetlensége (bizalmas kérdés–felelet kapcsolat, a környezeti feltételek szabad kritikája és javító mozgalma; együttes részvétel diákmozgalomban, sport- és turisztikai rendezvényeken), stb.

4.4. Társkapcsolati egészség

Napjainkban új partneri viszony alakult ki a pedagógusok és a tanulók között, amely kölcsönös kapcsolatra épül. A kölcsönhatás részben azt jelzi, hogy a pedagógusok növendékeiket önálló személyiségként fogadják el, kapcsolatukat emberileg és jogilag egyenlőnek értékelik. Másrészt a kölcsönös kapcsolat azt jelenti, hogy a növendékek félelem nélküli tiszteletben tartják pedagógusaikat és a velük való együttműködésben készségesek (bár a tanár és a tanuló kölcsönhatásában a tanár „vezető” szerepet tölt be, így közöttük „függő partnerség” áll fenn). A pedagógusok ellen elkövetett tanulóit atrocitások intő jelei lehetnek az iskolai közösség „jól-léte” (megelégedettsége) hiányának.

Iskolai osztályokban a személyi kapcsolatok különböző formái léteznek, így pl. barátság, kölcsönös segítség, egymás közötti vetélkedés, viszály, stb., amelyek *szociometriai felméréssel* feltárhatóak. A szociometriai teszt módszer (Moreno, J. L., 1952) fényt deríthet a tanulók kölcsönös kapcsolataira, a csoportba való beilleszkedés fokára, az elfogadottságra, stb. A tanulók válaszait a pedagógus matematikai úton (varianciaanalízissel) értékelni tudja, így a tanulócso-

portban élő interperszonális kapcsolatokat megismerheti és pedagógiai munkájában felhasználhatja.

A csoportban uralkodó „jól-lét” (közérzet) az egyes csoporttagokat személyesen érinti, hiszen a tanulók nem teljes azonossággal épülnek a csoportba. A csoportban kinevezett vagy választott *vezetők* működnek, akik szervezik, irányítják a csoportot. A csoportban *uralkodó „jól-lét” szintjét* ilyen tényezők mutatják: közös feladatok tervezése és vállalása, együttes kockázatvállalás, a csoporttagok teljesítményének közös értékelése, iskolai szabályokra, rendezvényekre való közös javaslattétel (állásfoglalás); a csoporttagoknak feladataik ellátásában való segítségnyújtás, stb.

Olykor előfordul, hogy egy-egy tanuló nem nagy örömmel vesz részt a csoport akcióiban, de más lehetősége nincsen, azaz *nem érzi magát szabadnak* a csoportban. Ilyen esetben egészségpedagógiai feladat a tanulónak olyan megbízatást adni, amelyhez alkotóereje igénybevételére van szüksége (ugyanakkor a feladat kiosztásánál arra is ügyelni kell, hogy az ne okozzon számára szellemi-lelki túlterhelést, stresszhatást).

Összefoglalóan: az egészséggel (egészségvédelemmel) kapcsolatos „jól-lét” a csoportok szükségleteinek kielégítéséből ismerhető fel, és a felismerés nyomán a csoport a nevelési cél elérésére mozgósítható.

4.5. Egészségi ismeretek a tantervekben

Az iskolai tanterveket az egyes államok oktatási törvényei szabályozzák. Valamennyi modern országban központi intézkedések biztosítják a tantervek *egészségvédelmi* anyagát is, így pl. az egészségvédelem, a balesetmegelőzés, a személyi és környezeti higiénia, a testedzés és a biológiai-anatómiai ismeretek tananyagát.

Egyre nagyobb a pedagógiai törekvés a *kompetenciaalapú* egészségtan oktatására. A kompetenciaalapú oktatás *alapszintű képességek* („*basic skills*”) kiművelésére épül, amilyen az írás, az olvasás (és megértés), a számolás, az idegen nyelv használatának elsajátítása. (OECD Direktive) A kompetenciák alapját képező ún. „csúcskompetencia” két úton kívánja az embert felkészíteni az *egészséges létezésre*: (1) *egészségvédelemmel* és (2) *egészségfejlesztéssel*. Az első „*védi*” az egészséget (visszatart a betegségtől), a második „*erősíti*”, fenntartja az egészségi állapotot, képessé teszi a személyt a környezet által létrehozott újabbnál újabb életfeltételekhez való alkalmazkodásra, az adaptációra, az együttélésre, a toleranciára, az életet és az egészséget fenyegető veszélyek elkerülésére.

A csoportok „jól-léte” (kellemes érzése, megelégedettsége) a „csúcskompetenciák” (egészségvédelem, egészségfejlesztés) *képességgé fejlesztésére* épül. A tanítás során szerzi meg a tanuló az egészséges létezéshez szükséges ismereteket, tanulja meg azokat az életben alkalmazni (gyakorolni) és kap késztetést az egészséges életmódra. Az egészséges életvezetéshez szükséges *információkat* (így a szervek működését, a közérzet alapkövetelményeit, a karrierhez szükséges gyakorlati tanácsokat) a *tanterv* biztosítja. A pedagógusok részére már kidolgozott tantervek (kurrikulumok) állnak ren-

delkezésre biológia, pszichológia, szociológia, egészségtan tantárgyakból is. A magyar egészségnevelési gyakorlathoz eligazításként megjelent „Gyermek-egészségügyi nevelő-program” (Székely, L., 2008/c) és más, ún. „keresztprogram” főbb tartalmi csomópontjai az alábbiak:

- biztonságmegőrzés, kockázatkerülés,
- egészséges táplálkozás,
- sportolás (mozgásprogram), személyi higiénia,
- pszichoaktív anyagok fogyasztásának kerülése,
- szexuális higiénia, szexuális kultúra,
- embertársi kapcsolatok, családi élet,
- környezetvédelem.

A tanulók teljesítőképessége igen szorosan kapcsolódik a csoportban uralkodó „jól-léthez” (közérzethez). A kellemes, illetve kellemetlen érzelmek szinte előrejelzik az elméleti és gyakorlati képzés eredményességét, azaz: a „jól-lét”, mint „megelégedettség” nem csupán az egészség jelzője, de az eredményes nevelőmunka szükségszerű meghatározója (determinánsa) is.

4.6. A közérzet megvalósításának módszerei és eszközei

Tanulmányunk az egészségnevelés alapfogalmait elemezte. A fogalmak elsajátításához hagyományosan olyan módszerek és eszközök is kapcsolódnak, amelyek útján a jelzett fogalmak a gyakorlatban felhasználhatóak. Itt most csupán azokat a módszereket emeljük ki, amelyek segítségével az egészségnevelés a „jól-lét” (közérzet, megelégedettség) megvalósításához vezetheti a felnövekvő generációt.

A tartalom által meghatározott és alkalmazott módszerek (amelyek ilyen kérdésekre felelnek: „ki, mit, hogyan, miért, milyen segítséggel” végez) képesek követni a társadalomban végbemenő változásokat: a gazdaság, a kultúra, a tudomány és technika, valamint az emberi élet- és munkakörülmények változásait, és segítik a kitűzött célhoz, a megelégedettséghez való eljutást. A felnövekvő nemzedéknek a jövő életfeltételeire való felkészítése a következőket igényli (OECD-kutatások nyomán):

- az egész élet folyamán tartó tanulás biztosítása: az élethez szükséges (jelenlegi és perspektívikus) ismeretek megszerzése, a „közérzet” folyamatos megújítása,
- a megtanult ismereteknek a gyakorlati életben való alkalmazására való képesség megszerzése (az iskolai tananyagban tanultaknak a mindennapi életben, az élethivatásban, a szabadidőben, a társadalmi életben, a családban történő alkalmazásának megtanulása és gyakorlati megvalósítása);
- a nevelési-oktatási folyamatban (és rendszerben) az esélyegyenlőség biztosítása (embertársaink elfogadása, a tolerancia, az integrációs nevelés, a fogyatkozással élők bevonása), a szegregáció elutasítása;
- a modernizációhoz és az esélyegyenlőséghez szükséges infrastruktúra biztosítása (kiemelten az informatika, a sport, a környezetvédelem eszközrendszerének és működésének biztosítása).

4.6.1. A célhoz vezető út specialitásai

(a) Az egészségi információk alkalmazhatósága

Az egészségnevelési cél megvalósítása során kifejtésre vár az egészséges életvitel és életmód, valamint a sikeres karrier (életpálya-modell) követelményrendszere és ennek a mindennapokban történő (gyakorlati) alkalmazása. E nevelési feladat megkívánja, hogy az egészséggel (egészségvédelemmel) kapcsolatos kérdéseket az oktatás egész folyamatában kényszer nélkül vitassák meg a tanulókkal. Az egészségfejlesztő tananyagok ne csak elméleti ismeretanyagot közvetítsenek, de praktikus útmutatást adjanak a családi életre, a szabadidőre, a sporttevékenységre, a baráti kapcsolatokra is. A közölt ismeretek legyenek hitelt érdemlőek, szakmailag megalapozottak és meggyőző erejűek. Az egészségvédő elvek átültetésére különböző módszerek állnak a pedagógus rendelkezésére, pl. vita, eseményelemzés, a napi hírek kommentálása, az osztályt érintő események kritikája, irodalmi, művészeti alkotások feletti vita. Modern módszerként kínálkozik az internet valamely témája, bekapcsolódás valamelyik blogba, vagy különböző vélemények, nyilatkozatok, adatok, bibliográfiai információk megvitatása.

(b) Az információk „jelenlegiek”, a megvalósítás viszont „jövőbeli”

Az egészségnevelés célfeladatainak megvalósítása során céleltolódási faktor jelenik meg. Ez azt jelenti, hogy amíg a tananyag a jelen életvitelről, egészségfejlesztésről közöl alapvető információkat, a tananyag megvalósítása csak későbbi időpontban, nem kontrollálhatóan (az iskolai tanítás után, otthon, szabadidőben) következhet be. Az oktatási anyag, a nevelői tanácsadás hatása így csak később jelenhet meg, így az egészségnevelő munka hatása nem azonos a tanórák ismeretközlő (tudásmérő) tevékenységével, hanem a tanórai, a tanításon kívüli és az iskolán kívüli hatások együttesével.

(c) A tanulók aktuális érdeklődésének kielégítése az egészség kérdésköréből

Az alapfokú és középfokú nevelés-oktatás „kerettantervei” az emberi szervezet működését, az egészséges életmód kérdéseit, az egészségvédelem és egészségfejlesztés tartalmi anyagait – rendezetileg szabályozva – tartalmazzák. A gyorsan változó világ, az információrobbanás egyre több és újabb információtömeget szállít az oktatás számára. A tanulók gyakran több olyan információhoz is hozzájutnak, amely a tantervi anyagot túlhaladja (pl. a szexualitás, a drogfogyasztás, a külföldi utazáshoz szükséges védőoltások, az öngyógyszeresítés, stb. témakörben).

A tanulók által felvetett aktuális kérdések legtöbbször saját jövőkéjükkel és jövőbeli életpályájukkal kapcsolatosak. Az egészségvédő információknak ezért nem csupán a jelenlegi, aktuális (egészségügyi, szociális, kulturális)

helyzetre, de a jövő tennivalóira vonatkozó információkat is tartalmazniuk kell (különös tekintettel az egyes tanulók által felvetett, személyes jellegű kérdésekre).

(d) A „jól-lét” fejlesztésének lehetőségei az iskolában

Az egészségnevelés nem csupán a tantárgyak keretében: a biológia- a pszichológia-, a szociológia-, az egészségtan-órákon, az elsősegélynyújtó tanfolyamon lát el ismeretköz-
lő, gyakorlati oktató-nevelő feladatokat, hanem ezen túl is. Az iskolai egészségtan-oktatásnak a mindennapokban felhasználható megelégedettséget is szolgálnia kell. A „jól-lét” közérzeti (érzelmi) tulajdonságokat (kielégülés, öröm, kellemesség érzése), és akarati tulajdonságokat (szabadság, önállóság, törekvés, megvalósítás, példaképkövetés) tartalmaz. Ennek következtében az iskolai „jól-lét” kialakítása az alábbi feltételeket igényli: (1) működőképes higiénés alapfeltételek (berendezés, szervezet, működés) megléte, (2) szabadság a nevelővel való kapcsolatban, (3) tolerancia a csoporttársakkal, továbbá (4) szabadság az oktatási módszerek alkalmazásában, a hangnem és a modor megválasztásában, (5) autonómia biztosítása a szakmai gyakorlatokon (szakmai önállóság fizikai munkavégzéskor).

A „jól-lét” biztosításának és szélesítésének feltétele a csoport (iskolai osztály) *érzelmi-hangulati szintje*, amit pl. a *durvaság* kifejezési formái (leggyakrabban a beszéd-mód, az érzelmi kitörések); a szegregációs törekvésre való utalások (faji, vallási, jóléti, szociális, fogyatékosági helyzet) jeleznek; illetve amit a *vidám*, félelemmentes, alkalmazkodóképes, toleráns, segítőkész közösségi hangulat jellemez. (A csoport érzelmi-hangulati szintje szociometriai felmérések adataival, a *kölcsönös választások*, illetve elutasítások arányával jól jellemezhető).

4.6.2. Néhány módszer a „jól-lét” fejlesztésére

Egy gyermekcsoport „jól-léti” (elégedettségi) szintjét nem csupán a pedagógus szakmai (tantárgyi, szakmódszertani) felkészültsége alakítja. A csoportban uralkodó szabadság és elégedettség érzése, a szociális kapcsolatok egyensúlya kölcsönhatásban áll a pedagógus (általános) nevelő munkájával. A megelégedettség eléréséhez vezető módszerek – egészségfejlesztési szempontból – az alábbiak szerint állíthatók rendszerbe (Székely, L., 2008/b; 70–80 old.):

– *külső irányítás nélküli*, előre nem tervezett, közvetlen, őszinte (spontán, informális) beszélgetés, párbeszéd a diákokkal;

– *tervezett, kezdeményezett* információ, kitűzött témakör megvitatása, megbeszélés érdeklődőkkel, aktivistákkal, hangadókkal;

– az „egészségtan” *tantárgy*, vagy tanítási modul tanítása biológia, pszichológia, környezetvédelem tantárgyak keretében;

– *önálló gyakorlatok* szervezése és vezetése az iskolai tanműhelyben;

– higiénés ismeretek, állásfoglalások vitája *osztályfőnöki órákon*, találkozás orvosokkal, védőnőkkel, pszichológusokkal;

– tanterven kívüli *szakkörökben* szervezett képzés (elsősegélynyújtásra, szociális és iskola-higiénés akciókra);

– a szülőkkal közösen tömeges *társas-társadalmi rendezvényekben* való részvétel (mint a sportrendezvény, táplálkozási (diétás) tanfolyam, életmódtréning, segélynyújtó-képzés, egészségi önellenző kurzus, stb.).

A felsoroltakon túl még számtalan gyakorlati módszer ismert az egészségre való nevelés gyakorlatában, amelyekről a pedagógiai szakkönyvek adnak számot. Ennél lényegesen kevesebb „tanításon kívüli” egészségnevelési módszerajánlás található a szakirodalomban. Ezek közül a módszerek közül a gyakoribbak közé az alábbiak tartoznak (Székely, L., 2008/c, 124–131. old.):

a) tervezett projekt-módszerek

(Kilpatrick, T. H.: „The Project Method” szerint):

– „*egészségnapok*” szervezése az iskolában (érzékszervi funkciók és vegetatív funkciók mérése, erőpróbák, fejlődés-vizsgálat);

– *gyors, aktuális egészségfejlesztő információ és propaganda* (iskolarádió, faliújság, iskolaújság, honlapkészítés, egészségügyi szakértőkkel való találkozás);

– *gyakorlatorientált, gyermekközpontú akciók* (közlekedésbiztosítás az iskola környékén, drogmegelőző szolgálat, társadalmi mozgalmakban való közreműködés – köztisztasági, pollenmegelőző, elsősegélynyújtó szolgálat);

b) tömeges vetélkedők, versenyek:

– *csoportosan szervezett sportesemények* (életkori vetélkedők, iskolák közötti versenyek, szülőkkal való közös rendezvények);

– *természetvédelem, természetjáró túrák* (tisztasági ügyelet, köztisztasági tevékenység az iskola környékén és a természetben);

– *közös főzőcskézés* (főzési gyakorlatok, táplálkozási tanácsadás);

– *segítségnyújtás szükségállapotban* (bemutató gyakorlatok: elsősegélynyújtás, betegápolás, betegszállítás);

– *közlekedésbiztonsági vetélkedő* (gyalogos és kerékpáros közlekedés szabályainak gyakorlása, közlekedésirányítás);

c) interaktív módszerek:

– *a szülőkkal való közös rendezvények* (közös verseny, kiállítás, túra);

– *közös őrzőjárat tartása* (a környezetvédelem, a kommunális higiéné védelmére);

d) digitalizált módszerek:

– *élet- és egészségvédő adatok gyűjtése* (vita szervezése, az iskola körzetére vonatkozó közegészségügyi tervezés);

- *elektronikus programfüzet használata* (EPG, SFI, DVD);
- önálló feladatmegoldás internet segítségével.

4.6.3. A „jól-lét” alakításának eszközei

A szükségletek kielégítéséhez nem csupán személyi feltételek (ismeret, készség, képesség, akaratérő), de meghatározott eszközök is szükségesek. Ezek a segédeszközök, berendezések, műszerek, informatikai, gyakorló anyagok és eszközök a szükséglet kielégítését szolgáló alapvető feltételek. Ilyen egészségnevelő eszközök pl. a könyv, a munkafüzet, a tv, a rádió, a CD, a dia- és a videofilm, stb., amelyek a tanulók érdeklődését és ismeretbővítését, érzelmi ráhangolódását (a nevelési program elfogadását), valamint a gyakorlatra való felkészítést szolgálják:

- az érdeklődés kielégítését, az alaposabb informáltságot elmélyítik és konkretizálják,
- bemutatják a különböző tényezők összefüggéseit, a hatásokat – önálló értékelés nyomán – tudatosítják,
- önálló részvételt biztosítanak egészségfejlesztő akciókban, feladatmegoldásokban,
- olyan higiénés feladatokat (személyi, közegészségügyi, munkahigiéniai, szociális segítő feladatokat) biztosítanak, amelyek reális életfeltételek között – az adott eszközrendszer igénybevételével – sikeresen megoldhatók.

Az eszközök használatánál ügyelni kell arra, hogy az internet *virtuális, olykor irreális világot elevenít meg*, kevésbé áll összhangban a mindennapi valósággal. Különösen a túlméretezett szabadság, az önzés, az agresszivitás bemutatása mutat kedvezőtlen magatartási mintát a nézők számára.

4.7. Vizsgálatok, kutatási eredmények

Az általunk választott témakörből napjainkig kevés kutatási eredmény látott napvilágot. Szinte elsőként zajlott le a felnőtt német lakosság statisztikailag reprezentatív megkérdezése a boldogság, az öröm, a „jól-lét” kérdéséről (*Schleiter, A., 2005*), valamint magyar és holland szakiskolai tanulók összehasonlító vizsgálata az iskolai közérzetről, az oktatási szabadságról, a „jól-lét” és a teljesítmény összefüggéséről. (*Vergeer, F.–Leeuwe, J., 2002/b*)

Az elvégzett vizsgálatok számot adtak a német felnőttek életviszonyainak megelégedettségéről, amely (10 pontos értékskálán) 5,5 értékpontot mutat. A boldogság, a megelégedettség („jól-lét”) az egyes emberek számára a családban megélt egészségre építkezik (87%) és arra, hogy az élet kis dolgainak is örülni tudnak (77%). A „jól-lét” legfőbb paraméterének a szabadságot (64%), a partneri kapcsolatot (63%) és az egész életen át tartó tanulást (40%) tartják. A megkérdezettek többsége (62%) az alapképességek (írás, olvasás, számolás, idegen nyelv ismerete) megszerzését, továbbképzését (92%) elengedhetetlen „jóléti tényezőnek” ítéli meg. A fiatalok körében végzett felmérés (*Vergeer, F., 2005/c*) adatai szerint a kellemes iskolai „közérzet” a tanulói teljesítmény minőségére és mennyiségére egyaránt hatással

van. Az eddigi vizsgálatok arról tanúskodnak, hogy a „jól-lét” (egészségi közérzet, autonómia és egészségre való törekvés) mind az emberi életnek és előhaladásnak, mind pedig a társadalmi elégedettségnek fontos tényezője.

Összefoglalás

A globalizáció társadalmi, gazdasági változásainak következményeként az egészség fogalmának tartalmi elemeiben, az egészség védelmének kérdésében és a közérzet (*well-being*) mutatóiban is jelentős változás következett be. A tanulmány sorra veszi az egészségfejlesztéshez kapcsolódó fogalmakat, ezeket – a globalizációs változásoknak megfelelően – átértelmezi. Tudományelméleti szempontból vizsgálja a modern egészségfogalmat, az egészségfejlesztést és a hozzá kapcsolódó autonómia és jól-lét fogalmát. *Maslow* nyomán részletezi az emberi szükségletek kielégítésének szintjeit, mint az egészséges létezés és jól-lét követelményeit. Bizonyítja, hogy a jólét és az egészségre való törekvés az egyén és a társadalom elégedettségének mutatója.

Summary

Due to the economic and social changes of Globalisation occurred significant changes in the component of Health concept, as in the matter of health protection and indexes of wellbeing too. This essay demonstrates the concepts of health development one after another, and expound according to the (changes of) globalisation. In this work we scientifically (academically) analyze the modern Health concept, the health development and attaching autonomy and wellbeing concept. The authors according to *Maslows* works specialize the levels of the gratification of human needs, as the requirements of health promotion and wellbeing. We confirm that the wellbeing and effort for health is a social and individual indicator of satisfaction.

Gesundheit, Förderung, Wohlbefinden Betrachtungen über neuen Gesundheitsbegriffen

Nach den Konsequenzen der gesellschaftlichen, ökonomischen Veränderungen der Globalisierung, sind auch die Inhaltselemente vom Begriff Gesundheit, Gesundheitsförderung und auch vom Wohlbefinden signifikant verändert. In der Abhandlung werden die Begriffe, die zur Gesundheitsförderung gehören aufgeführt, und nach der Forderungen der Veränderungen der Globalisierung neu interpretiert. Nach wissenschaftstheoretischem Gesichtspunkt werden die Begriffe Gesundheit, Gesundheitsförderung, Autonomie, Wohlbefinden erforscht. Nach *Maslow* wird die Hierarchie der menschlichen Bedürfnissen und deren Befriedigungen interpretiert, als Postulat der Gesundheit und des Wohlbefindens. Es wird demonstriert, dass sich das Wohlbefinden und die Förderung zum Gesundsein, als Anzeiger der Zufriedenheit der Individuen und der Gesellschaft erweist.

IRODALOM

- Atkinson, R. L. et al. (1996): *Pszichológia*. Osiris, Budapest
- Abholz, H. (1982): *Risikofaktorenmedizin. Konzept und Kontroverse*. de Gayer, Berlin/New York
- Alderfer, C. P. (1972): *Existence, Relatedness, and Growth; Human Needs in Organizational Settings*. Free Press, New York
- Allport, G. W. (1961): *Pattern and Growth in Personality*. Holt, Rinehart and Winston Inc., New York
- Anderson, R. (1983): *Health Promotion*. (WHO Regional Off. for Eur. HED/HPR)
- Antonovsky, A. (1997): *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit*. DGVT-Verlag, Tübingen
- Badura, B. (1983): *Perspektiven sozialwissenschaftlicher Gesundheitsforschung*. München/Wien, S. 1–8.
- Baier, H. (1982): *Pflicht zur Gesundheit?* Vieweg & Sohn, Braunschweig/Wiesbaden
- Beck, U. (1997): *Was ist Globalisierung?* Shurkamp, Frankfurt/Main
- Becker, K.–Franzkowiak, P. (1982): *Gesundheitsorientierte Selbsthilfe als soziale Aktion*. de Gruyter, Berlin/New Berlin/New York
- Berufsgenossenschaft (2005): *Wohl fühlen am Arbeitsplatz*. Universum Verlagsanstalt, Wiesbaden
- Cattell, R. B. (1952): *Factor Analysis*. Harper, New York
- Erben, R.–Franzkowiak, P.–Wenzel, E. (1986): „Die Ökologie des Körpers, Konzeptionelle Überlegungen zur Gesundheitsförderung.” (In: Wenzel, E.: *Die Ökologie des Körpers*. 14–121. S.)
- Franzkowiak, P. (1983): *Risikoverhalten. Vorgänge*. Vol. 22., Nr. 64–65.
- Genkova, P. (1978/a): *Erfolg durch Schlüsselqualifikation?* Lengerich, Berlin
- Genkova, P. (1978/b): *Lernen und Entwicklung im globalen Kontext*. Lengerich/Berlin
- Goble, Fr. (1970): *The Third Force. The Psychology of Abraham Maslow*. Adult
- Göpel, E.–Hölling, G. (2001): *Gesundheit gemeinsam gestalten*. Mabuse Verlag, Frankfurt/Main
- Gubinsky, G.–Hidebrand, H.–Schulz, M. (1982): *Projekt Gesundheit*. Widersprüche, Heft 4–5.
- Hagendoorn, H. (2007): *When Ways of Life Collide. Multiculturalism and its Discontents in the Netherlands*. University Press
- Handbuch der Globalisierung*. (<http://www.handbuchderglobalisierung.de/>)
- Heeg, F. J.–Beinhold, F.–Bubel, S. (2004): *Lust und Arbeit*. (Was muss ich tun, was müssen andere für mich tun und was müssen ich und die anderen gemeinsam tun, damit Arbeit Spaß macht. 3. Auflage.) Bundesanstalt, Dortmund
- Kickbusch, I.–Wenzel, E. (1981): *Risikoverhalten – die alltägliche Gesundheitsbewegung*. (In: Forum für Medizin und Gesundheitspolitik. Heft 17, 31–39. S.)
- Metall, I. G. (2003): *Gesundheit schützen und fördern*. 3. Auflage, Frankfurt
- Leary, T. (1993): *Neurologic*. Löhrbach
- Maslow, A. H. (1943/a): „A Theory of Human Motivation.” In: *Psychological Review*, 50./370. u.a.
- Maslow, A. H. (1954/b): *Motivation and personality*. Harper, New York
- Maslow, A. H. (1971/c): *Farther Reaches of Human Nature*. New York (posthum veröffentlicht)
- Moreno, J. L. (1951): *Sociometry, Experimental Method and the Science of Society*. New York
- OECD, 2006 (Organisation for Economic Co-operation and Development): *PISA 2006 (Programme for International Student Assessment)*. Paris
- Olten, W. (1979): *Die Dritte Kraft. A. H. Maslows Beitrag zu einer Psychologie seelischer Gesundheit*.
- Osgood, C. E.–Suci, G. J. (1955): „Factor analysis of meaning.” In: *Journal experimental Psychology*, 1955/50.
- Parsons, T. (1967): *Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas*. Köln/Berlin, S. 57–87.
- Parson, T.–Shils, E. A. (1954): *Toward a General Theory of Action*. Köln
- Poiesz, Th. B. C.–van Raaij, E. M.–Fred, W. (2004): *Marketing Strategie und Konsumverhalten in het marktonderzoek – 2004 Markt Onderzoek Associatie* (S. 183–)
- Poiesz, Th. B. C.–de Bont, C. J. P. M. (1995): „Do We Need Involvement to Understand Consumer Behavior?” In: *Advances in Consumer Research*, 22, S. 448–452.
- Schleiter, A. (2005): „Glück, Freude, Wohlbefinden – welche Rolle spielt das Lernen?” (*Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage unter Erwachsenen in Deutschland*.) Gütersloch (www.bertelsmann-stiftung.de)
- Schmidbauer, W. (1982): *In Körper zuhause*. Fischer Verlag, Frankfurt/Main
- Simon, T. (1998): *Regeln der gesunden Lebensweisen*. (Magyarul: „Az egészséges életmód szabályai.” In: *Egészségnevelés*, 1998/236.)
- Simon, T.–Szőkely, L.–Vergeer, F. (2007): *Neubestimmung vom Begriff Gesundheit*. (Magyarul: „Az »egészség« fogalmának újraértelmezése.” In: *Egészségfejlesztés*, 2007/4. és 2008/1.)
- Szőkely, L. (2005/a): *Gesundheitspädagogik*. (Magyarul: *Egészségpedagógia. Komplex egészségi és környezeti nevelés óvodában.*), EON, Budapest
- Szőkely, L. (2008/b): *MAGISZTER – Gesundheitserzieherische Vorbereitung zur Globalisation*. (Magyarul: *Magiszter. Globalizációra felkészítő egészségnevelés.*) EON, Budapest,
- Szőkely, L. (2008/c): *Erziehungsprogramm für Kindergesundheitsschutz*. (Magyarul: *Gyermekegészségügyi nevelő program.*) EON, Budapest
- Teegen, F. (1983): *Ganzheitliche Gesundheit*. Reinbeck Verlag, Hamburg
- Vavrik, J. (2004): *Globalisierung. (Schriftenreihe)*. Bundeszentrale für Politische Bildung, Bonn
- Waidfeld, J. M. (2005): *Wachstum, der Irrtum. Wohlstand, eine gesellschaftliche Betrachtung*. Fischer & Fischer, Medien AG, Frankfurt
- Wenzel, E. (1986): *Die Ökologie des Körpers*. Surkamps, Berlin
- Vergeer, F. J. (1989/a): *Een gezonde uitdaging (Gezondheidseducatie in het basisonderwijs)*. Uitgeverij Zwijsen b.v. Tilburg. (Gesundheitliche Herausforderung)
- Vergeer, F. J.–Leeuwe, J. (2002/b): *Vom Begriff Wohlbefinden in Gesundheitserziehung*. (Magyarul: „A jól-lét fogalma az egészségnevelésben.” *Egészségnevelés*, 2002/43.)
- Vergeer, F. J. (2005/c): *Die Wirkung des angenehmen schulischen Wohlbefindens auf aktives Lernen der Schüler; Vortrag: Schulisches Wohlbefinden und aktive Arbeitsformen*. Budapest, 2005) Magyarul: „Az iskolai jó közérzet hatása az aktív tanulásra.” *Budapesti Népegészségügy*, 2005/3., 230–236. old.
- WHO, World Health Organisation, Regional Office for Europe (1982): „Perspectives of the WHO Regional Office for Europe: Health Promotion and lifestyles.” (In: *International Journal for Health Education*, Vol. 1., Nr. 3/4.)
- WHO (1983): *Lifestyles and their impact on health*. Copenhagen (EUR/RC 33)



TOVÁBBKÉPZÉS

WHO (1986): *Ottawa-Charta: „Gesundheit für alle“ bis zum Jahr 2000 und darüber hinaus.* Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung, Ottawa

Wilson, C. (1972): *New Pathways in Psychology. (Maslow and the Post-Freudian Revolution.)* Gollancz

Wittig-Goetz, U. (2009): *Wohlbefinden – ein neuer Gesundheitsbegriff.* (ergo-online@-Wohlbefinden)

Zimbardo. Ph. G. (1999): *Psychologie.* (7. neu übers. und bearb. Aufl.) Springer, Berlin

Beszámoló a III. Közösen–Könnyebben Életmódváltó Munkahelyi csapatverseny keretében végzett kérdőíves felmérésről

2009. október 21. – II. rész

Czeglédi Edit pszichológus, egészségfejlesztő szakpszichológus, egyetemi tanársegéd¹,
Csizmadia Péter szociológus²

¹ELTE PPK Pszichológiai Intézet, Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék

²Országos Egészségfejlesztési Intézet

Az evési magatartás és az ételpreferenciák kapcsolatának vizsgálata

Az evési magatartás általunk mért egyes aspektusai (kontrollálatlan evés, kognitív korlátozás, érzelmi evés) és a különböző étel- és italtípusok iránti preferencia közötti kapcsolatokat Spearman-féle rangkorrelációs elemzéssel vizsgáltuk meg, amely – várakozásunkkal ellentétben – nem hozott markáns eredményeket. (1. táblázat)

Azon feltételezésünk, miszerint a táplálékbevitel kognitív korlátozására irányuló hajlam a magas energiatartalmú ételek és italok fogyasztási gyakoriságának csökkenésével jár együtt, számos étel kapcsán alátámasztást nyert. A táplálékbevitelüket szándékosan kontrollálni törekvők ugyanis az eredmények szerint kevésbé gyakran fogyasztanak pékárukat és péksüteményeket; édességeket és nassolnivalókat; valamint állati zsírokat és vaját. Ezzel párhuzamosan kevésbé gyakori náluk a szénsavas üdítőitalok, valamint az alkoholtartalmú italok fogyasztása is. Ugyanakkor a táplálékbevitel kognitív korlátozása a gyümölcsök és a zöldségfélék gyakoribb fogyasztásával jár együtt. Kiemelendő azonban, hogy a kapott összefüggések erőssége igen szerény: a legmagasabb korrelációs együttható értéke sem haladja meg a $|0,24|$ -t.

Az a feltételezésünk, miszerint a kontrollálatlan evés és az evés érzelmszabályozásra történő alkalmazása a magas energiatartalmú ételek és italok nagyobb mértékű fogyasztásával jár együtt, csak néhány étel- és italtípus esetében nyert alátámasztást, ez esetben is csak kifejezetten gyenge kapcsolatok mutatkoztak. Az eredmények szerint mind a kontrollálatlan evés, mind pedig az érzelmi evés az édességek és nassolnivalók gyakoribb fogyasztásával jár együtt. A kontrollálatlan evés negatív irányú kapcsolatot mutat a gyümölcsök és zöldségek fogyasztásával. Az érzelmi evés az édességek mellett csak a húskészítmények és az alkohol fogyasztásának gyakoriságával mutat szignifikáns kapcsolatot (az előbbi pozitív, az utóbbi pedig negatív irányú), azonban mindkettő elhanyagolható erősségű.

Eredményeink azt sugallják, hogy a maladaptív táplálkozási szokások (kontrollálatlan evés és emocionális evés) nem járnak együtt kifejezetten egészségtelen táplálékpreferenciával, azaz e tekintetben nincs szükség jelentős intervencióra. Arra is rámutatnak azonban, hogy a táplálkozás önszabályozására irányuló törekvések nem mutatnak szoros kapcsolatot az egészséges ételek-italok fogyasztási gyakoriságának növekedésével és a hizlaló ételek-italok fogyasztási gyakoriságának csökkenésével, ami arra utal, hogy az egészséges, sikeres, hosszú távú testsúlyszabályozást elősegítő érdemes táplálkozási edukációban részesíteni a program résztvevőit.

Az evési magatartás és a fizikai aktivitás összefüggése

Megvizsgáltuk, hogy az evési magatartás alakulása kapcsolatot mutat-e az egészségmagatartás egy másik aspektusával, nevezetesen a fizikai aktivitással (rendszeres testedzéssel). Eredményeink szerint a rendszeres testedzést folytatók szignifikánsan jobban törekednek a táplálékbevitelük tudatos korlátozására ($t_{(625)}=4,540$; $p<0,001$), szignifikánsan kevésbé jellemző rájuk az evés feletti kontroll elvesztése ($t_{(637)}=2,668$; $p=0,008$), és tendenciaszinten kevésbé hajlamosak az emocionális evésre ($t_{(640)}=1,704$; $p=0,089$) a rendszeres fizikai aktivitást nem folytatókhoz képest. (1. ábra) A kapott összefüggésekben minden bizonnyal szerepet játszik a személyek tápláltsági állapota.

A testkép alakulása

A testkép felmérése a *Testforma Kérdőív* (Dowson és Henderson, 2001) segítségével történt, amely a testtel kapcsolatos elégedetlenséget, aggodalmaskodást, szégyenérzetet méri. A várakozásainknak megfelelően a nők szignifikánsan elégedetlenebbek a testképükkel, mint a férfiak ($t_{(628)}=8,174$; $p<0,001$), és a testképpel való elégedetlenség mértéke kap-

A tanulmány egy két részből álló cikksorozat második darabja. Az első részt 2010/3. lapszámunkban olvashatták.

1. táblázat

A táplálkozási magatartások és az étel-ital preferencia közötti összefüggések (Spearman-féle rangkorrelációs együtthatók, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,001$)**

Étel- és italtípusok	Kontrollálatlan evés	Kognitív korlátozás	Érzelmi evés
Tejtermék	-0,05	0,08*	0,02
Pékáruk, péksütemények	0,03	-0,19***	0,05
Édességek, nassolnivalók	0,19***	-0,21***	0,21***
Húsok, húskészítmények	0,15***	-0,15***	0,09*
Állati eredetű zsírok, vaj	0,09*	-0,24***	-0,03
Növényi olajok, margarin	-0,05	-0,04	0,02
Gyümölcsök (friss, mirelit, befőtt, aszalt)	-0,08*	0,24***	-0,03
Zöldségfélék (friss, mirelit, konzerv, főtt, párolt)	-0,17***	0,24***	-0,02
Kóla, szénsavas üdítőitalok	0,18***	-0,23***	0,04
Víz, ásványvíz, gyógytea	-0,10*	0,17***	0,02
Rostos gyümölcslevek	-0,01	-0,00	-0,05
Alkoholtartalmú italok (sör, bor, tömény)	0,02	-0,16***	-0,11**

csolatot mutat a súlyfelesleg mértékének növekedésével ($F_{(2)}=39,252$; $p < 0,001$; 2. ábra).

A testképpel való elégedetlenség a nem, az életkor és a testtömeg-index kontrollja mellett gyenge, pozitív irányú kapcsolatot mutat a táplálékbevitel tudatos kontrollálására irányuló törekvésekkel ($r=0,262$; $p < 0,001$), amely alátámasztja azon feltételezést, miszerint a testtel való elégedetlenség motiváló erőként szolgálhat a testsúly csökkentését célzó viselkedések folytatására.

Az elhízással kapcsolatos hiedelmek alakulása

A vizsgálat során felmértük az elhízással kapcsolatos hiedelmeket is. A teoretikus modellek, mint pl. az *Egészséggel kapcsolatos hiedelmek modell* és a *Tervezett cselekvés elmélete* azt sugallják, hogy az egyén sokkal inkább hajlamos elköteleződni egy adott viselkedés iránt, ha úgy hiszi, hogy az sok előnnyel és kevés költséggel jár. Például az emberek sokkal inkább hajlamosak kontrollálni a testsúlyukat, és elkerülni az elhízást, ha úgy hiszik, hogy ez számos előnnyel jár, és ezzel párhuzamosan úgy vélik, hogy az elhízáshoz számos negatív következmény társul. Akkor is sokkal inkább kontrollálják a testsúlyukat, ha abban hisznek, hogy kevés költséggel jár az elhízás elkerülése, és kevés az elhízás előnyös oldala. Az előnyökkel és költségekkel kapcsolatos hiedelmek nem csupán a viselkedés fontos, közvetlen meghatározói, hanem viszonylag könnyen módosíthatóak az egészségnevelés és egészségfejlesztés révén. Több kutatásban és egészségnevelési

kampányban is kimutatták, hogy az előnyökkel és költségekkel kapcsolatos hiedelmek hasznos építőelemül szolgálnak a dohányzási szokások előrejelzésének és megváltoztatásának egyaránt (Swift és mtsai., 2007).

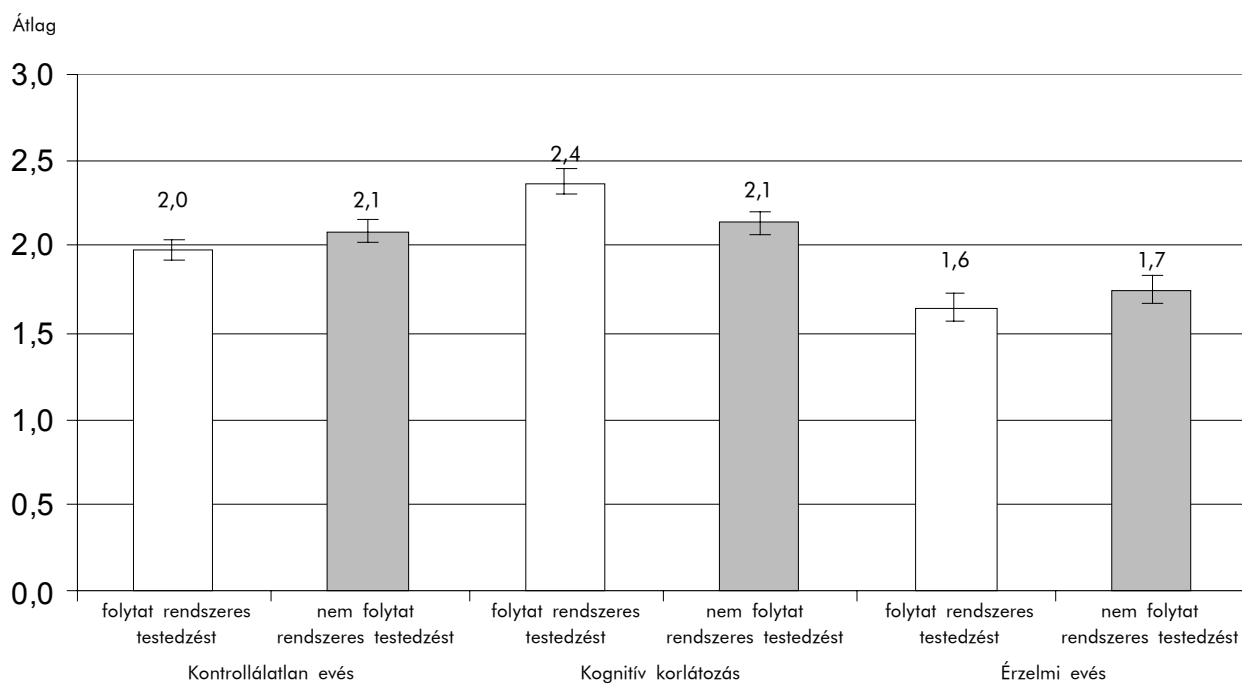
Kérdőíves kutatásunkban az *Elhízással kapcsolatos hiedelmek skálát* (Swift és mtsai., 2007) alkalmaztuk, amely az elhízás társas és esztétikai, valamint egészségi konzekvenciáival kapcsolatos hiedelmeket (pl. „az elhízott emberekkel jobban bánának, ha lefognának”; „egy elhízott egyénnek több orvosi ellátásra van szüksége”), továbbá a súlykontrollálás vélt költségeit (pl. „az ideális testsúly fenntartása unalmas” vagy „az ideális testsúly megtartása sok erőfeszítéssel jár”) méri fel.

A két nem összehasonlítása e hiedelmek mentén azt az eredményt hozta, hogy a nők szignifikánsan jobban egyetértenek az elhízás kedvezőtlen társas, illetve esztétikai következményeivel ($t_{(649)}=2,027$; $p=0,043$) és egészségi konzekvenciáival ($Z=2,880$; $p=0,004$). Ugyanakkor az ideális testsúly fenntartásának költségei tekintetében nem találtunk szignifikáns nemi különbséget ($t_{(646)}=0,541$; $p=0,588$). Az átlagokat az 3. ábrán szemléltetjük.

Az 3. ábra jól illusztrálja azt is, hogy a válaszadók elsősorban az elhízás kedvezőtlen egészségi következményeivel értenek egyet, ezt követi a súlyfelesleg kedvezőtlen társas és esztétikai következményeivel való egyetértés. Az ideális testsúly fenntartására irányuló törekvés költségeivel értenek egyet a legkevésbé. Mindez bizakodásra ad okot az életmódváltoztatás sikeres végrehajtását illetően.

1. ábra

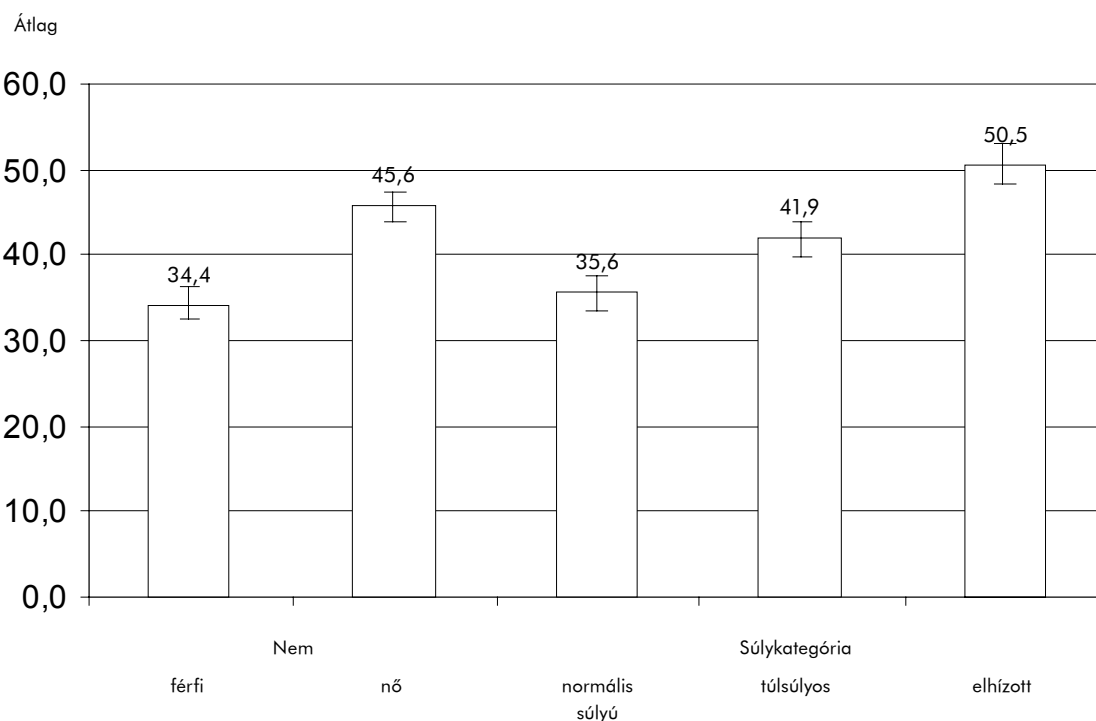
Az evési magatartások mintázata a rendszeres testedzést folytatók és nem folytatók körében
(az ábrán feltüntettük az átlagok 95%-os megbízhatósági intervallumát)



Megjegyzés: a skálaképzés az alternatív, egyszerűsített átlagolós algoritmussal történt (Czeplédi és Urbán, 2010)

2. ábra

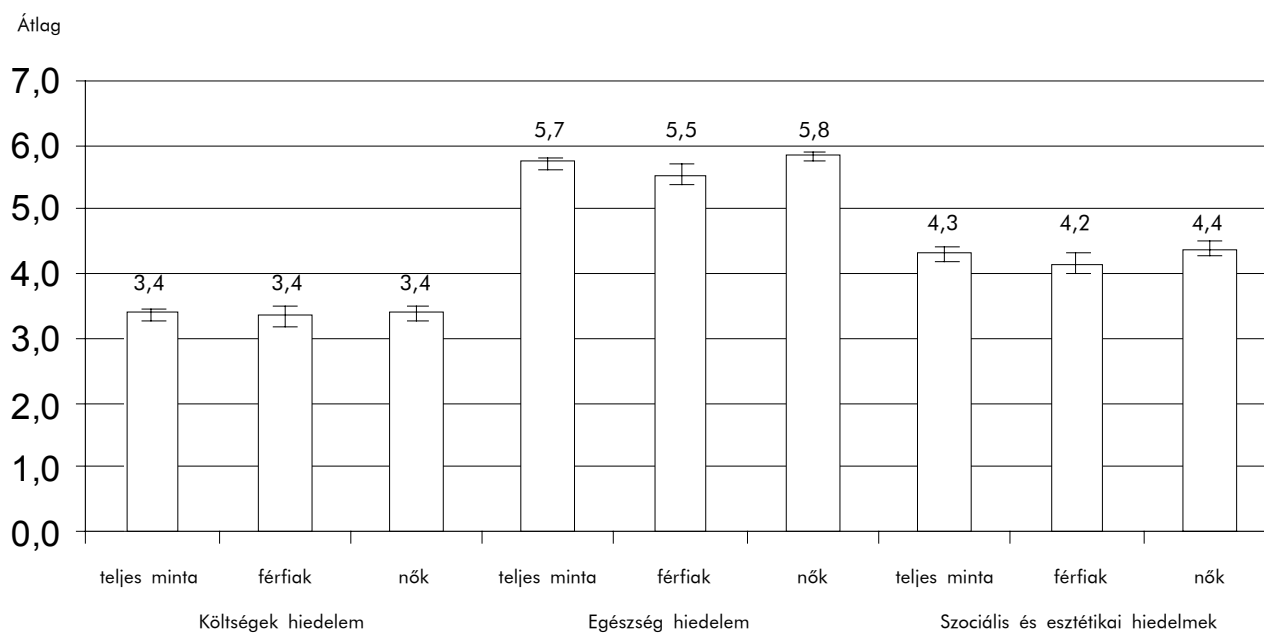
A testképpel való elégedetlenség alakulása nemi és súlycsoportonkénti bontásban
(az ábrán feltüntettük az átlagok 95%-os megbízhatósági intervallumát)



3. ábra

Az elhízással kapcsolatos hiedelmek alakulása nemek szerinti bontásban

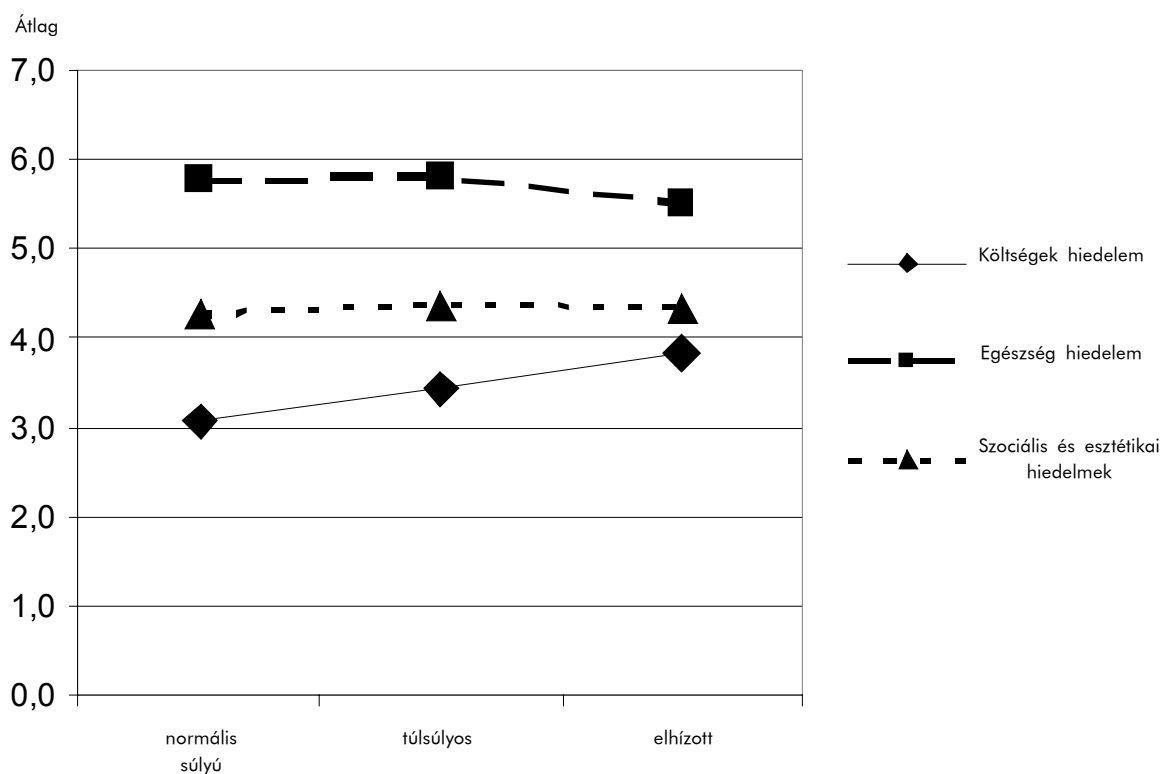
(az ábrán feltüntettük az átlagok 95%-os megbízhatósági intervallumát)



Megjegyzés: a könnyebbé értelmezhetőség kedvéért a Költségek hiedelem skála eredetileg fordított tételeit a skálaképzés során nem fordítottuk meg, így a magasabb pontszám az ideális testsúly költségeivel való fokozottabb egyetértést jelzi.

4. ábra

Az elhízással kapcsolatos hiedelmek alakulása súlycsoportok szerinti bontásban



Az elhízással kapcsolatos hiedelmeket súlycsoportonkénti bontásban vizsgálva azt találtuk, hogy az elhízás társas-ész-tétikai következményeivel kapcsolatos hiedelmek alakulása nem függ össze a válaszadók tápláltsági állapotával (*Welch* $F_{(2)}=0,426$, $p=0,653$). Azonban az egészséggel kapcsolatos kedvezőtlen következményekkel az elhízottak kevésbé értenek egyet, mint a normális súlyú, illetve túlsúlyos személyek (*Kruskal–Wallis* $\chi^2_{(2)}=7,519$; $p=0,023$). Ez azért meglepő eredmény, mert jól ismert, hogy a súlyfelesleg számos egészségügyi szövődménnyel kapcsolódik össze és több krónikus betegség rizikófaktora (pl. *Pi-Sunyer, 1993*). Eredményünk talán az elhízás következtében potenciálisan megjelenő betegségektől való félelemből, szorongásból fakadó háritást tükrözi. A súlyfelesleg veszélyeinek lebecsülése, esetleges bagatellizálása azonban semmi jót nem jelent

az életmódváltoztatás véghezvitelére nézve. Azt találtuk továbbá, hogy az ideális testsúly fenntartásának költségeivel kapcsolatos hiedelmek a súlyfelesleg mértékével együtt fokozódnak ($F_{(2)}=23,876$, $p<0,001$). Azaz minél elhízottabb a válaszadó, annál inkább úgy érzi, hogy az ideális testsúly fenntartására irányuló törekvés megterhelő (unalmas, drága, sok erőfeszítéssel és lemondással járó) dolog. Mindez arra utal, hogy a súlyfelesleggel bírók költségesnek ítélik a testsúly önszabályozását, ami ugyancsak gátolhatja a tartós életmód-változtatáshoz való elköteleződést. Az elhízással kapcsolatos hiedelmek súlycsoportonkénti alakulását a 4. ábrán szemléltetjük.

A szerzők e-mailcíme: czedit@gmail.com,
csizmadia.peter@oefi.antsz.hu

HIVATKOZÁSOK

- Czeglédi, E.–Urbán, R. (2010): „A Háromfaktoros Evési Kérdőív (Three-Factor Eating Questionnaire Revised 21 Item) hazai adaptációja.” In: *Magyar Pszichológiai Szemle*, 65(3), 463–494.
- Dowson, J.–Henderson, L. (2001): „The validity of a short version of the Body Shape Questionnaire.” In: *Psychiatry Research*, 102, 263–271.

- Pi-Sunyer, F. X. (1993): „Medical Hazards of Obesity.” In: *Annals of Internal Medicine*, 119, 655–660.
- Swift, J. A.–Glazebrook, C.–Novak, N.–Anness, A. (2007): „Beliefs regarding the consequences of obesity and ideal weight: An instrument development study.” In: *Patient Education and Counseling*, 68, 200–207.

Egészségmagatartás a fiatalok táplálkozási szokásaiban

Dr. Nagy Nóra Eszter¹,
Sipos Erzsébet Evelyn¹

¹Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Közegészségtani Intézet

Bevezetés

Napjainkban egyre fontosabbá válik az egészségtudatos magatartás megismerttetése és a mindennapokba való beépítése. A helyes vagy helytelen életmód következményeinek pontos ismerete nélkül a fiatalok is számos tévhittel rendelkezhetnek, amelyek azután rossz döntésekhez vezethetnek. Az ismeretek azonban nem határozzák meg azt, hogy valaki hogyan él. Az *HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)* összefüggés-elemzéseinek eredményei bizonyították a családi, az iskolai környezet jelentőségét, egyben a felnőtt társadalom felelősségét. [1]

Aggodalomra adhat okot, hogy a fiatalok egészségmagatartása a nemzetközi és a hazai szakirodalom szerint is romló tendenciákkal jellemezhető. [2]

A táplálkozási szokásokat tekintve az európai [3] és az amerikai [4] kutatási eredmények meglehetősen pesszimista képet tükröznek. Az adatgyűjtésüket megelőző héten a serdülők 30%-a fogyasztott zöldséget és gyümölcsöt, napi rendszerességgel azonban mindössze 20%-uk. A lányok általában több tejterméket, zöldséget és gyümölcsöt, kevesebb gyorsétkezdéből származó ételt, de több édességet fogyasztanak. [5, 6] A fiúkra a húsalapú élelmiszerek és az állati eredetű zsírok fogyasztása jellemző. [5] Az *1. táblázatban* összefoglaltuk az e korosztály számára ajánlott napi bevitt élelmiszercsoportonként. [7, 8]

Felmérésünkben a 14–18 éves fiatalok helyes táplálkozási ismereteit (a fent említett tényezőket) kérdőív formájában térképeztük fel. Kutatásunkban a diákok táplálkozási szokásait a Waldorf-iskolatípusban és egy kontrolliskolában vizsgáltuk.

Minta

Kutatásunkban olyan iskolatípusban vizsgáltuk a diákok egészségtudatosságát és egészségmagatartását, ahol az egészségre való nevelés és az egészség, mint pozitív érték az oktatásban és a mindennapokban is előtérbe kerül. Ezért esett választásunk a Waldorf-szemléletű iskolákra, ahol – hipotézisünk szerint – az egészségre való nevelés kiemelt szerepet kap. A Waldorf-tanterv nagymértékben eltér

az általános szellemű iskolák tantervétől. [9] Célja, hogy lépést tartson a gyermekkor és a kamaszkor legfontosabb fejlődési fázisaival, illetve, hogy ösztönözze a fejlődéshez elengedhetetlen tapasztalatok megszerzését. Az egészségtant a 7. osztálytól kezdve szakórák keretében tanítják.

Kutatásunkhoz a *Gödöllői Waldorf Általános Iskola és Gimnázium*, valamint az *Óbudai Waldorf Iskola* diákjait, kontrollesoportként pedig a gödöllői *Török Ignác Gimnázium* fiataljait választottuk.

A kérdőíveket 2007 januárjában, mindhárom iskolában egyszerre osztottuk szét. Az osztályfőnökök – a szülők beleegyezése után – az osztályfőnöki órák keretében töltették ki az anonim, önkitöltős kérdőíveket.

Abban az esetben, ha a szülő beleegyezett, de a diák nem szívesen vett volna részt a felmérésben, a kérdőív kitöltésétől eltekintettünk. A megkérdezett diákok közül voltak, akik nem szerették volna kitölteni a kérdőívet, vagy nem hozták vissza időben az aláíratott szülői beleegyező nyilatkozatot, és voltak, akik nem voltak jelen a kérdőív kitöltésének időpontjában.

A kutatásban a 14–18 éves korosztályból 222 fő vett részt. Az iskolánkénti mintanagyságot, a megkérdezett tanulók számát a *2. táblázat* mutatja.

Módszer, eredmények

A helyes étkezés két aspektusát vizsgáltuk meg: a diákok táplálkozási mennyiségi és minőségi szempontok alapján elemeztük.

A „*Hányszor eszel naponta átlagosan hétköznap/hétvégén?*” kérdéssel egyrészt különválasztottuk a hétfői és hétköznap esti étkezéseket, másrészt felmértük a rendszeresen vagy rendszertelenül étkező populáció eloszlását. A statisztikai elemzés során szignifikáns eltérést sem a két iskolatípus, sem a nemek között nem találtunk. A diákok átlagosan háromszor esznek naponta, mind hétvégén, mind hétköznap, de 15%-uk rendszertelenül étkezik, ami igen szomorú, mivel a rendszeres táplálkozás nagy szerepet játszik testi fejlődésükben.

A „*Milyen gyakran szoktál rendszeresen reggelizni/ebédelni/vacsorázni?*” kérdések válaszai között szignifikáns eltérés

1. táblázat

A középiskolások számára ajánlott napi bevétel ételcsoportonként

Élelmiszer	Ajánlott egység	1 egység (példák)
tej, tejtermék (kis zsírtartalom)	3–4	2 dl tej, 3 dkg sajt
zöldség és/vagy gyümölcs (friss, nyers, fagyasztott, főzött)	6–11	1 db nagyobb paradicsom 1 db alma, körte
sovány hús, baromfi, hal	2–3	10 dkg
teljes értékű lisztből készült kenyér, péksütemény, rizs, stb.	6–11	1 szelet kenyér (4 dkg), 1 kifli (4 dkg)
nagy zsír- és szénhidrát tartalmú termékek	<1	–

2. táblázat

Iskolánkénti mintanagyság

Waldorf iskolák		Kontrollcsoport: Török Ignác Gimnázium
Óbudai Waldorf Iskola 38 fő/69 fő (55,1%)	Gödöllői Waldorf Általános Iskola és Gimnázium 64 fő/101 fő (63,4%)	
102 fő/170 fő (60%)		120 fő/134 fő (89,6%)
Fiú 43 fő (42,2%) Lány 59 fő (57,8%)		Fiú: 55 fő (45,8%) Lány: 65 fő (54,2%)

található a kétféle iskolatípus reggelizési és ebédelési szokásaiban: a Waldorf-szemléletű iskolák diákjai hétköznapokon ritkábban reggeliznek, illetve ebédelnek, mint az általános tantervű iskola tanulói. (1. ábra) A vacsorázási szokásokban szignifikáns eltérést csak a lányoknál találtunk: a minden hétköznap vacsorázó lányok aránya a Waldorf-iskolában 54%, a kontrollcsoportban 44%.

A „Hetente hány alkalommal fogyasztod a különböző ételeket, italokat?” kérdésekkel az egyes ételcsoportok fogyasztásának gyakoriságát vizsgáltuk. Hipotézisünk szerint a Waldorf-iskolába járó diákok egészségesebben táplálkoznak, ezért külön rákérdeztünk a barna és fehér kenyér fogyasztására, valamint a húsfogyasztáson belül elkülönítettük a baromfi-, a hal-, a marha- és sertéshúsfogyasztást.

A gyümölcsfogyasztás gyakoriságának vizsgálata során az iskolák között nem találtunk eltérést. A lányok szignifikánsan többször esznek gyümölcsöt, mint a fiúk. (2. ábra) A diákok nagy része heti rendszerességgel fogyaszt gyümölcsöt, bár a dietetikusok napi többszöri fogyasztást ajánlanak. [10] A zöldségfogyasztás (saláták, főzelékek) gyakoriságának tekintetében már szignifikáns eltérést találtunk. A Waldorf-iskolák tanulói gyakrabban (átlagosan hetente többször) fogyasztanak zöldségféléket, mint a kontrollcsoportba tartozó diákok (hetente 1–2-szer). (3. ábra)

Az édességfogyasztás gyakoriságát vizsgálva jelentős eltérést nem találtunk a két iskolatípus között, de megállapítha-

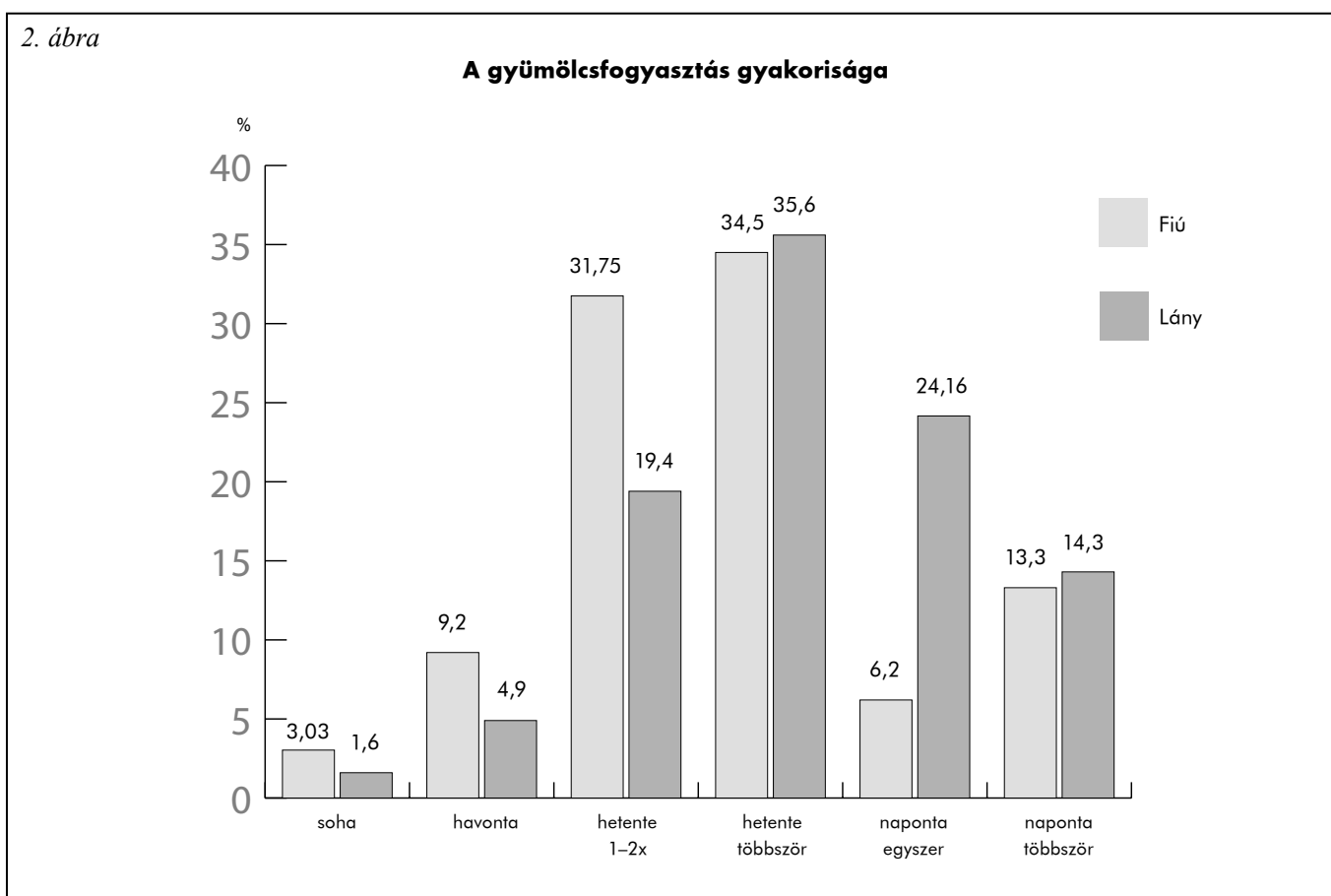
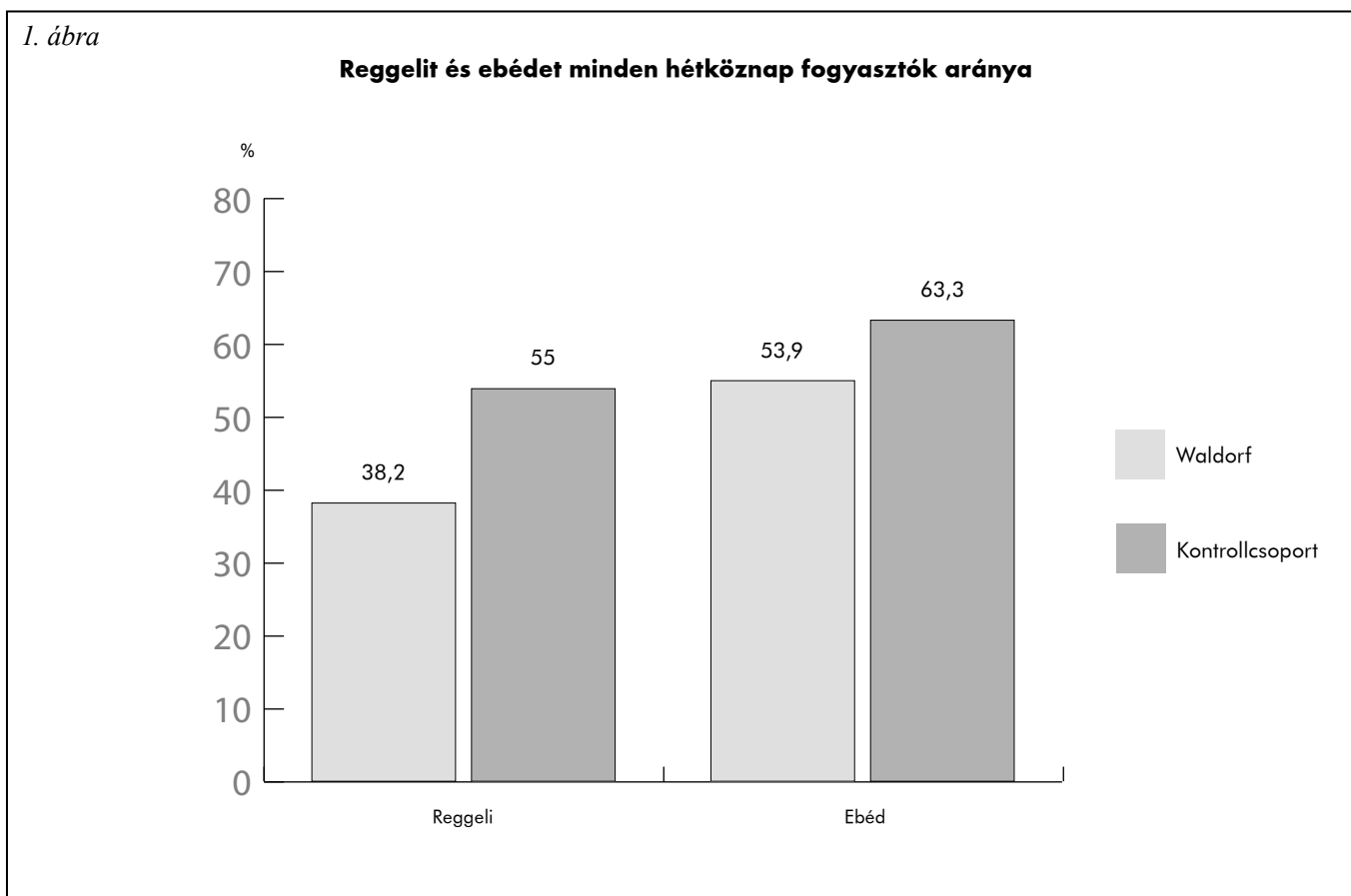
tó, hogy átlagosan hetente többször fogyasztanak édességet a tanulók, ami még az elfogadható tartományba esik.

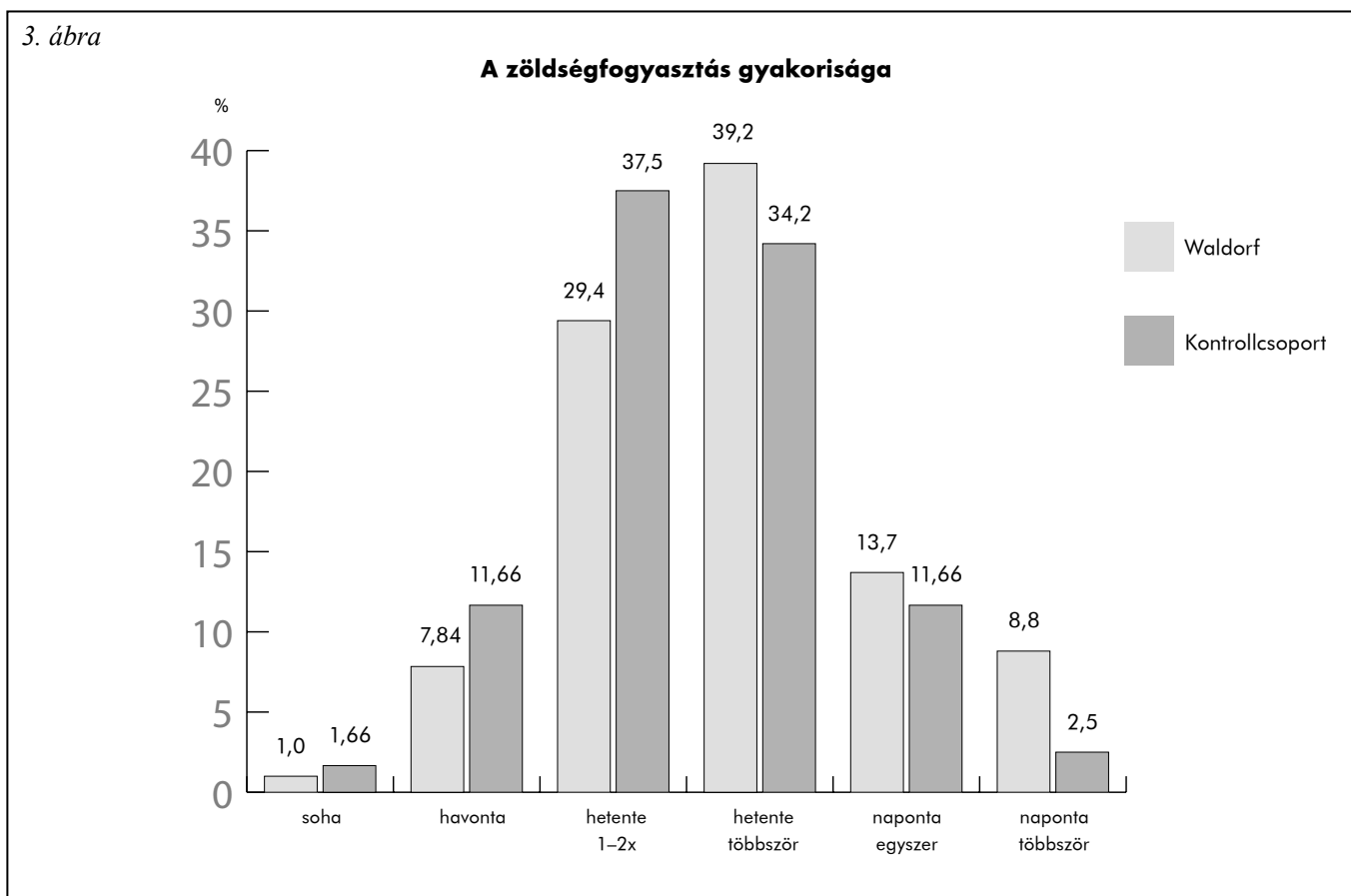
Felvágotat és baromfit a kontrolliskola diákjai gyakrabban (átlagosan naponta egyszer) fogyasztanak, mint a Waldorf-iskolák tanulói (átlagosan hetente többször). Ezen belül is megfigyeltük, hogy mindkét ételcsoport esetén a lányok között lényegesen nagyobb az eltérés, mint a fiúknál. A szakirodalom a gyerekek számára napi kb. 100 gramm fogyasztását ajánlja, ami a kontrollcsoport eredményeihez áll közelebb. [10]

Barna kenyérből a Waldorf-iskolák diákjai szignifikánsan többet fogyasztanak, bár a fogyasztás egyik mintában sem éri el a kívánatos, heti többszöri alkalmat. (4. ábra)

A következő kérdéskörben a testsúlyra, fogyókúrás szokásaikra, a saját testképükről alkotott véleményükre kérdeztünk rá. Az eredmények értékelésekor a két iskolatípus diákjai között lényeges eltérést nem találtunk. Az értékelés során a következő eredményt kaptuk: a fiúk többsége nem fogyókúrázik, viszont egyelő arányban (40–40%) elégedettek testsúlyukkal, illetve szeretnének izmosodni. A lányok nagyobb része (kb. 40%-uk) ezzel szemben megpróbálja csökkenteni testsúlyát, és kisebbségben vannak azok, akik elégedettek (30%-uk). Aki alakján szeretne változtatni, az diétával, illetve több testmozgással próbálkozik.

Vizsgáltuk a napi folyadékfogyasztást is. A statisztikai elemzés során a nemek között szignifikáns különbség





mutatkozott: a fiúk mindkét iskolatípusban összességében több folyadékot (átlagosan 1,5–2 liter) isznak naponta, mint a két iskola lánytanulói (átlagosan kevesebb, mint 1,5 liter). (5. ábra)

A kapott adatokból egy „helyes étkezés” összpontszámot alkottunk, ami a kérdőív e témában feltett kérdéseit összefogja. Az étkezések gyakoriságát hétköznapra és hétvégére bontva elemeztük. Szakmai ajánlások alapján a napi ötszöri étkezést fogadtuk el a legjobbnak, amelyre 6 pontot adtunk. Az „ötnél többször”-i étkezésre 5 pont járt, a 4-re 4 pont, stb. Elfogadhatónak a napi háromszori étkezést tekintettük. A „rendszeretlen étkezést” 0 pontnak vettük, mivel ebben az esetben nem tudhatjuk biztosan, hogy a diák átlagosan hányszor eszik.

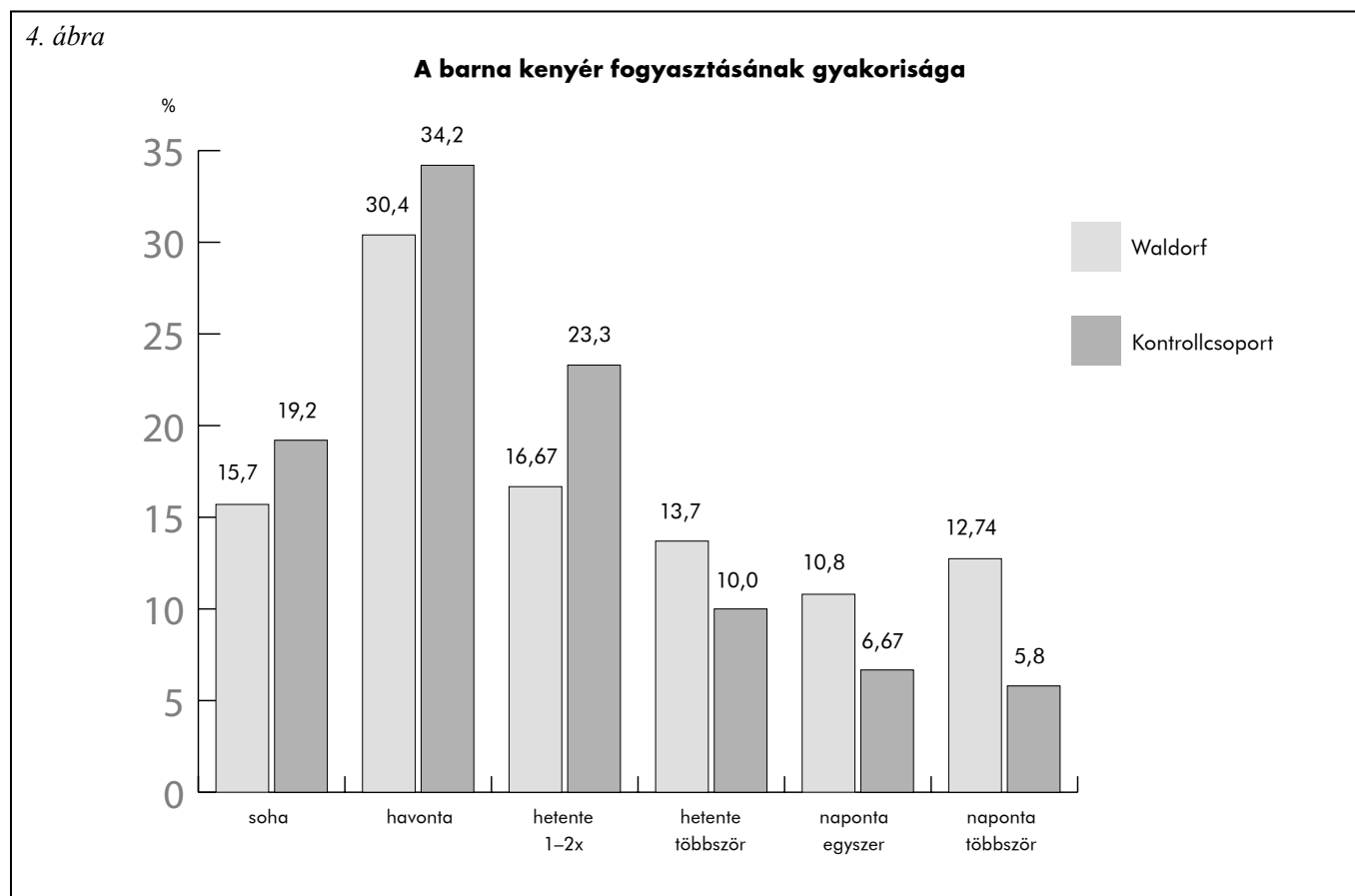
Ezt követően étkezésekre lebontva kérdeztünk rá a rendszerességre. A hétköznapi és a hétvégi gyakoriságot külön értékeltük, mindkét esetben a legmagasabb pontszámmal (5, illetve 3 ponttal) kitüntetve a minden nap étkezőket. Elfogadható válasznak tekintettük, ha hétköznap, illetve hétvégén csak egy alkalommal marad ki az adott étkezés.

A következő kérdés a folyadékfogyasztást mérte. A legmagasabb pontszámot a legtöbb folyadékot fogyasztók kapták. Elfogadhatónak tekintettük az 1,5–2 literes válaszokat is.

Az utolsó kérdésben külön pontoztuk az egyes ételcsoportokra adott válaszokat. A zöldség, a gyümölcs, a tejtermékek, a felvágott, a baromfi- és a barna kenyér esetében a legtöbb pontot (6 pont) a naponta többszöri fogyasztás kapott. [10], míg az édességek, a kóla vagy más édes üdi-

tóital, a bármilyen alkoholtartalmú ital, a rágcslálnivalók, a gyorséttermi ételek, az egyéb péksütemény és a feketekávé fogyasztása során a legtöbb pont a „soha” választ adóknak járt. A baromfi-, marha- és sertéshús kategóriákból képeztünk egy *húsfogyasztás* kategóriát, ahol – dietetikai ajánlásokra támaszkodva – a legtöbb pontot szintén a húst naponta többször fogyasztóknak adtuk. Tisztában vagyunk vele, hogy ez általánosítás, mivel a szükséges fehérjebevitelt más módon is pótolhatjuk (pl. tejtermék, tojás), így az is élhet egészségesen, aki nem eszik húst. Mégis általános álláspontot igyekszünk képviselni, illetve a kérdőív nem járja körül teljes alaposággal a táplálkozás témakörét, hiszen ez nem is volt célunk. Kompromisszumos megoldásként döntöttünk ennél a pontozásnál. A halfogyasztást a szakirodalom hetente kétszer-háromszor ajánlja, így ezt („heti többszöri”) maximális (5) ponttal értékeltük. A „mindennap egyszer és többször” kategóriákat 3–3 ponttal vettük számításba, míg a heti 1–2-szeri halfogyasztást 4 ponttal értékeltük. A soha 1, míg a havi 1–2-szeri fogyasztás 2 pontot kapott. A *barna és fehér kenyér* kategóriákból is képeztünk egy átlagos kenyérfogyasztási gyakoriságot, amol a legjobb válasznak a „mindennap többször” kategóriát (6 pont), legrosszabbnak a „soha” kategóriát vettük. Kategorizálásunk alapján az elérhető maximális pontszám 138 pont.

Az elfogadható határérték 109 pont. Ezt a következőképpen határoztuk meg: a zöldség-, a gyümölcs-, a tejtermék-, a hús-, illetve a kenyérfogyasztásnál a határérték egybeesett a legjobb válasszal (6 pont). A *felvágott* élelmiszercsoport



esetében a napi egyszeri fogyasztást (5 pont) még elfogadhatónak találtuk. A *barna kenyér* fogyasztásánál a hetente többszöri gyakoriságnál húztuk meg a határt. A *halfogyasztásnál* a heti 1-2-szeri és a mindennapos fogyasztást is elfogadtuk, így a határérték 3 pont. Az *édesség, a kóla, a rágcsálnivalók és a péksütemények* esetében a heti 1-2-szeri fogyasztásnál (3 pont) húztuk meg a határt, míg a gyorséttermi ételek fogyasztásánál a havi rendszerességet tekintettük határértéknek. A *feketekávé és az alkoholtartalmú italok* esetében szigorúan csak a *soha* kategóriát tartottuk elfogadhatónak. A 6. ábra mutatja a pontozásnak megfelelő válaszokat. A grafikonon látható, hogy a két iskola között szignifikáns eltérés nincs. Az viszont szomorú, hogy az elfogadható érték felett csak a diákok mintegy 8%-a található, ami kiemeli az ilyen irányú ismeretterjesztő és segítő programok szükségességét.

Ezt követően eredményeinket összevetettük az *HBSC* Magyarországon végzett felmérésével. [11] Az *HBSC* szerint a gyerekeknek átlagosan mintegy harmada jelölte, hogy hétköznap soha nem reggelizik rendszeren, viszont a hétvégét tekintve csak 9,8%-uk vallotta ugyanezt. Az általunk vizsgált Waldorf-iskolákban a hétköznapokat tekintve nem találtunk jelentős eltérést, míg a hétvégén soha nem étkezők aránya szignifikánsan magasabb (21%), amely különösen a lányok reggelizési szokásaiban mutatkozik meg. (7. ábra)

A hétköznap soha nem ebédelők aránya mindkét vizsgált populációban megegyezik, azonban a hétvégén rendszeresen ebédelők aránya az *HBSC* felmérésében a fiúknál 93,7%,

míg a Waldorf-iskolákban csak 86%, s ez a különbség tendenciaként a lányoknál is megjelenik.

A lányok vacsorázási szokásait tekintve (hétköznap és hétvégén) az *HBSC*-ben leírt tendencia szerint az életkor előrehaladtával szignifikánsan nő a vacsorát rendszeresen kihagyók aránya (a 11. osztályban már 18,9%). A Waldorf-iskolás lányoknál viszont azt tapasztaltuk, hogy ez az arány jelentősen kisebb, csak 3,4%-uk nem vacsorázik rendszeresen. A fiúk esti étkezési szokásaiban jelentősebb eltérést nem találtunk.

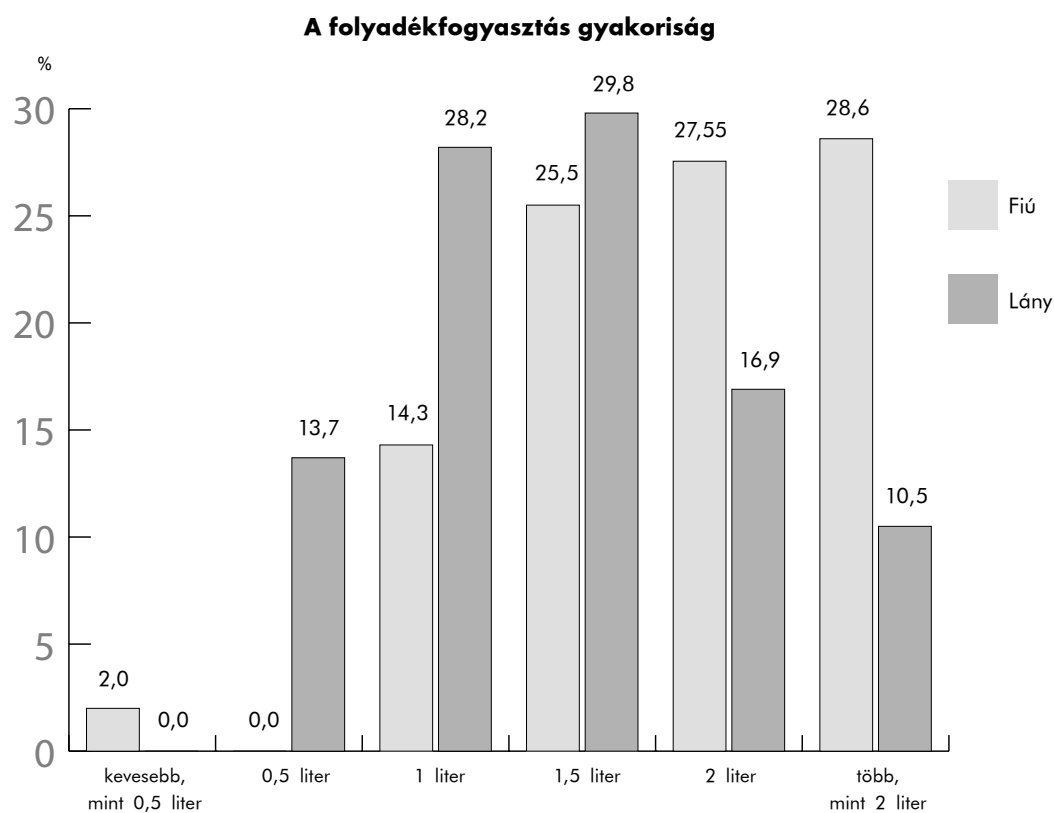
Kutatásunk eredményeiből kitűnik, hogy a Waldorf-iskolákban szignifikánsan többen fogyasztanak egészséges ételeket: zöldséget (22,5%), gyümölcsöt (36,3%) és tejterméket (62,7%) naponta, mint az *HBSC*-kutatásban (rendre: 23,7%, 11,6% és 46%). (8. ábra)

A diétetikailag kerülendő ételféleségekből viszont a Waldorf-iskolák tanulói statisztikailag is jelentősen kevesebbet esznek, mint az *HBSC* kutatásában résztvevő diákok. Szénsavas üdítőket a Waldorf-iskolákban 6,9%-uk, míg az *HBSC*-ben 33,3%-uk iszik naponta egy vagy több alkalommal. A Waldorf-iskolák tanulójának csak 2%-a, míg az *HBSC* ezen korosztályának 11,1%-a fogyaszt napi rendszerességgel rágcsálnivalókat. Az édességeket ugyanakkor a Waldorf-iskolákban néhány százalékkal többen fogyasztják. (8. ábra)

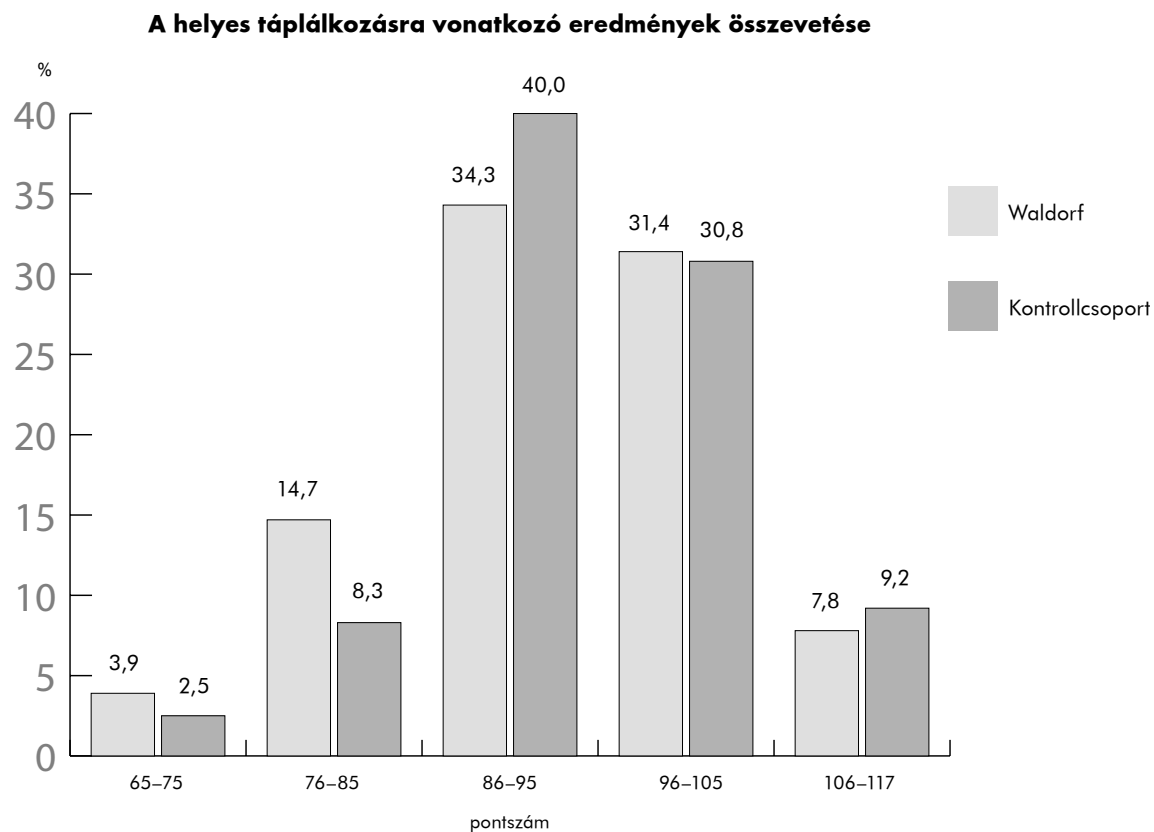
Összefoglalás

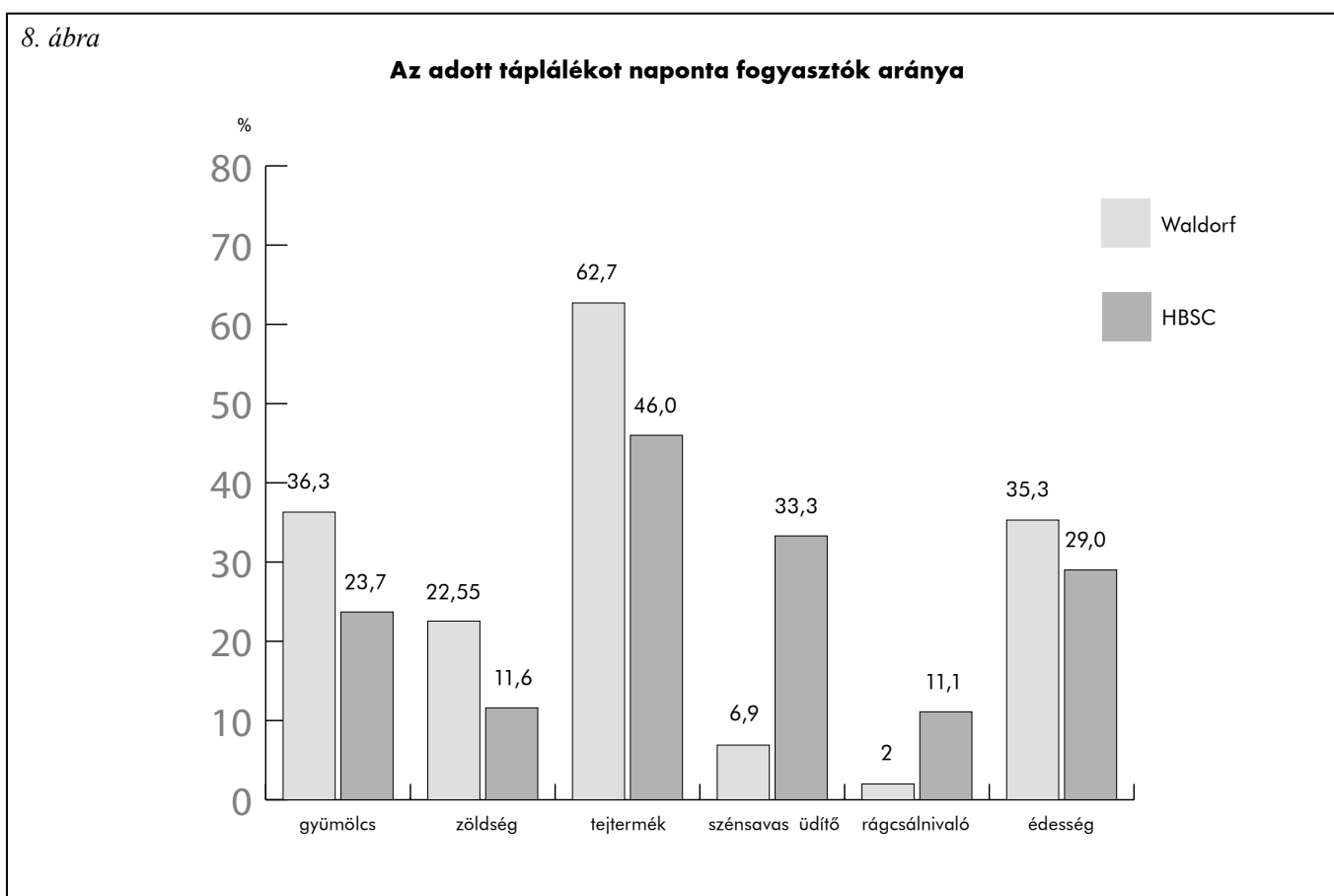
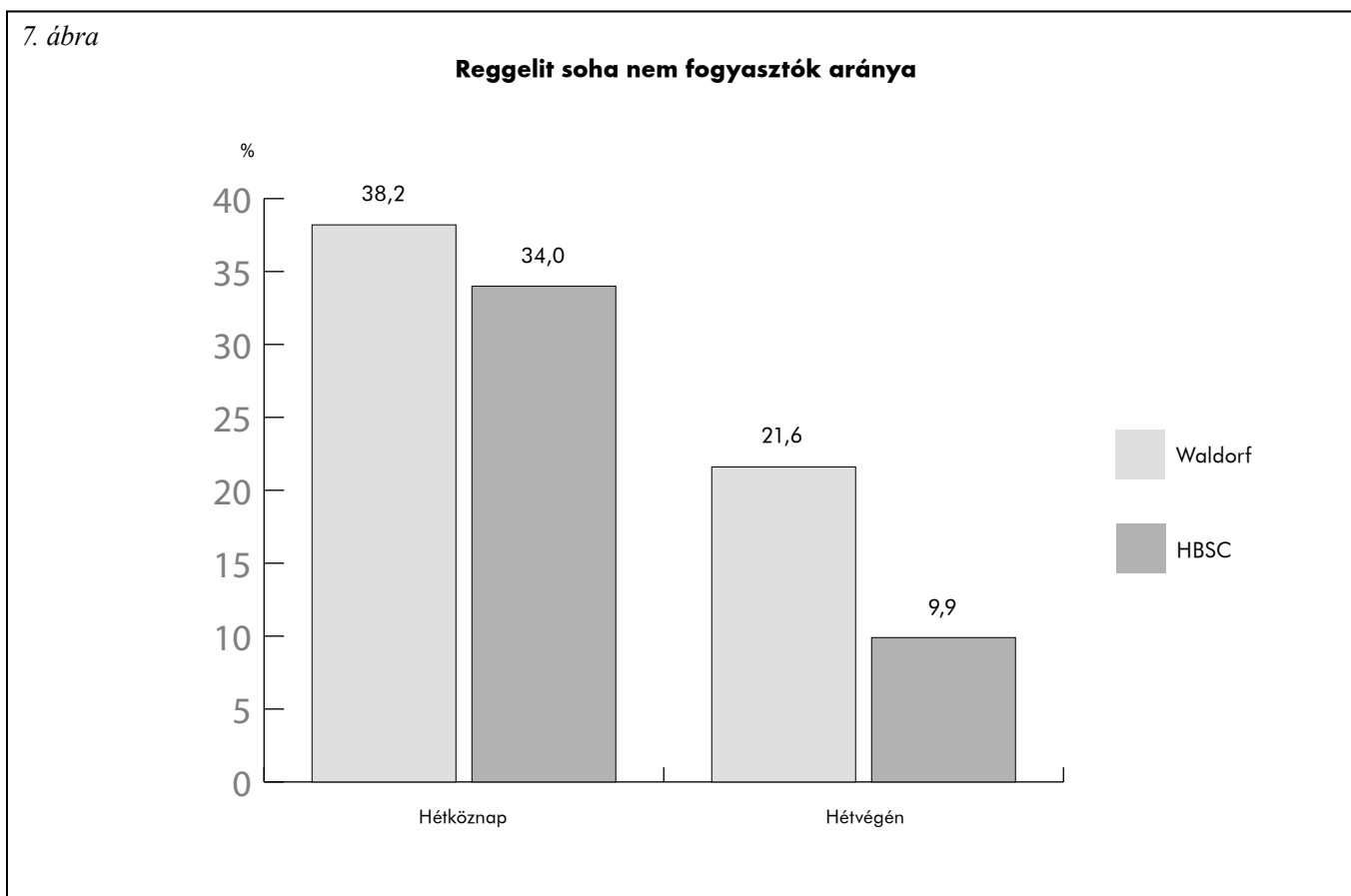
Eredményeink alapján elmondható, hogy az étkezés mennyiségi paramétereit nem befolyásolják jelentősen a Waldorf-

5. ábra



6. ábra





iskola nevelési attitűdjei, hiszen a hétköznapi reggeli, és ebéd fogyasztók aránya a Waldorf-iskolákban sem tér el számottevően az HBSC-kutatástól.

A táplálkozás minőségi összetevőit tekintve viszont elmondható, hogy a Waldorf-iskolákban a diákok egészségesebb ételeket fogyasztanak. Ez – feltételezésünk szerint – annak köszönhető, hogy a Waldorf-iskolákban egészségtudatos magatartásra nevelő szemléletet igyekeznek kialakítani.

Míndezek alapján javasoljuk, hogy szervezzenek – akár az egészséges iskolai büfé program keretén belül – a helyes táplálkozást bemutató és ennek értékét hangsúlyozó programokat. [12]

IRODALOM

1. www.sulinet.hu/legyesz/2szam/aszmann.html
2. Fairclough, S.–Stratton, G. (2005): „Improving health-enhancing physical activity in girls’ physical education.” In: *Health Education Research*, 20: 448–457.
3. Eaton, D. E.–Kann, L.–Kinchen, S.–Ross, J.–Hawkins, J.–Harris, W. A.–Lowry, R.–McManus, T.–Chyen, D.–Shanklin, S.–Lim, C.–Grunbaum, J. A.–Wechsler, H. (2006): „Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 2005.” In: *Centers for Disease Control and Prevention. Surveillance Summaries*. Vol. 55, No. SS–5.)
4. Larson, N. I.–Neumark-Sztainer, D.–Hannan, P. J.–Story, M. (2007): „Trends in adolescent fruit and vegetable consumption, 1999–2004: project EAT.” In: *American Journal of Preventive Medicine*, 32: 147–150.
5. Neumark-Sztainer, D.–Story, M.–Dixon, L. B.–Murray, D. M. (1998): „Adolescents engaging in unhealthy weight control behavior: Are they at risk for other health-compromising behaviors?” In: *American Journal of Public Health*, 88: 952–955.

Summary

According to our results, the different kind of teaching patterns doesn’t really influence the quantity of the meals. The rate of the students eating breakfasts and lunches on weekdays in Waldorf schools doesn’t differ from the HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) research.

About the quality of food we can say that healthy foods are consumed more often in Waldorf schools than in the control school, presumably because of the higher attention to health within the teaching patterns.

According to these facts we suggest that the schools conduct programs introducing healthy diet and the value of that, even within the confines of the healthy buffet program.

6. Sweeting, H.–Anderson, A.–West, P. (1994): „Socio-demographic correlates of dietary habits in mid to late adolescence.” In: *European Journal of Clinical Nutrition*, 48: 736–748.
7. Dr. Leffelholc, E. (2006): *Tápláltsági állapot vizsgálata. A magyar néptáplálkozás hibái. Obezitás és lehetséges következményei (előadás)*. Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Közegészség-tani Intézet
8. <http://www.egeszsegkalauz.hu/taplalkozasi-ajanlasok.xhtml>
9. *A magyarországi Waldorf-iskolák kerettanterve. 2. számú melléklet a 17/2004. (V.20.) OM-rendeletéhez. A kerettanterv benyújtója: Magyar Waldorf Szövetség* (<http://www.okm.gov.hu>)
10. Aszmann, A. (szerk.) (1998): *Iskolaegészségügy*. Anonymus
11. Aszmann, A. (szerk.) (2003): *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. Az Egészségügyi Világszervezet nemzetközi kutatásának keretében végzett magyar vizsgálat. „Nemzeti Jelentés” 2002*. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest.
12. http://demo.itent.hu/diet/portal/downloads/2006_iskola/bufeajanlas_mdosz_1-18_old.pdf

Évésztavarak és testképzavarak

Túry Ferenc–Pászthy Bea (szerk.)

Dr. Somhegyi Annamária prevenciós igazgató

Országos Gerincgyógyászati Központ

Az „Évésztavarak, testképzavarak” című kötet figyelemfelhívó szerepet tölt be, s a legszélesebb értelemben vett szakmai körök figyelmére is igényt tarthat, hiszen napjainkban egyre több szó esik erről a betegségsoporról. Ma már nemcsak az *anorexia nervosa* és a *bulímiát* ismerjük, hanem több új kórforma is feltűnt, s ezek egyre fiatalabb életkorban jelentkeznek. Mindez az egészségügyet új kihívások elé állítja, miközben a gyakori terápiarezisztencia új és új eljárások kidolgozását, meghonosítását igényli.

A Magyar Pszichiátriai Társaság Évésztavar Szekciója 2005-ben alakult, s 2006-ban szervezte meg az I., 2008-ban a II. Magyar Évésztavar Kongresszust. Az évésztavarak tárgyaló első hazai tanulmánykötetek 1993-ban, majd 2000-ben jelentek meg, s az azóta eltelt időszakban annyi új ismeret halmozódott fel, hogy időszerevé vált ezek összegyűjtése. E kötet célja, hogy a fontosabb témakörök mind helyet kapjanak, mégpedig a 2000 óta megjelent irodalmi hivatkozásokkal, így az érdeklődő bármely témakörben megtalálhatja a támpontokat. A kötet a 2000-ben megjelent összefoglaló mű tartalmát nem megismételni, hanem kiegészíteni hivatott. A 40 fős szerzői gárda tagjai közt sok a fiatal, s ez reményt ad arra, hogy a témával a jövőben is felkészült szakemberek foglalkoznak. Az évésztavar kutatása terén 1994–2007 között 11 kandidátusi, illetve PhD-értekezés született, ez is jelzi a szakemberek érdeklődését.

A kötet öt részre tagolódik. Az első rész az évés- és testképzavarak új megjelenési formáit tárgyalja: a gyermek- és serdülőkori évésztavarakat, a falászavart, az *orthorexia nervosa* (= egészségesétel-függőség), a sportolás és az évésztavarak, valamint a testépítés és a testképzavarak összefüggéseit, az évésztavarak újabb epidemiológiai adatait. E részben szó esik néhány speciális vonatkozásról: a plasztikai sebészeti beavatkozások és a testképzavarak közötti kapcsolatról, vagy a ritka *apodemnofliáról* (a beteg valamely testrésztől annyira idegenkedik, hogy attól mindenáron szabadulni akar, s ha az amputációra sor kerül, megnyugszik).

A második rész az évésztavarak biológiai tényezőiről, a táplálékfelvétel szabályozásáról szól. Itt az évésztavarak genetikája, a táplálékfelvétel és a testsúly szabályozása, az immunrendszer változása *anorexia nervosa* esetén, az évésztavarak

kardiológiai következményei és az évésztavarak idegrendszeri háttere szerepel.

A harmadik rész témája az évés- és testképzavarak pszichológiai háttere: az évésztavarak pszichodinamikus megközelítése és terápiája, az évésztavarak kognitív megközelítése, az évésztavarak és a személyiség, érzelemszabályozás *anorexiában*, az évésztavarak transzgenerációs megközelítése, az évésztavarak és a kényszerbetegségek kapcsolata, az évésztavarak, a testkép és a vakság kapcsolata, a testkép mérése.

A negyedik rész az évés és a testkép társadalmi-kulturális tényezőiről szól: évésztavarak az ókorban, a vallás és az évésztavarak, az ételfogyasztás mértékét szabályozó szociokulturális tényezők, az íz- és ételpreferenciák szociokulturális háttere, a nemiszerep-váltási krízisek és az évésztavarak összefüggései, az étel, az évés és a nemzeti identitás kérdése, az évésztavarak és az internet kapcsolata.

Végül az ötödik rész az évésztavarak terápiájáról és prevenciójáról szól: az elhízás kezelésének jelenlegi helyzetéről, az évésztavarak gyógyszeres terápiájáról, a viselkedés- és kognitív terápiáról, a családterápiáról, a pszichodráma alkalmazásáról, a hipnoterápiáról, a pszichoedukációról és az önségítésről, az *anorexia nervosa* és a *bulímia* hosszútávú lefolyásáról és kimeneteléről, a prevenció kérdéseiről, végül az évésztavarakra vonatkozó teendők világszerte érvényes chartájáról.

A témák felsorolásából is kitűnik, hogy a szerkesztők rendkívül széleskörűen tekintenek az évésztavarak, testképzavarak problémakörére: az egész embert, az ember teljes környezetét veszik figyelembe. A szerzők könnyen követhető, jól érthető stílusban fogalmaznak. Mindez azt eredményezi, hogy azok a szakemberek is sikerrel forgathatják e művet, akik gyakorlatukban kapcsolódnak ugyan a téma valamely részéhez, de nem kifejezetten e terület specialistái. Fontos, hogy mindazok, akik az egyre fiatalabb korú betegekkel találkoznak, minél jobban értsék meg és ismerjék fel a helyzetet, hogy ezzel hozzájárulhassanak minél sikeresebb kezelésükhöz. Mivel pedig az évésztavarak kialakulásában a szociokulturális tényezőknek jelentős szerepük van, az is fontos, hogy minél többen értsük meg ezen összefüggéseket, hogy ennek alapján

több védelmet tudunk nyújtani a gyermekeknek-fiataloknak. A szociokulturális tényezők között fontos felismernünk a mindennapi életünket egyre jobban behálózó, befolyásoló médiahatások (köztük az internet) jelentőségét is.

Az evészavarok prevenciójának legszélesebb érdeklődésre számot tartó része az általános megelőzés. Ez a helyes, egészséges táplálkozás és a rendszeres, örömet nyújtó testmozgás mellett a személyiség fejlődésének segítését tartalmazza oly módon, hogy az önértékelés, a stresszkezelés javuljon, s a médiatudatosság (más szóval a kritikus médiahasználat) kialakuljon. A médiatudatosság különösen fontos az evészavarok megelőzésében, mivel a médiumok által sugallt hamis testideál jelenős szerepet játszik az önértékelési és testképzavarok, ezzel együtt az evészavarok kialakulásában. Ezen hatás mellett a médiumok közvetítette marketinghatások másképpen is befolyásolják étkezésünket, egészségünket: előbb fo-

gyasztásra sarkallnak (s a reklámozott élelmiszerek többsége nem igazán segíti elő az egészséget), majd pedig fogyókúrára hívnak (s a reklámozott fogyókúrák többsége hatástalan).

Külön kiemelendő, hogy az internet ma olyan közösségalkotó erőként jelenik meg, amely erősebb az evészavaros lányok családjának, orvosának gyógyító erőfeszítéseinél. Megdöbbentő ütemben szaporodnak a *pro ana*, *pro mia* oldalak – már nemcsak angolul, hanem magyarul is. Itt az evészavaros lányok osztják meg egymással tapasztalataikat, s mutatják be ideálisnak, az egészségnél is jobbnak az evészavar okozta kóros állapotot.

Mindezért fontos, hogy a védőnők, az iskolaorvosok és az eredményesebb nevelést fontosnak tartó pedagógusok ismerjék meg az evés- és testképzavarok mai helyzetét. Ehhez kiváló és érdekfeszítő segítő társ az *Evészavarok és testképzavarok* című tanulmánykötet.

Tisztelt Szerzőink!

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

A szerkesztőség címe és telefonszáma megváltozott: 1096 Budapest, Nagyvárad tér 2.

Levelezési cím: 1395 Budapest, Pf. 839/3.

Telefon: (1) 428-8272. *Fax:* (1) 428-8273.

E-mail: haromszeki.zsuzsanna@t-online.hu. *Honlap:* www.oefi.hu.

A kézirat formája

A cím alatt szerepel a szerző(k) neve, munkahelye, telefonszáma és e-mail címe. Egy lapoldalt meghaladó terjedelmű (ötezer karakternél hosszabb) cikk, tanulmány, elemzés esetén célszerű alcímekkel tagolni az anyagot. Az írást kérjük rövid magyar és angol nyelvű összefoglalóval (az angolra lefordított címmel együtt), valamint irodalomjegyzékkel zárni. Ötezer karakternél rövidebb írás, könyvismertetés és lapszemle esetén nem alkalmazunk alcímeket és összefoglaló sem szükséges. Az ábrák elkészítésénél vegyék figyelembe, hogy azok fekete-fehérben fognak megjelenni.

Fáradozásukat köszöni és eredményes munkát kíván

a Szerkesztőbizottság

Meghatározó feltételek és követelmények a jövő sikeres népegészségügyi programjának megvalósításához

Prof. Dr. habil. Schmidt Péter egyetemi magántanár¹,

Prof. Dr. emer. Fehér János²

¹Gyermekegészségügyi Szolgálat, Győr

²Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, II. Belgyógyászati Klinika, Budapest

Az elmúlt évtizedek egyes kiemelt népegészségügyi indikátorainak elemzése alapján egyértelműen megállapítható, hogy a magyar népesség egészségi állapota lesújtó. Amennyiben a halálozási adatok változatlanok maradnak, úgy a 2009-ben születendő fiúk 69 évre, míg a lányok 76 évre számíthatnak, átlagosan 8, illetve 6 évvel kevesebbre, mint Nyugat-Európában. Az adatokat elemezve megállapítható, hogy – 51 európai ország adatait figyelembe véve – Magyarország csupán a 39. helyet foglalja el, ezzel lemaradásunk még számos kelet-európai országhoz képest is jelentős.

Vizsgáljuk meg, hogyan alakult az átlagos emberi élethossz a történelem során:

- Kr.e. 50.000 év, Afrika: 20 év
- Kr.e. 15.000, Európa: 30 év
- Kr.e. 1.100, Római Birodalom: 50 év
- Kr.u. 1970, USA: 75 év

A demográfiai viszonyok elemzésének egyik fontos eszköze a korfa bemutatása. A korfa változásai alapján jól látható, hogy az 1800-as évek végén nem ritka a 6–8 gyermek egy családban, de a magas csecsemőhaladóság miatt egyre kevesebben érik meg az ifjú-, illetve az öregkort, s elenyésző a 80 év felettek száma. Mindezt a fenyőfa-formátum jól tükrözi.

1941-ben még mindig viszonylag sok gyermek született, a csecsemőhaladóság némileg csökkent, s az egészségügyi ellátás javulása következtében mind többen érik el a 75–80 éves életkort, de az is érzékelhető, hogy a 60–64 éves korosztálytól felfelé a mortalitás egyre nagyobb mértékű.

Napjainkban sajnos látható, hogy egyre kevesebb gyermek születik, ugyanakkor az orvosi diagnosztika és terápia robbanásszerű javulása miatt egyre nő a 80–85 év felettek aránya. Egyre kevesebb fiatal munkaerő tart el egyre több nyugdíjas állampolgárt, amelynek gazdasági következményeiről számos hazai és külföldi szakember beszámolt. (2. és 3. ábra)

A Magyar Tudományos Akadémián 2008. november 13–14-én megtartott MTA VII. (Magyar) Jubileumi Jövőkutatási Konferencián elhangzott előadás alapján

Nézzük meg azokat az okokat, amelyek hazánk nagyon kedvezőtlen demográfiai adatai és a kedvezőbb nyugat-európai mutatók között rejlenek.

Évtizedek óta közismert, hogy az egészségi állapotot befolyásoló tényezők közül az egészségügyi ellátórendszer mindössze 10–12%-ban felelős az egészségi állapot megtartásáért, így teljesen egyetértünk Prof. Dr. Simon Tamás és Nováky Erzsébet, valamint Józán Péter korábbi megállapításaival, amelyek kiemelik, hogy az életmód, az életvitel, az egészségnevelés kérdése és az egészségfejlesztés azok az indikátorok, amelyek a következő évtizedekben a népesség egészségi állapotát meghatározhatják.

A legfontosabb okok és tényezők:

I. A gazdasági helyzet és a lakosság életminősége a születéskor várható átlagos élettartam függvényében

Az ábra adatai alapján egyértelmű, hogy szignifikáns összefüggés van az egyes országok gazdasági fejlettsége, pénzügyi stabilitása és a születéskor várható átlagos élettartam között. Józán Péter korábbi vizsgálatai megerősítik azokat az eredményeket, amelyek a következő évtizedekre vetítve is hasonló folyamatot prognosztizálnak. (4. ábra)

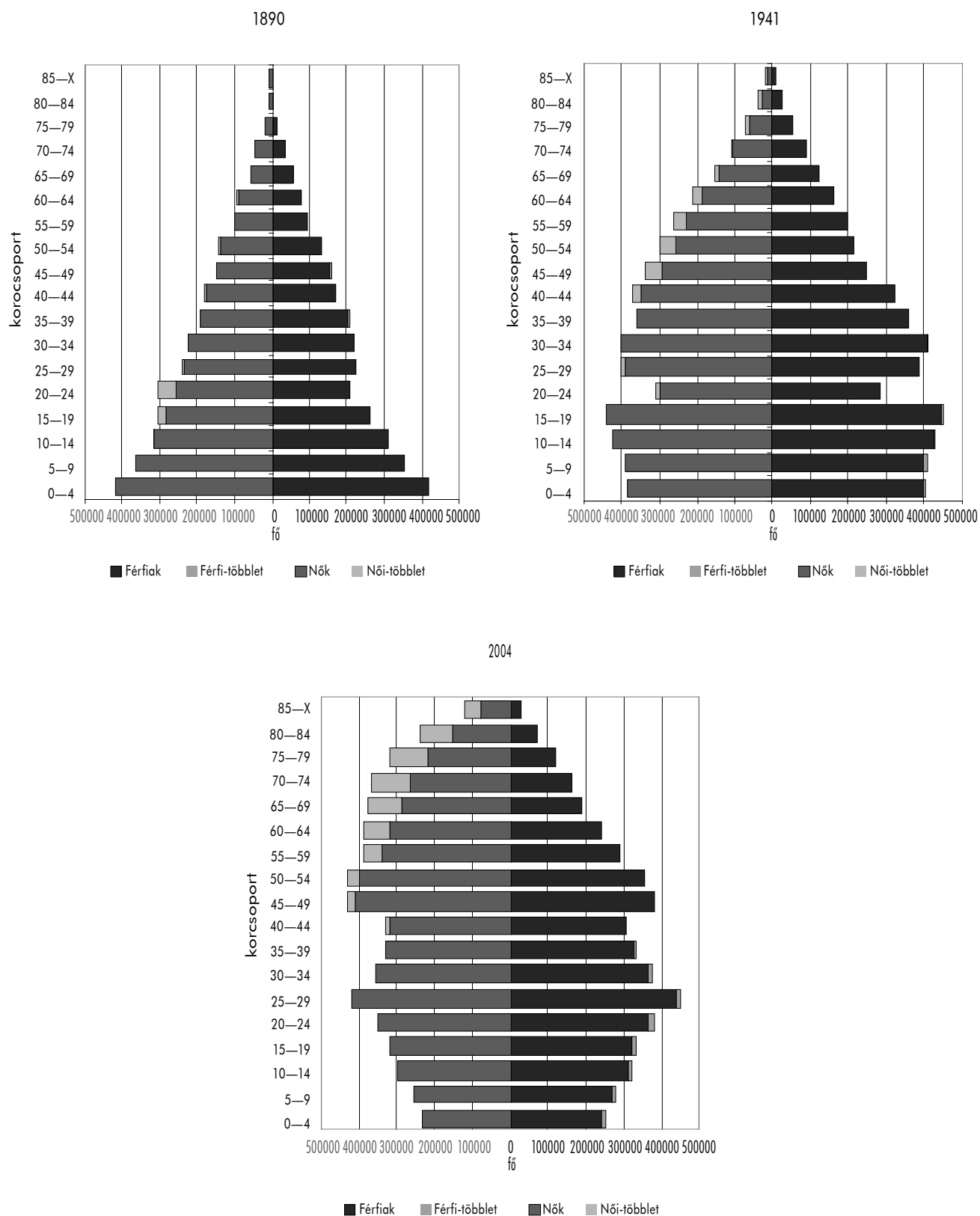
II. A kóros elhízás és annak népegészségügyi következményei

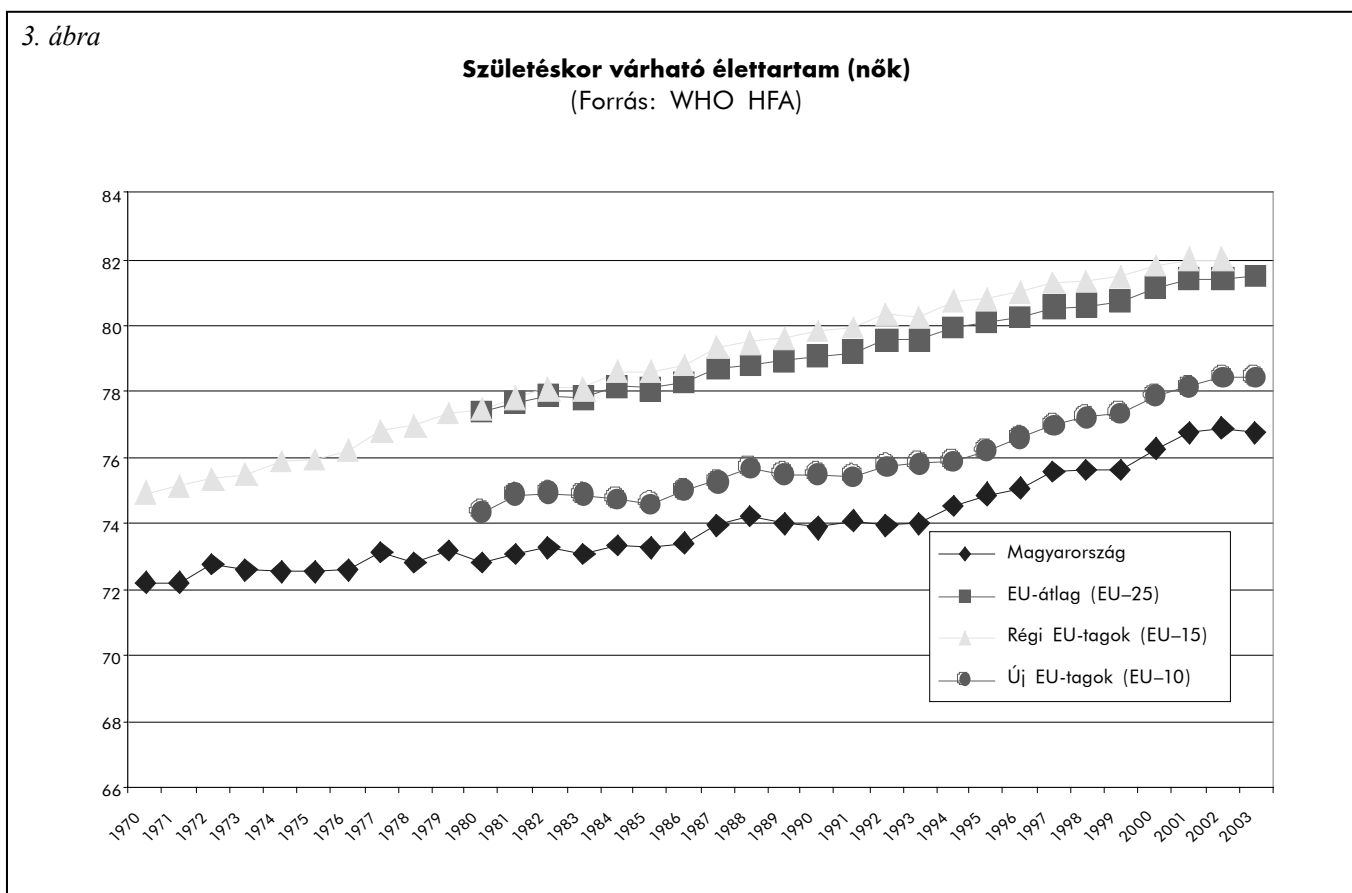
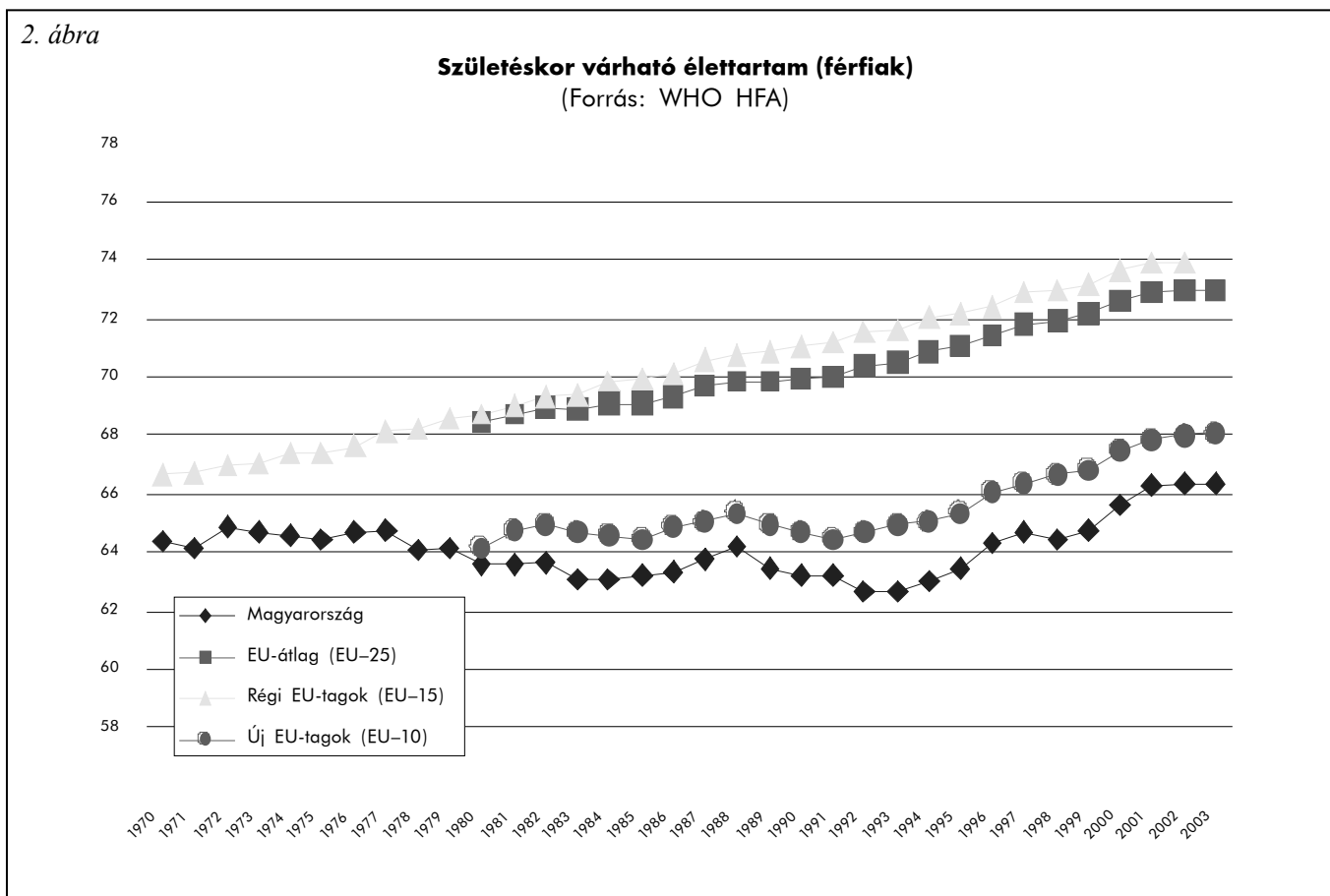
Az életmód és életminőség szerepe a születéskor várható átlagos élettartam összefüggésében

Napjainkban – döntően a túlzott mértékű kalóriabevitel miatt – az egész világon növekszik az elhízottak száma, az iparilag fejlett országokban nagyobb mértékben, mint a fejlődő országokban. Számos államban, így hazánkban is, nagyon sok elhízottat találunk a gyermekek körében.

1. ábra

**Magyarországi korfa-változások
(1890, 1941, 2004)**

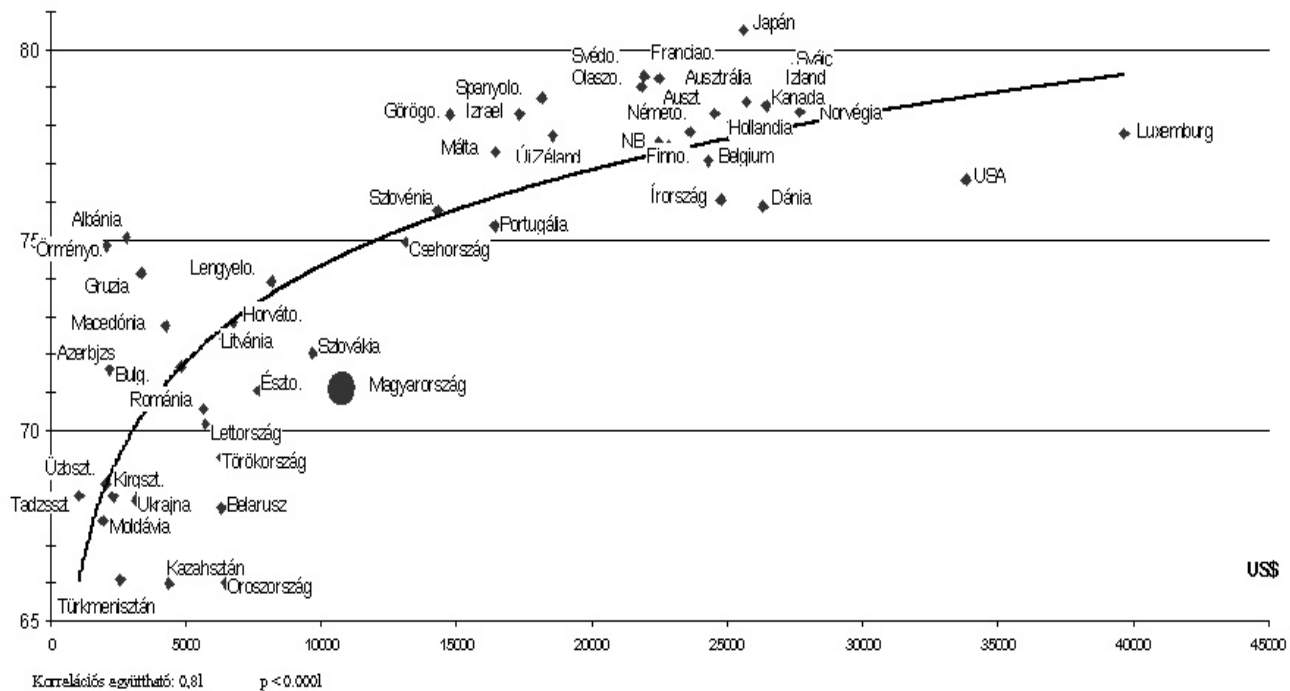




4. ábra

A GDP és a születéskor várható átlagos élettartam összefüggése egyes kiemelt országokban

(Forrás: Józán Péter)



Az adatok az EVSZ Európai Regionális Hivatalának HFA adatbázisából, az ENSZ Demographic Yearbook című kiadványából és a nemzeti statisztikai hivatalok adataiból származnak.

Az elhízás – a kardiovaszkuláris betegségek kialakulását tekintve – korunk első számú közellensége. Már a *Koránban* is olvashatunk erről: „Isten táplálékodat egész életedre ki-mérté, ha hamarabb eszed meg, hamarabb halsz meg.”

E megbetegedés nemcsak a fejlett országokat érinti – a világ fejlődő államainak 80%-ában is jelen van, s elterjedtsége a kis és közepes nemzeti jövedelemmel bíró államokban is növekszik. Az elhízásból fakadó éves halálozási arány eléri 2030-ra várhatóan a 25 millió főt. A betegség következtében nő a rokkantak és a rokkantság miatt elvesztett évek száma. *Az Egyesült Államokban 2010-re 15%-os, 2030-ra pedig mintegy 25%-os emelkedést jeleznek.*

A világon évente közel 17 millió ember hal meg kardiovaszkuláris megbetegedések következtében – ez a világon bekövetkezett összes halálozás egyharmada. A halálos kimenetelű és rokkantsággal járó esetek több mint fele szívbetegség és stroke következtében alakul ki, s évente több mint 12 millió embert érint. Ennek tekintélyes része megelőzhető az elsődleges kockázati tényezők kiiktatásával, így a helytelen táplálkozás, a fizikai inaktivitás megszüntetésével és a dohányzás abbahagyásával. Költséghatékony nemzeti program, valamint az egyéni kockázati tényezőket csökkentő életmód jelentős mértékben hozzájárulhat a kardiovaszkuláris halálozás lesújtó adatainak csökkentéséhez. A vérnyomás és a koleszterinszint rendszeres ellenőrzésével, az elhízás megakadályozásával és dohányzásmentes életmóddal mérsékelhetjük azokat a szervezeti elváltozásokat, amelyek e betegség halálos következményeit okozzák.

III. Életminőség és az egészséges életmód

Az egészséges táplálkozás szerepe mindennapi életünkben

a) nyugati diéta

- vörös húsok nagy mértékű fogyasztása
- sült húsok
- fehér lisztből készült kenyér
- édességek, cukrászati sütemények
- sült burgonya
- magas zsírtartalmú ételek

Látható, hogy az emésztés szempontjából nehéz, magas zsírtartalmú, húsos ételek jelenősen növelik a gyomor-bélcsatorna, főként a vastagbél-daganatok gyakoribb előfordulását más kontinensekhez képest. A nyugati diéta atherogén hatású és növeli a szívinfarktus kockázatát.

b) mediterrán diéta:

- Nagyobb arányú egyszeresen telítetlen zsírok
- Mérsékelt alkoholfogyasztás
- Sok főzelék
- Gabonafélék nagyobb mértékű fogyasztása (kenyér)
- Sok gyümölcs
- Sok zöldség
- Kis mennyiségű hús és húsféleség
- Mérsékelt mennyiségű tej és tejtermék

c) japán diéta

• A japán diéta nagyobb figyelmet érdemel, mert itt a leghosszabb a születéskor várható élettartam, s a szív- és érrendszeri megbetegedésekből fakadó halálozás Japánban a legalacsonyabb.

• Ez az étrend kevés zsírt és cukrot tartalmaz, de több szóját, halféleséget, nyers halat és nagyobb mennyiségű rizst.

Mind a mediterrán, mind a japán diéta nagy mennyiségű zöldség és gyümölcs, valamint számos halféleség gyakori fogyasztását tartalmazza, amely kiemelten segíti az emésztést, így a gyomor–bélcsatorna daganatos megbetegedéseinek előfordulási gyakorisága fenti országokban jelentősen csökkent.

Hogyan tovább egészségnevelés?

Egészségfejlesztés és a jövő – a Nemzeti Népegészségügyi Program kihívásai

Az egészségmegőrzés igen fontos szerepét és annak kormányzati szintű elismerését tükrözi az „Egészség Évtizedének Nemzeti Népegészségügyi Programja” (korábban *Johann Béla Népegészségügyi Program*), amelynek 4 fő célja és 19 alprogramja van.

A Nemzeti Népegészségügyi Program fő céljai:

- Egészséget támogató társadalmi környezet kialakítása
- Az egészséges életmód programjai, az emberi egészség kockázati tényezőinek csökkentése
- Az elkerülhető halálozások, megbetegedések, fogyatékosság megelőzése
- Az egészségügyi és népegészségügyi intézményrendszer fejlesztése az egészségi állapot javítása érdekében

A 4 fő programhoz a kormány 19 alprogramot indított:

- Egészséges ifjúság
- Az idősek egészségi állapotának javítása
- Esélyegyenlőség az egészségért
- Egészségfejlesztés a mindennapi élet színterein
- A dohányzás visszaszorítása
- Alkohol- és drogmegelőzés
- Egészséges táplálkozás és ételmiszerbiztonság
- Az aktív testmozgás elterjesztése
- Közegészségügyi és járványügyi biztonság
- Nemzeti Környezetegészségügyi Akcióprogram
- A koszorúér- és agyérbetegségek okozta megbetegedések, halálozások visszaszorítása
- A daganatos megbetegedések visszaszorítása
- A lelki egészség megerősítése
- A mozgásszervi betegségek csökkentése
- AIDS-megelőzés
- Népegészségügyi szűrővizsgálatok
- Ellátás-fejlesztés
- Erőforrás-fejlesztés
- Monitorozás-informatika

A célok sikeres megvalósítása kizárólag közös összefogás eredménye lehet, amely az egészségügyben, oktatásban és kulturális szférában dolgozók áldozatos munkáját kell, hogy jelentse.

Következtetések

A jövő teendői 2025-ig:

• A születéskor várható átlagos élettartam javulása és az egészségmegőrző programok sikere – amint azt számos ország példája bizonyítja – kizárólag közös társadalmi összefogással valósítható meg.

• A jövő évtizedei egyes egészségmegőrző indikátorainak javításához Magyarországon paradigmaváltásra van szükség.

Az egyéni életvitelben

- a káros szenvedélyek visszaszorítására irányuló (alkohol-, dohányzás- és drogellenes) népegészségügyi programok végrehajtása,
- az egészséges táplálkozás,
- a stresszmentes életvitel,
- az egészségmegőrzés és az egészségnevelés emelt szintű oktatása minden oktatási szinten.

Összefoglalás

A szerzők az egészségmegőrzés és egészségfejlesztés komplex társadalmi feladatára kívánják felhívni a figyelmet, különös tekintettel a prevencióra. Közismert, hogy az egészségügyi ellátás mindössze 12–15%-ban felelős a lakosság egészségi állapotáért. Az egészség megtartásában kiemelt faktorként szerepelnek a környezeti tényezők, az egészséges táplálkozás, a káros szenvedélyektől való tartózkodás valamint a testmozgás mindennapjainkba való beépítése. A szerzők külön kitérnek az egyes morbiditási és mortalitási tényezőkre, s vizsgálják, hogy ez milyen hatással van az élettartamra.

Az emberiség története folyamán a születéskor várható élettartam folyamatosan növekedett. Jelenleg a fejlett nyugati országokban férfiak esetében 76 év, nők esetében 81 év. Hazánkban a születéskor várható élettartam ennél 5–8 évvel alacsonyabb.

A diétafeleségek jelentős mértékben hatással vannak az emberi megbetegedések kialakulására. A nyugati diéta atherogén hatású és növeli a szívinfarktus kockázatát. A halféleségekben, gyümölcsben és főzelékben gazdag diéta kedvezően befolyásolja a születéskor várható élettartamot. A japán diéta esetén a leghosszabb a születéskor várható élettartam, s ekkor a legalacsonyabb a szív- és érrendszeri halálozás. A hazai adatok és nemzetközi trendek alapján a születéskor várható élettartam és a hatékony egészségmegőrző programok tekintetében 2025-re várható változás.

Komoly szakmai és társadalmi kihívás Magyarországon, hogy kedvezőtlen morbiditási és mortalitási mutatókon milyen jelentősebb gazdasági és társadalmi feladatok megvalósításával tudunk – s tudunk-e egyáltalán – változtatni.

Kulcsszavak: prevenció, egészségmegőrzés és egészségfejlesztés, egészséges táplálkozás, morbiditás és mortalitás

Summary

The authors would like to draw attention to the complex social task of health keeping and health development, especially prevention. It's an understood thing that public health care only in 12–15% responsible for the health condition and health keeping of the people. Environmental elements, healthy nutrition, abstaining from harmful passions and every day sport are the main factors of being healthy. The authors also discuss morbidity and mortality factors and analyse how this affect life expectancy. During the human history the life expectancy at birth has always increased. Today man's life expectancy in the developed countries in the west: 76 years, and 81 years for woman. In Hungary

the life expectancy at birth is by 5–8 years less. Diets affect human diseases measurably. West-diet has an atherogenic effect and causes adiposity, increases the risk of cardiac infarction. Mediterranean diet, which is rich in fish, fruits and vegetables increases life expectancy at birth. Life expectancy is the highest, mortality owing to cardiac and haemal diseases the lowest at the Japanese Far-Eastern diet. On the base of actual national data and international trends, changings of life expectancy at birth and organising effective health keeping programmes can be prognostised for 2025.

There is a serious professional and social challenge in Hungary how to change unfavourable morbidity and mortality indicators with considerable economical and social tasks – if we can change them at all.

Key words: prevention, health keeping and health development, healthy nutrition, morbidity and mortality

IRODALOMJ

1. Fehér, J.–Csomós, G.–Vereckei, A.: *Free Radicals in Biology and Medicine*. Springer Verlag, Berlin-Heidelberg, New-York–London–Paris–Tokyo (1987)
2. Fehér, J.–Lengyel, G.–Lugasi, A.: „A bor kultúrtörténete, a borterápia elméleti háttere.” In: *Orvosi Hetilap* (2005), 146, 52, 2635–2639.
3. Jakabfi, P. és mtsai: „Testséma zavarok a gyermekkori elhízásban.” In: *Egészségnevelés*, 1993, 34, 5, 199–200.
4. Józán, P.: „Az öregedés élettani és társadalmi jelenségei.” In: *Magyar Tudomány*, 2002/4, 419.
5. Kopp, M.–Kovács, M.: *A Magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006.
6. Nováky, E.: „Változások a jövő kutatás módszertanában.” In: *Változás és jövő* (alkotó szerkesztő: Nováky Erzsébet), Püski Kiadó, Budapest, 2008, 23–70.
7. Schmidt, P.–Fehér, J.: „Egyes preventív lehetőségek a népegészségügyi program megvalósítása érdekében.” In: *Magyar Tudomány*, 2007/9, 1154.
8. Schmidt, P.–Juhász, J.–Korompáky, M.: „A megelőzés fontosságának sajátos példája: gyermekrajzok a dohányzás ellen. Európai modell az iskola egészségügyi ellátás speciális kérdéseiről.” In: *Egészségnevelés*, 2003, 44, 6, 261–263.
9. Schmidt, P.: *Az egészségügyi ellátás társadalom-gazdaságtani feltételei és finanszírozása, különös tekintettel az alapellátásra*. Habilitációs értekezés, Nyugat-Magyarországi Egyetem, Sopron, 2004
10. Schmidt, P.–Simon, T.: *Egy szociálpédiatriai tanulmány és speciális prevenció program: Újszülöttek nyomonkövetése és az eredmények összevetése a szülők egészségmagatartásával*. A Veszprémi Akadémiai Bizottság (VEAB) díjnyertes pályamunkája, Győr–Várpalota, 1989
11. Simon, T.: „Az egészségérték-gazdálkodás kialakítása mint elsődleges egészségfejlesztési feladat (Szerkesztőségi vezércikk)” In: *Egészségfejlesztés*, 2006, 47, 1–2, 2.
12. *WHO 2008: Primary Health Care: Now More Than Ever*. The World Health Report, WHO, Geneva, Switzerland, 2008

„Nagyformátumú gyógyító és kutató, az egészségnevelés és egészségfejlesztés elhivatott képviselője volt”

Fehér János DSc., professor emeritus (1932–2010)

Nagy veszteség érte a magyar és a nemzetközi orvostársadalmat: életének 78-ik évében, 2010. május 28-án elhunyt *Dr. Fehér János* belgyógyász professor, professor emeritus, a Magyar Tudományos Akadémia doktora, világszerte elismert májkutató.

Kiváló ember volt, aki mindenkinek segített, mindenkire őszinte volt. A Győr melletti Kisbarát szülöttje, heten voltak testvérek. Gimnáziumi tanulmányait a Győri Bencés Gimnáziumban, majd a rendek részleges feloszlata után a Révai Gimnáziumban végezte kiváló eredménnyel, rövid ideig seminarista volt a Győri Papnevelő Intézetben. Később úgy döntött, hogy a Budapesti Orvosegyetemre jelentkezik, ahová azonnal felvették. Egyetemi diplomáját summa cum laude minősítéssel kapta meg. Végigjárva az orvosi hivatás lépcsőit, a *Budapesti Orvostudományi Egyetem II. Belgyógyászati Klinikájának igazgatójává* nevezték ki, illetve hosszú időn keresztül az *Országos Belgyógyászati Intézet (OBI) igazgatója* volt. Mind oktatóként, mind szakirodalmi szerzőként részt vállalt az orvosi egyetemi oktatásban és továbbképzésben. A klinikai gyógyító munka terén számos hazai és nemzetközi felfedezés és siker köthető a nevéhez. A világon elsőként demonstrálta a friss syphilises fertőzésben a *Treponema pallidum* jelenlétét a májszövetben, s jelentős eredményeket ért el az oxidatív stresszel összefüggő kutatásai során is.

A *Magyar Arterioszklerosis Társaság*, valamint a *Magyar Gasztroenterológiai Társaság* főtítkára – utóbbinak 1990–1992 között elnökeként is tevékenykedett. 1990–1991-ben az *Európai Májkutató Társaság* elnöke, emellett alapítója és alapításától kezdve elnöke a *Magyar Életbiztosítási Orvostani Társaságnak* (1994), valamint a *Magyar Szabadgyök-kutató Társaságnak* (2001). Alapítója és elnöke a *Magyar Májkutató Társaságnak* (2004). Az *MTA köztestületének választott tagja* (2002). Évek óta az *MTA Klinikai Bizottságának tagja*. Emellett 1998 óta az *European Commission COST-programjának magyar képviselője* a *Technical Committee of Medicine and Health* keretében.

Tragikusan hirtelen bekövetkező haláláig a *Medical Science Monitor*, a *Romanian Journal of Gastroenterology* szerkesztőbizottságának tagja, 1989 óta a *Markusovszky Lajos Alapítvány* tudományos folyóirata, az *Orvosi Hetilap* főszerkesztője volt. Jelentős szerepe volt abban, hogy a rendszerváltást követő kemény – orvosi szaklapokat is érintő – konkurenciaharc közepette megmentette a *Hetilapot*.

Az egészségügy területén kifejtett kimagasló szakmai tevékenységét és képességeit hat szakmai társaság is kitüntetéssel ismerte el. Fehér professor olyan elismerések birtokosa volt, mint a *Semmelweis Emlékérem* (2002), a *Magyar Köztársasági Érdemrend Középkeresztje* (2003), a *Nyári László Nívódíj és Érdemrend* (2005), valamint a *Győrújbarát Díszpolgára* kitüntetés (2010).

Kiemelkedő munkát vállalt a *Magyar Orvostársaságok és Egyesületek (MOTESZ)* szervezetében, annak elnökeként és tanácsadó testületi tagjaként. 1992-ben *MOTESZ-díjjal* tüntették ki.

Az egészségnevelés és egészségmegőrzés területén is kiváló szakmai tevékenységet fejtett ki, részben szakkönyveivel, részben kiváló előadásaival. Ezen túlmenően olyan kérdésekkel is foglalkozott, mint a bor és az egészség kapcsolata, több hazai borlovagrend alapítóját, tagját és tisztségviselőjét tisztelhattuk benne. Egészségnevelési és egészségfejlesztési szakkönyvei kiemelten foglalkoztak az egészséges táplálkozás és a helyes étrend kérdéseivel, ilyen irányú szakkönyveit több nyelvre is lefordították, s számos európai országban is oktatják.

Soha nem feledkezett meg szűkebb pátriájáról: részben Győr városáról, de főként Győrújbarátról, amely az utóbbi évtizedben kis faluból virágzó, gazdag településsé duzzadt, mintegy Győr város zöldövezetévé, a megyeszékhely tüdejévé vált. Településének II. Rákóczi Ferenc lovasszobrát ajándékozta, de karitatív tevékenységével is elismerést váltott ki. *Hajba Ferenc* újságíró *Sorsmetszetek: Fehér János orvosprofesszor* címmel írt könyvet életéről (Medicina Könyvkiadó, 2004), amely kiválóan mutatta be Fehér professzor addigi pályafutását. Messzemenően segített a győri és Győr-környéki orvosoknak disszertációjuk elkészítésében, a kandidátusi és nagydoktori védések előkészítésében. Oktatott és aktívan résztvett a soproni székhelyű *Nyugat-Magyarországi Egyetem Széchenyi István Doktori Iskolájában*, ahol a posztgraduális oktatásban és vizsgáztatásban végzett példaértékű munkáját *Gidai Erzsébet* dékán asszony mindig méltatta, s nagy elismeréssel szolt Fehér professzor szakmai tekintélyéről.

Fehér professzor 1993 óta tiszteletbeli tagja volt a győri székhelyű „Egészséges Nemzedékért Alapítványnak”, ennek keretében alapító kezdeményezője és aktív résztvevője volt az *Alapellátási Szabadegyetem* immár 20 éves képzési-továbbképzési oktatói munkájának, továbbá a *Győri Egészségnevelési Tudományos Napok* Alpok–Adria védnökségű nemzetközi szakmai tudományos szimpóziumsorozatának.

Az általa szervezett „Életmód–Életöröm” konferenciák élményszámba mentek Bükfürdőn, ahol számos, országosan elismert szakember – nemcsak orvos – beszélt saját szakterületéről (*Kozma Imre* püspök, *Muzsai Géza* egészségbiztosítási főigazgató, *Schweitzer József* fürabbi, *Szollár Lajos* professzor, *Vissy Károly* meteorológus, stb).

2000 óta elképzelhetetlen volt – évente visszatérően – augusztus utolsó hétvégéje a *Sümei Orvosnapok* nélkül, amelyeket nemcsak szervezett, de kiváló kulturális programokkal is színesített.

Temetése szülőfalujában, Győrújbaráton volt, ahol nemcsak Kisbarát, Nagybarát és Baráti hegy lakossága, de az egész országból érkezett egykori pályatársak, tanítványok emlékeztek a kiváló tudósra. Orvosi munkájának hagyománya halála után sem szűnhetett meg, ennek bizonyítéka, hogy az *Orvosi Hetilap* főszerkesztő-helyettesének testvérét, *Fehér Erzsébet* professzorasszonyt nevezték ki.

Kedves Professzor Úr!
Nyugodjál békében, sohasem felejtünk!

Prof. Dr. Schmidt Péter

CONTENTS

TRAININGS

- Health – Promotion – Wellbeing 2
Monitoring the Modern Health Concepts – Part II.
Prof. Dr. Lajos Székely, Dr. Frans Vergeer

SURVEYS

- IIIrd Change Your Lifestyle – Workplace Team Competition – Part II. 13
Edit Czeglédi, Péter Csizmadia

- Health Behaviour in School-Aged Children's Eating Habits 18
Dr. Eszter Nóra Nagy, Evelyn Erzsébet Sipos

BOOK REVIEW

- Ferenc Túry, Bea Pászthy (eds.): Eating and Body Image Disorders 25
Dr. Annamária Somhegyi

TRAININGS

- Determinative Conditions and Requirements for Implementing Public Health Programmes of the Future 28
Prof. Dr. habil. Péter Schmidt, Prof. Dr. emer. János Fehér

OBITUARY

- János Fehér DSc., professor emeritus (1932–2010) 34
Prof. Dr. habil. Péter Schmidt

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