

Tartalom

FELMÉRÉSEK	
Fiatalok szexuális magatartása – II. rész Veszélyeztetett korú diákok prevenciósi igényei és szükségletei Iskola – egészségfejlesztés szexedukáció <i>Dr. Simich Rita, Fábíán Róbert</i>	2
Egészségtudatosság vizsgálata diákoknál <i>Dr. Sipos Erzsébet Evelyn, Dr. Nagy Nóra Eszter</i>	5
A munkahely mint az egészségfejlesztés multiplikációs színtere <i>Nagyvárad Katalin, Kiss-Geosits Beatrix</i>	14
TOVÁBBKÉPZÉS	
A jövő mentális kihívásai a globalizálódó világ ifjúsága körében <i>Dr. Hullám István PhD., Györffy Ágnes</i>	17
Az egészségfejlesztő szakemberek a magyar közoktatásban A felsőoktatás válasza <i>Dr. habil. Benkő Zsuzsanna</i>	21
PÁLYÁZATI BESZÁMOLÓ	
A Magyar Rákellenes Liga „ <i>Füstmentes fal</i> ” című pályázata Pályázatokkal a dohányzás ellen „ <i>A dohányos is ember, csak rövidebb ideig!</i> ” <i>Bajorné Lobenwein Beáta</i>	27
KONFERENCIA	
„ <i>Elköteleződés az egészségért. Mit tehetünk helyben?</i> ” Konferencia az egészségi egyenlőtlenségek mérséklésének hatékonyabbá tételéért 2011. május 12., Budapest <i>Köteles Gábor</i>	29
Előzetes tájékoztatás a 2011 őszén megrendezendő Férfiak Egészsége Világkongresszusról „ <i>A férfiak és az idősödés. Egészségfejlesztés interdiszciplináris ellátás nyújtásával</i> ” 2011. október 2–5., Bécs <i>Prof. Dr. Métényi János</i>	31
KITÜNTETÉS	
Az egészségnevelés és egészségmegőrzés fontosságának szerepe a családorvosi gondozásban Miniszteri elismerés a kiemelkedő prevenciósi, gondozási és gyógyító munkáért <i>Prof. Dr. habil. Schmidt Péter</i>	33
AZ EGÉSZSÉG ÜGYE ANNO ÉS MOST	
Közegészségügy és modern közigazgatás anno és most <i>Dr. Kishegyi Júlia, Bodor Tamás</i>	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 kézbesítőknel,
e-mailen: hirlapelofozites@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

Fiatalok szexuális magatartása – II. rész

Veszélyeztetett korú diákok prevenció igényei és szükségletei

Iskola – egészségfejlesztés – szexedukáció

Dr. Simich Rita¹,
Fábián Róbert²

¹Országos Egészségfejlesztési Intézet

²Nemzeti Drogmegelőzési Intézet

Szexedukáció és a tanterv

Évtizedekkel ezelőtt az általános iskola nyolcadik évfolyamán, majd a középiskolákban a biológia tananyag része volt a nemi szervek anatómiai ismertetése. A gyakorlatban a tanárok – még gyakrabban a tanárok helyett az iskolaorvosok és a védőnők – külön tartottak órát fiúknak és lányoknak. Előfordult az is, hogy olvasmányként adták fel, s arra biztatták a diákokat, hogy a témával kapcsolatos kérdéseiket tegyék fel az órákon. A válaszok helyett irodalmat, felvilágosító könyvet javasoltak, vagyis a tanárok igen kellemetlen feladatnak tekintették ezeket az órákat.

A NAT megújításakor modulrendszerű tematikák váltották fel az addigi biológia-, természetismeret-, környezetismeret-, egészségtan- és földrajzórákat, így az általános tudnivalók, a szükséges ismeretek egymással szorosabb összefüggésben, koherensebben jelentkeztek. Amíg ez más tárgyak esetében sikeresnek bizonyult – pl. a történelmi korok tárgyalása során nemcsak az események, hanem a kor irodalma, művészete, tudományos vívmányai is együtt, összefüggően jelentek meg, így segítve az adott korszak megértését –, a szexuális ismeretek kakukktójásként a perifériára szorultak, súlyuk a tematikában csökkent. *A NAT-ban meghatározott ismeretszint elérése nem tartalmazza az ember szervi és lelki működésével, s ehhez kapcsolódva a szexualitással kapcsolatos tudnivalókat*, így nincs kötelezően megvalósítandó tanulmányi program. A pedagógusok maguk dönthetnek a tematikáról, az alkalmazott módszerről és a számonkérés formájáról. Ez utóbbi nem is gyakorlat, hiszen akár olvasmányként, akár előadás formájában szereznek a diákok e témában ismereteket, ezek számonkérése a pedagógusok szerint sem „felelés”, sem teszt alkalmazásával nem megoldható. Ennek ellenére – ismerve a fiatalok erős kíváncsiságát és érdeklődését – mindenhol lehetőséget biztosítanak a tisztázatlan és érdeklődésre számot tartó kérdések felvetésére, hol a többi diáktárs előtt nyíltan, hol ládikóba névtelenül bedobott kér-

dések formájában. További gondot jelent a diákok eltérő testi fejlettsége – elsősorban az érettebb (esetleg bukott), de gyakran az azonos korú diákok esetében is. Úgy vélik, van, akikhez korán, van, akikhez későn érkeznek a szükséges információk.

Ez gyakran a diákok komolytalan viselkedésében nyilvánul meg, s esetenként a tanulók által feltett kérdések hallatán a pedagógusok úgy érzik, elkéstek a témával, vagy mondanójuk már nem segíti a megelőzést.

Az „időben” megkezdett felvilágosító (egészségfejlesztő) munka azt is lehetővé teszi, hogy a később, felső tagozaton szoba kerülő, kényesebb témák tárgyalásakor viszonylag ki-egyenlített ismeretszintre jussanak a diákok, így a tudásbeli nagy szakadék elkerülhető – természetesen a jártasságra ez nem igaz!

Az iskolák és a pedagógusok maguk döntenek el, milyen tantárgyakat oktatnak, s maguk választják ki a tankönyveket is. Akár a biológiát, akár az egészségtant, akár a környezetismeret tantárgyat oktatják, az emberi szexualitás mindegyik tananyag részeként a tematikában szerepel, s a nyolcadik évfolyamon már 3–5 tanóra terjed ki. Van tankönyv, ahol külön, bekeretezett olvasmányként szerepelnek a fogamzásgátló módszerek és a szexuális úton terjedő betegségek, s van olyan, amelyikben önálló óra anyagként a tanár adja elő a vonatkozó ismeretanyagot. Általános vélemény, hogy *a diákok 14 éves korukra már rendelkeznek a legfontosabb ismeretekkel: tisztában vannak a nemi szervek felépítésével és működésével, a hormonális és idegrendszeri sajátosságokkal, ugyanakkor sokkal kevesebbet tudnak a fogamzás természetes módjáról, a fogamzásgátlástól és a szexuális úton terjedő betegségekről.*

A pedagógusok legnagyobb gondja az iskolai szexedukáció kapcsán a reáltantárgyak óraszámának csökkenése. A heti átlagosan másfél óra – akár biológiáról, akár más, komplexebb tematikájú tárgy tanításáról van szó – igen kevés, s nem is látnak esélyt a változtatásra. Az osztályfő-

A tanulmány egy három részből álló kutatási beszámoló második darabja. A befejező részt 2011/4. lapszámunkban olvashatják.

női órák felhasználása az ismeretek bővítésére jól kiegészíti a tananyagot, s valóban gyakran rá is kényszerülnek arra, hogy ezzel foglalkozzanak. Ötödik-hatodikban főként a társas kapcsolatokról esik szó, hetedik-nyolcadikban pedig – a diákok érdeklődésének és érettségének függvényében – a szerelem-párvalasztás problémái érdeklik a fiatalokat. Az osztályfőnöki órák tematikájába azonban nehezen illeszthetőek be az egészségnevelési témák – hiszen számtalan, az osztályközösség mindennapi működésével kapcsolatos probléma is megbeszélésre vár –, ezért teendők sokasága miatt a tanárok *sokkal kevesebbet foglalkoznak a fiatalok pszichoszexuális nevelésével, mint az szükséges lenne*. Arra a kérdésre, hogy „*Mennyiben függ a témaválasztás a pedagógus beállítottságától, a téma felvetése iránti félelmétől?*” –, a tanárok egyhangúlag állítják, hogy ilyen esetekben az iskola-egészségügyi dolgozókhöz vagy külső előadóhoz fordulnak segítségért.

Az iskola-egészségügyi dolgozók szerepvállalása az iskolai szexedukációban

A *Nemzeti AIDS Stratégiában* megjelölt feladatok között szerepel az iskola-egészségügyi dolgozók fokozottabb szerepvállalása az iskolai prevencióban, a diákok szexuális nevelésében. A pedagógusokból szervezett fókuszcsoporthoz tartozó tanárok több alkalommal kiemelték, hogy a legtöbb segítséget az orvosoktól és a védőnőktől kapják – hiszen az említett szakembereknek egyébként is munkakörükből fakadó kötelességük az egészségnevelési feladatok megoldásához való hozzájárulás. Az orvosok és védőnők minden iskolában elsősorban az osztályfőnöki órák megtartásában vállaltak részt, a *Stratégiában* meghatározott többletfeladatuk az, hogy az *iskola-egészségügyi dolgozónak heti két órában a diákok számára személyes konzultációs lehetőséget kell biztosítaniuk kifejezetten a szexuális élet témakörében*. A másfél évvel ezelőtt elfogadott *Stratégia* e pontjának végrehajtásáról ugyancsak érdeklődtünk néhány iskolában a diákoktól, a pedagógusoktól és a védőnőktől. Általános vélemény, hogy a védőnők szerepe az iskola életében egyre nő, több időt töltenek az iskolákban, mint évekként ezelőtt. Ennek adminisztratív-szabályozási hátterét a pedagógusok, iskolaigazgatók nem ismerik, de kedvező változásként élik meg. A *Nemzeti AIDS Stratégiából* fakadó többletfeladatról nem tudnak, de úgy érzik, hogy a diákoknak lehetőségük van arra, hogy egyéni problémáikkal felkeressék az iskola-egészségügyi dolgozókat, tehát e tekintetben nincs hiányérzetük.

A védőnők a szexuális felvilágosító órákon – vagy azokat követően az osztályfőnöki órákon – maguk is lehetőséget kapnak arra, hogy kiegészítsék a tanultakat, s válaszoljanak a diákok kérdéseire. Ezek jellemzően a párkapcsolatokhoz köthetőek, s nem a fogamzásgátlással vagy a szexuális úton terjedő betegségekkel kapcsolatosak. Gyakran tapasztalják, hogy a HIV-fertőzés módját illetően sok téves információt is kontrollálnak velük a diákok. A védőnők kevésbé szoronganak a témától, mint a pedagógusok, viszont nevelési eszközeik korlátozottabbak, ezért gyakrabban van gondjuk a diákok

komolytalan viselkedésével. Tanárok és védőnők szerepe tehát egyaránt fontos a szexualitással kapcsolatos ismeretek átadásában, tevékenységük kiegészíti egymást.

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet prevenciós munkája

Az egyesületek és alapítványok nélkülözhetetlen és meghatározó tevékenységén túl az *Országos Egészségfejlesztési Intézet* is évek óta részt vesz a szexedukációs tevékenységben. Az 1990-es évek elején kezdődött munka az „*Egészségesebb Iskolákért*” program magyarországi bevezetésével és honosításával indult. Ma a prevenciós tevékenységre fordítható pénzeszközöket az *Egészségügyi Minisztérium* biztosítja, s mivel ez a közös munka évek óta tart, hosszú távú szakmai együttműködésről számolhatunk be. Számos értekezleten, NAB-ülésein, tárcaközi és programtanácsi egyeztetésen került napirendre az iskolai egészségfejlesztés, ugyanakkor mégis van egyfajta hiányérzet, hiszen igazán hatékony előrelépés csak az oktatási, a szociális és az egészségügyi tárca közös, összehangolt munkája révén születhetett volna. Eredményeink azért vannak, de ezek mennyisége és minősége nincs párhuzamban a megmutatkozó igénnyel, az úton-útfélen tapasztalható tudatlansággal. A probléma és a megoldása közötti távolság szinte behozhatatlan, szakemberek becslése szerint minimum tíz év a befektetett energia társadalmi szintű visszajelzése, megtérülése.

Az *Országos Egészségfejlesztési Intézet* szexedukációs tevékenységei:

- pedagógusképzés – tréning
- szakmai konferencia – értekezlet
- módszertani kiadvány
- oktatócsomag bemutatása, gyakorlati felhasználást segítő konzultációk közoktatási intézményekben
- kiadványok: szórólapok, matricák
- hírlevél és plakát
- óvszer-automata program.

Összefoglalás

A népegészségügyi szinten érzékelhető problémák csökkentése érdekében célunk az iskolai prevenció, elsősorban a szexedukáció helyzetének áttekintése volt. Az evidensnek bizonyult összefüggések révén eljutottunk oda, hogy a szexuális magatartást nem lehet elválasztani az általános egészségmagatartástól, annak részeként kell értelmeznünk, s a problémák megelőzése is csak azonos, komplex módon lehetséges.

Kulcsszavak: iskola (diákok, pedagógusok), egészségfejlesztés, prevenció, szexedukáció, tanterv

Summary

In order to alleviate problems at the level of public health, our aim was to overview the situation of prevention in schools, especially sex education. Based on the relations which proved to be evident, we came to the conclusion that sexual

behaviour and general health behaviour cannot be handled separately. Sexual behaviour forms part of general health behaviour, therefore, prevention of problems can be done only in the same, complex way.

Key words: school (students, teachers), health promotion, prevention, sex education, curriculum

IRODALOM

Szilágyi Vilmos: *Szexuálpszichológia*. Medicina, 2006.
 Szilágyi Vilmos: „Vezérfonal az intézményes szexuális neveléshez.”
 In: *Magyar Szexológiai Szemle*, 2000.
 Lux Elvira: *Szexológiai olvasókönyv*. Osiris, 2000.
 Lux Elvira: *Szexuálpszichológia*. Medicina, 1981.
 Norbert Kluge: *A gyermeklét antropológiája*. Animula és Magánéleti Kultúra Alapítvány, 2004.
 Haberle: *Szexológiai dokumentumok*. Magánéleti Kultúra Alapítvány, 2007.
 Fábíán Róbert: *Dél-dunántúli veszélyeztetett korú fiatalok egészségmaga-*

tartása. Prevenció igények és szükségletek. Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, 2009.

Fábíán Róbert–Simich Rita: *Meglévő és működő modellprogramok, iskolai szexedukációs események értékelése*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2006.

Demetrovics Zsolt–Urbán Róbert–Kököneyi Gyöngyi (szerk.): *Iskolai egészségpszichológia*. Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, 2007.

Aszmann Anna (szerk.): *Serdülők egészségi állapota és egészségmagatartása (HBSC) 2000–2009*.

Népegészségügyi statisztikai évkönyvek. Statisztikai Hivatal, 2006, 2008.

Forrai Judit: „Szexuális ismeret és magatartás serdülőkorban.” In: *Belügyi Szemle*, 36. 1998/3. (72–86.)

Szilágyi Mária–Kátainé Kovács Éva–Szemenyei Bálintné–Kiss György Rita: „Nemi felvilágosítási tapasztalataink tizenévesek vizsgálatával.” In: *Egészségnevelés*, 36. 1995/2. (42–47.)

Schmidt Péter–Simon Tamás–Győri István: „Egy hatékony oktatási-egészségnevelési cél érdekében folytatott felmérés: pedagógusok véleménye az iskolai szexuális oktatásról.” In: *Egészségnevelés*, 31. 1990/3. (107–109.)

Egészségtudatosság vizsgálata diákoknál

Dr. Sipos Erzsébet Evelyn¹,
Dr. Nagy Nóra Eszter¹

¹Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi kar, Közegészségtani Intézet

Bevezetés

Ma Magyarországon a lakosság egészségkultúrája, egészségismerete heterogén és alacsony szintű. Minden negyedik nő és minden ötödik férfi úgy véli, semmit vagy csak keveset tehet saját egészségéért. [1] Ebből a helyzetből kiutat az egészség-tudatosság fejlesztése hozhat.

Az egészség-tudatosság – definíciója szerint – olyan *tudatos magatartási döntések meghozatala*, amelyek messzemenően befolyásolják egészségi állapotunkat, sok esetben a távoli jövőben fejte ki hatásukat. Étkezési szokásaink megváltoztatása (a rendszeres sportolás vagy a dohányzás abbahagyása) számos élvezet feladásával, s emellett még kellemetlenségekkel is járhat. [2] A helyes vagy helytelen életmód következményeinek pontos ismerete nélkül a fiatalok számos tévhitel is rendelkezhetnek, amelyek azután rossz döntésekhez vezethetnek. Az ismeretek azonban messze nem határozzák meg azt, hogy valaki hogyan él. A *HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)* összefüggés-elemzéseinek eredményei bizonyították a családi, az iskolai környezet jelentőségét – és egyben a felnőtt társadalom felelősségét – ebben a kérdésben. [3]

A WHO definíciója szerint „*az egészség a teljes testi, szellemi és szociális jóllét állapota, nem pusztán a betegség vagy a fogyatékoság hiánya*”. [4] Az egyén egészségére – számtalan gazdasági és társadalmi tényező mellett – az egyén magatartása is jelentős hatással van. „*Egészségmegőrző magatartásnak tekinthető minden olyan viselkedés, amelyet az egyén azzal a céllal végez, hogy védje, fenntartsa vagy fejlessze egészségét, függetlenül az általa észlelt egészségi állapottól és attól, hogy az adott viselkedés objektíven hatékony-e*.” [5] A szakirodalom különbséget tesz pozitív, valamint kockázatokat növelő egészségmagatartás között. [6] A pozitív egészségmagatartás azon tevékenységeket foglalja magában, amelyeket az egyén a betegségek megelőzése céljából tesz, míg a kockázatokat növelő egészségmagatartás körébe sorolható minden olyan tevékenység, amely növeli egy betegség vagy sérülés előfordulásának esélyét.

Az egészségmagatartás részét képezik többek között a táplálkozási és a testmozgási szokások, valamint az életmód olyan más kitüntetett elemei, mint a dohányzás, az alkoholfogyasztás és az illegális drogfogyasztás. [7]

A jövővel kapcsolatban aggodalomra adhat okot, hogy a fiatalok egészségmagatartása – a nemzetközi és a hazai szakirodalom szerint is – romló tendenciákkal jellemezhető. Ebben az életszakaszban az egészségkockázati magatartásformák gyakoribbá válnak, az egészségvédő magatartásformák pedig – mint például a sportolás – nemegyszer háttérbe szorulnak. [8]

Felmérésünkben 14–18 éves diákok egészség-tudatosságra vonatkozó ismereteit (a fent említett tényezőket) kérdőíves felmérés formájában két, a Waldorf pedagógiai módszert használó iskolatípusban és kontrollcsoportként egy általános tanterv szerint működő iskolában vizsgáltuk.

Minta

Kutatásunkban olyan iskolatípusban vizsgáltuk a diákok egészség-tudatosságát és egészségmagatartását, ahol az egészségre való nevelés, az egészség, mint pozitív érték az oktatásban és a mindennapokban is előtérbe kerül. Ezért esett választásunk a Waldorf-szemléletű iskolákra, ahol – hipotéziseink szerint – kiemelt jelentősége van az egészségre való nevelésnek. 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 egészség-tant a 7. osztálytól kezdve szakórák keretében tanítják.

Kutatásunkhoz a Gödöllői Waldorf Általános Iskola és Gimnázium és az Óbudai Waldorf Iskola diákjait, kontrollcsoportként pedig a gödöllői Török Ignác Gimnázium tanulóit választottuk. A kutatásba bevont résztvevők száma 222 fő, akik a 14–18 éves korosztályból kerültek ki, lányok és fiúk vegyesen. A megkérdezett tanulók számát a válaszolók függvényében az *1. táblázat* mutatja.

1. 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%)

Akik a megkérdezett diákok közül nem töltötték ki a kérdőívet, azok vagy nem hozták vissza időben az aláíratott szülői beleegyező nyilatkozatot, vagy nem voltak jelen a kérdőív kitöltésének időpontjában.

A kutatás adatainak összegyűjtése, feldolgozása, eredményeink bemutatása

A diákok szubjektív egészségi állapotát a „Szerinted milyen az egészséged?” kérdésben mértük fel. A statisztikai értékelés során lényeges eltérést nem találtunk, a diákok általában jónak tartják egészségi állapotukat.

A következő kérdésnél a HBSC alapján a diákok 10 fokozatú létrán skálázhatták be, mennyire érzik magukat „jól a bőrükben”. Ezt a kérdést az előzővel összefüggésben vizsgáltuk, így mutatva rá arra, van-e kapcsolat a szubjektív egészségi állapot és a jó élet között. A diákok átlagosan a létra 7–8. fokára helyezték magukat, ami megfeleltethető az előző kérdésre adott „jó egészségi állapot” válaszoknak.

Fontosnak tartottuk megkérdezni, hogy a diákok mennyire tartják egészségesnek saját táplálkozási szokásaikat. Kapott eredményeink szerint mindkét iskolában körülbelül fele-fele arányban gondolják magukról a diákok, hogy helyesen étkeznek. Ezt a helyes étkezésre vonatkozó eredményeinkkel összevetve (ahol a tanulók kevesebb, mint 8%-a étkezett egészségesen) látható, hogy az diákok nincsenek tisztában a helyes étkezés kritériumaival, és túlzottan pozitív az önmagukról alkotott képük. [10]

Az ezt követő „Mennyire tartod fontosnak az egészséges étkezést?” kérdésben az egészséges étkezés fontosságát ötfokozatú skálával mértük. A válaszok alapján az egészséges étkezést mindkét mintában átlagosan fontosnak (3,5) találták, nemek szerinti bontásban azonban a lányok szignifikánsan magasabb értéket (átlag: 3,9) adtak, mint a fiúk (átlag: 3,4). (1, 2. ábra)

Az egészség meghatározására is rákérdeztünk. A WHO definíciója [4] alapján az „ép testben ép lélek” választ tekintettük jó megoldásnak, míg a másik hármat összevontuk, mint nem teljes értékű választ. Mindkét iskola diákjai körülbelül 50–50%-ban választották az általunk helyesnek ítélt választ. Ez jelentős eredmény az egészség, mint pozitív érték elfogadása szempontjából.

Egy egészségtudatosságot mérő angol kutatásból, [11] saját fordításunk alapján születtek az alábbi mondatok:

- Nagyon fontos nekem, hogy az elérhető legjobb egészségben éljek.
- Aktívan teszek azért, hogy egészséges maradjak.
- A helyesen táplálkozás, a sok mozgás és a veszélyes szituációk elkerülése fog engem egész életemben egészségesen tartani.
- Az egészségem attól függ, hogy mennyire törődöm magammal.
- Egészségesnek lenni több, mint a betegségek hiánya.

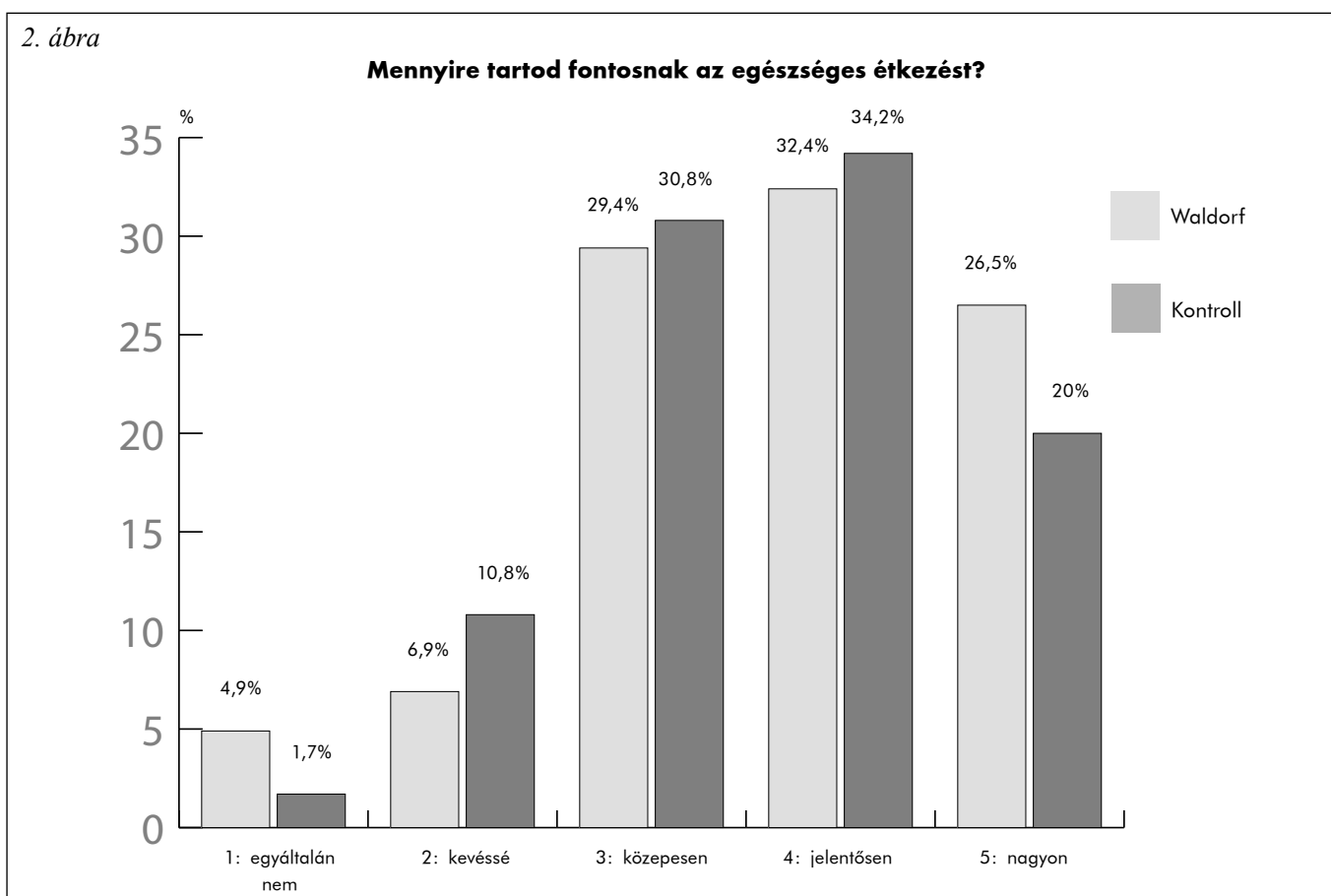
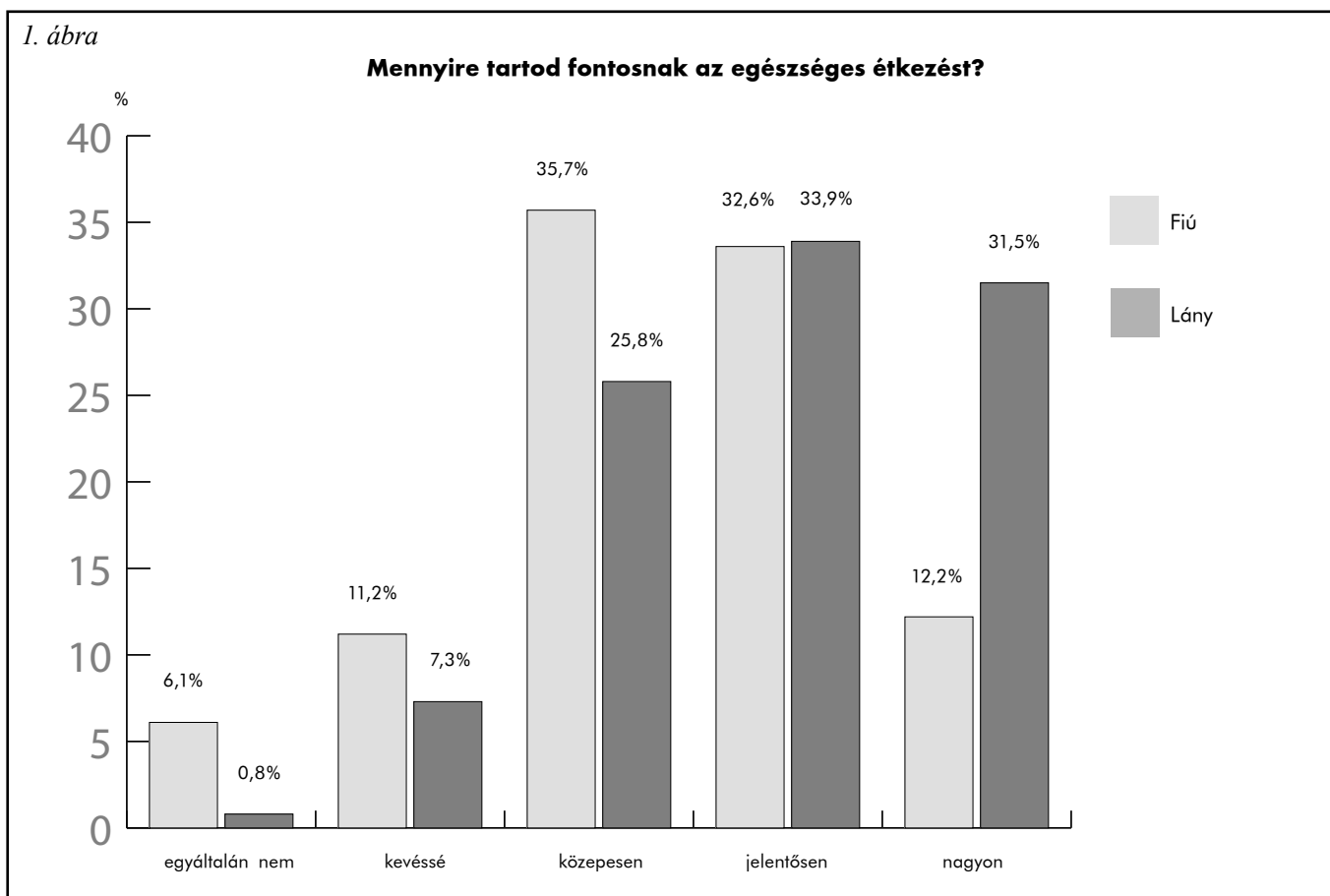
Az egyes mondatokat a diákok ötfokozatú skálán értékelték. Az adatfeldolgozás során ezeket az értékeket összeadtuk, így egy 5-től 25 pontig terjedő skálán együtt elemezhettük az egészségtudatosság ezen aspektusait. Az eredmények értékelése során örömmel láttuk, hogy a tanulók zöme az egészségtudatossági skála jobb oldalára esett, bár lényeges eltérést nem találtunk sem az iskolatípusok, sem a nemek között. (3. ábra)

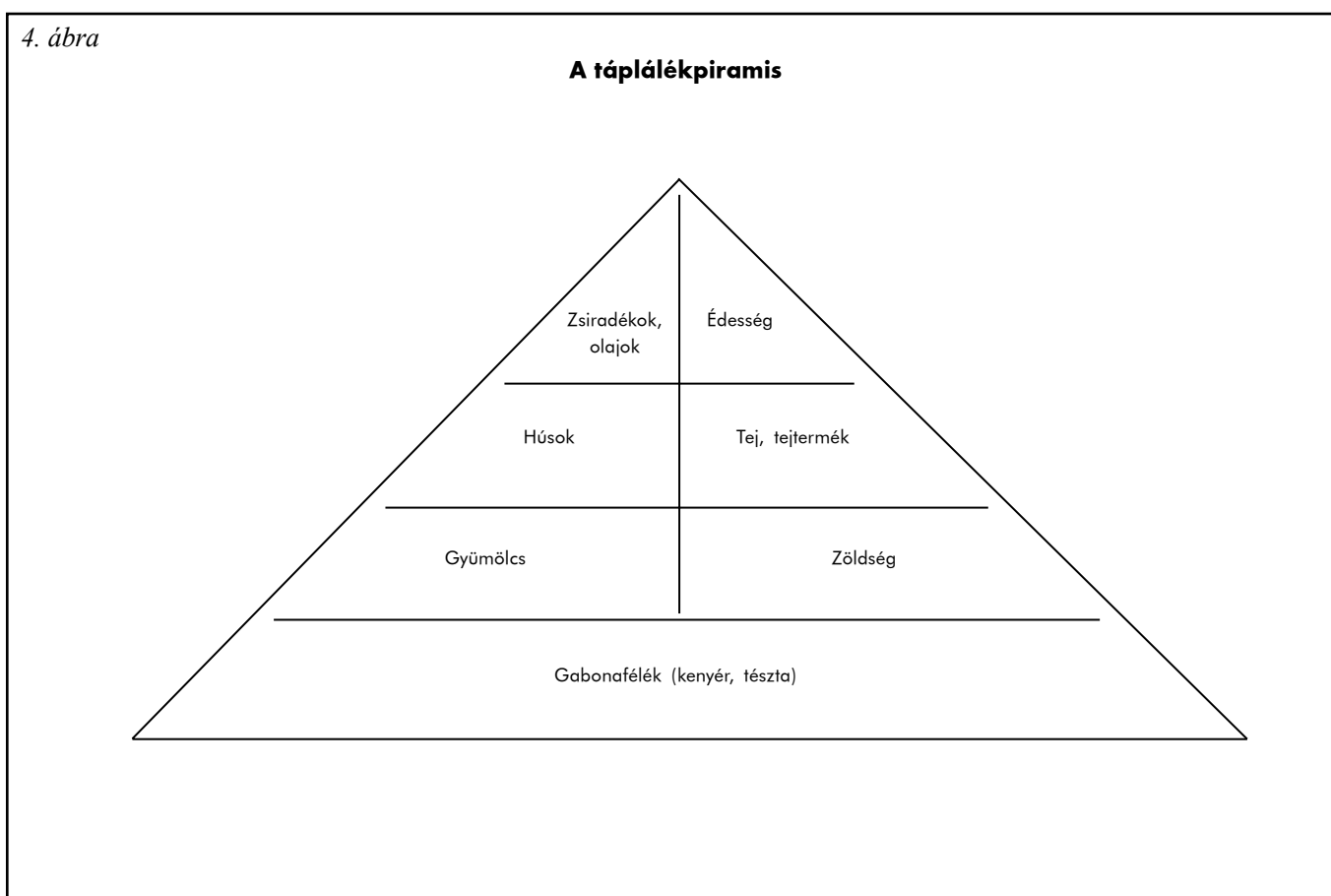
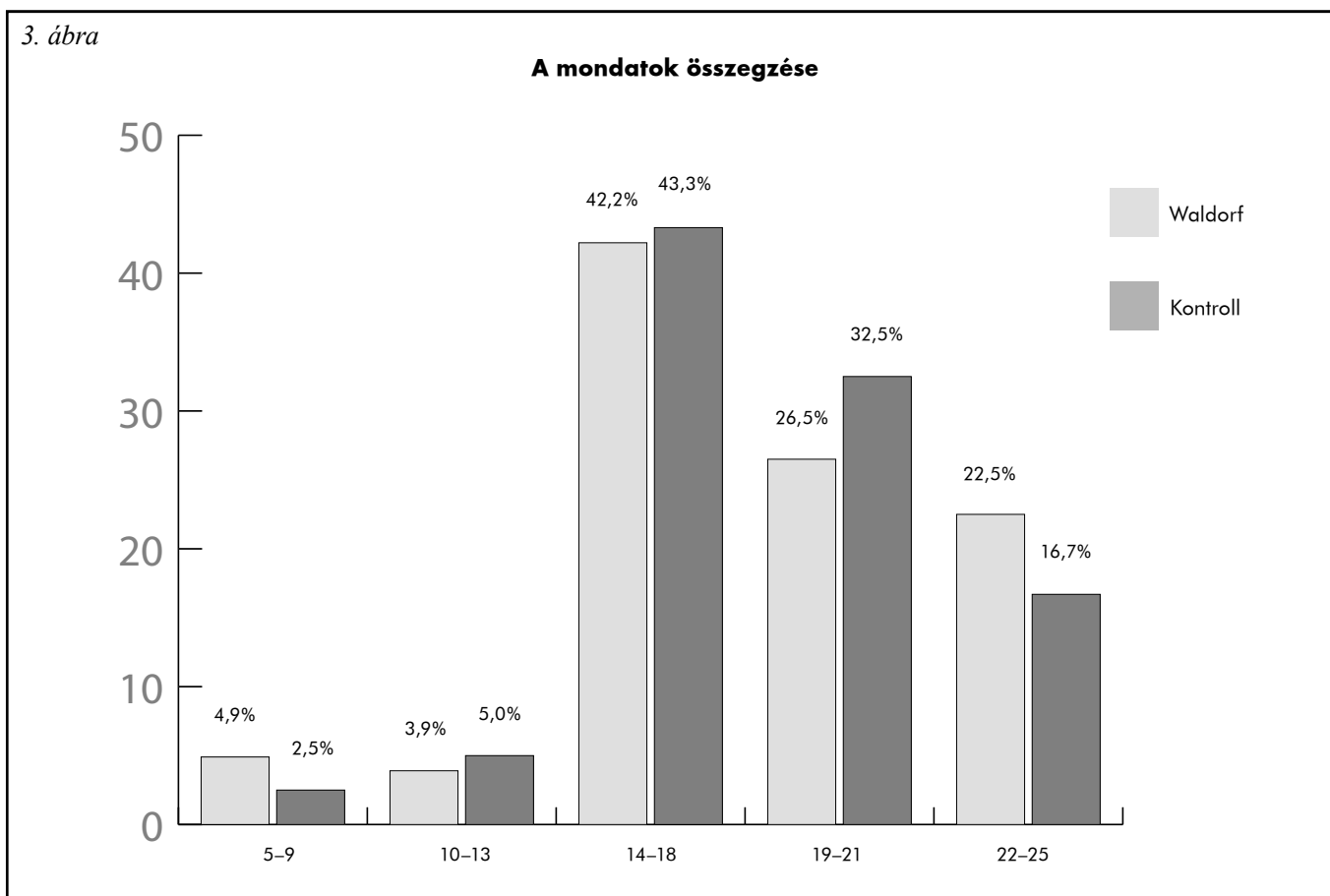
A következő kérdés a táplálékpiramis kitöltését kérte a tanulóktól. Ez a feladat jól tükrözi a válaszolók tárgyi tudását. A táplálékpiramis üres szintjeire a diákoknak kellett beírniuk az előre megadott kategóriákat. Helyes kitöltési sorrend esetén 7 pontot, míg teljesen rossz válaszra 0 pontot adtunk. (4. ábra)

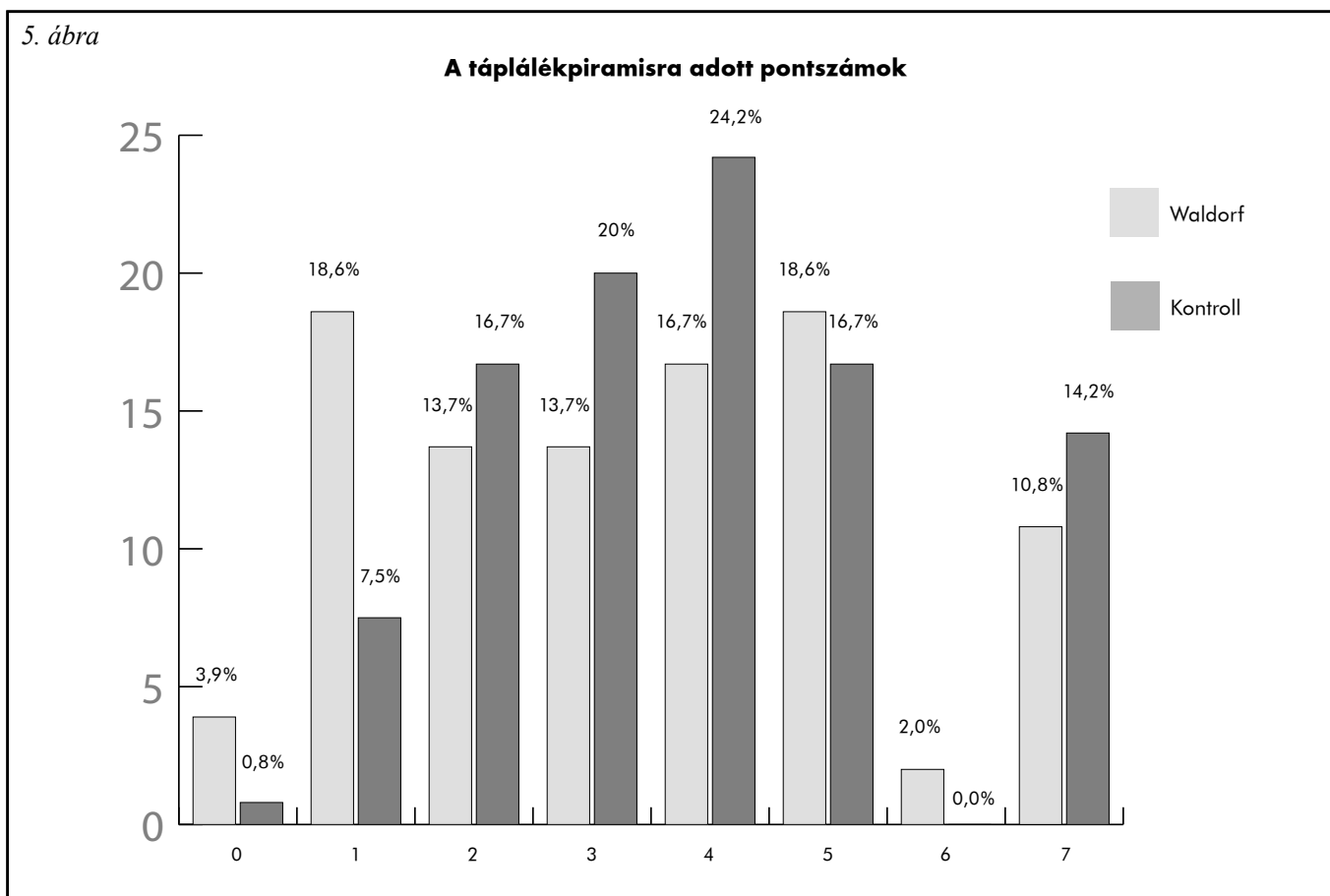
Az egy szintre írt válaszok között nem tettünk különbséget. Természetesen ha valaki két élelmiszercsoportot felcserélt két szint között, akkor azért 2 pontlevonás járt, ez a magyarázata annak, hogy 6 pontot kevesen értek el (közöttük többször előfordult, hogy egy szintre 3 kategóriát írtak). A kapott eredményeket az 5. ábrán mutatjuk be. A grafikonon látható, hogy a kontrollcsoport bizonyult jobbnak. Ennek okaként felmerülhet, hogy a Waldorf-diákok még nem tanultak a táplálékpiramisról, bár 11%-uk helyesen töltötte ki az ábrát.

A diákok értékrendjét az alábbi témakörök fontosságának osztályozásával mértük: az étel egészséges összetétele (fontos-e az íze, mennyisége, összetétele, energiatartalma, stb.), tévézés, számítógépezés, sportolás, evés, egészséges étkezés.

A „Számodra mi a fontos egy ételben?” kérdéssel mértük fel, hogy mennyire fontos a diákok számára az étel egészséges összetétele, illetve mely szempontok alapján választják







ki ételeiket. Megkértük a tanulókat, hogy tegyék fontosságai sorrendbe az általunk felsorolt ételjellemzőket. Ezek közül kiemeltük az étel egészséges összetételét és megvizsgáltuk, hányadik helyre sorolták azt a Waldorf-iskolák, illetve a kontrollesoport tagjai.

A lányoknál azt láthatjuk, hogy a Waldorf-iskolásoknak szignifikánsan nagyobb hányada, 50,8%-a sorolja a legfontosabb 2 szempont közé az étel egészséges összetételét, míg a kontrollesoport diákjai közül csak 32,3%. (6. ábra) A fiúk esetében lényeges eltérést nem találtunk.

A tévézés fontosságát a két csoportban összehasonlítva

nem találtunk lényeges különbséget. A diákok mindegyik iskolában kevésbé fontosnak találták ezt a tevékenységet, s ez arányban áll a tévézéssel eltöltött idő mennyiségével (átlagosan hétköznap fél óra, hétvégén 2 óra).

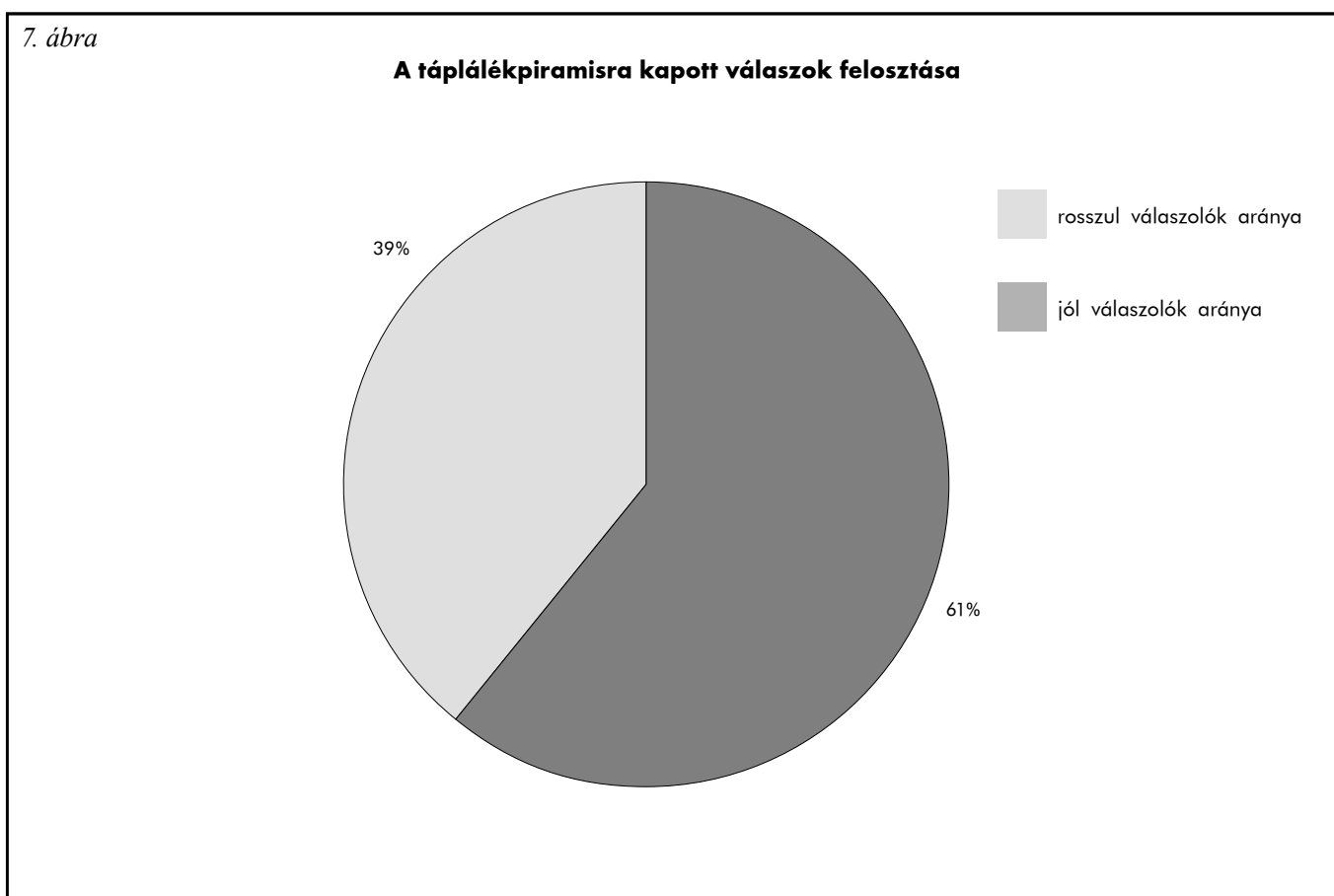
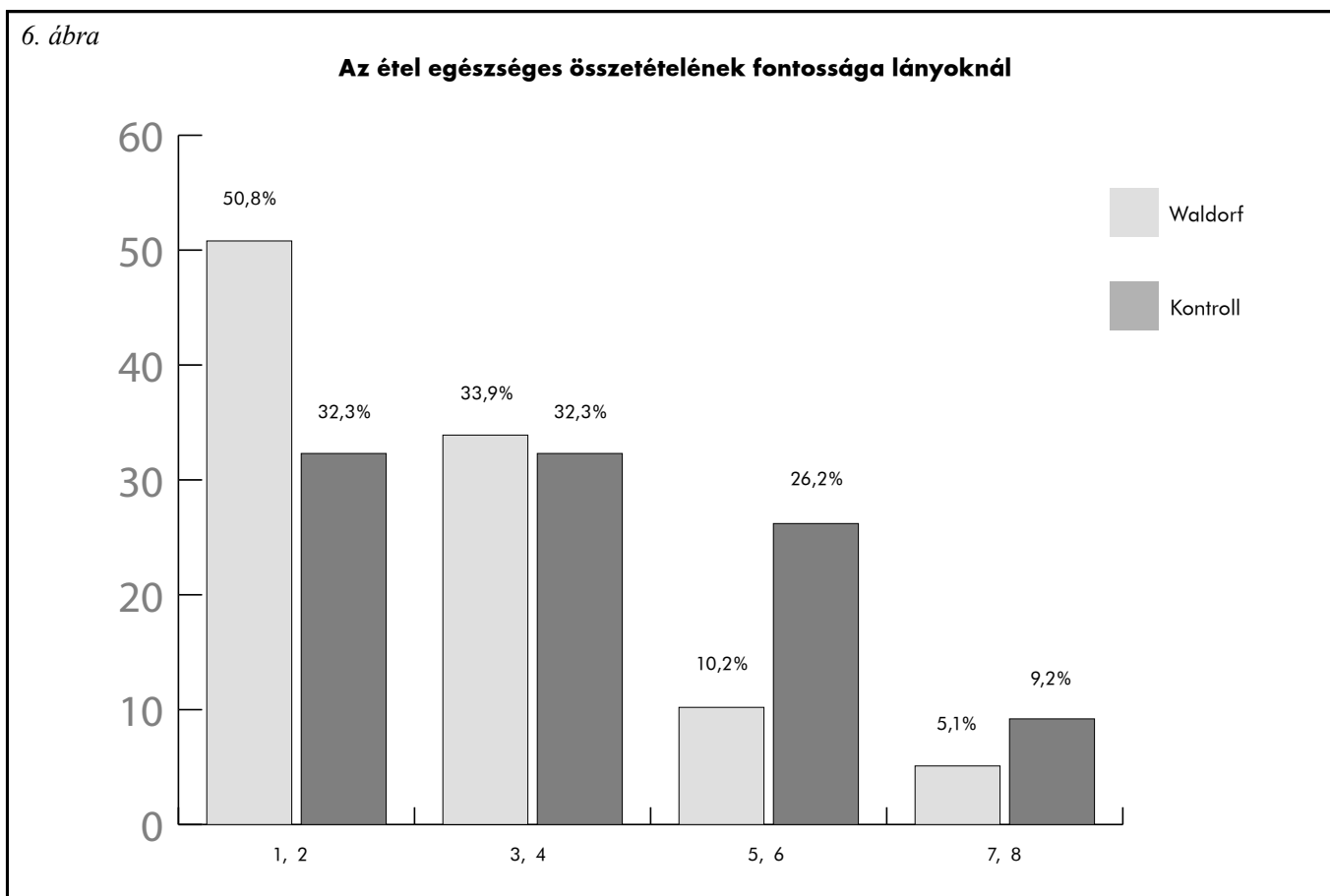
A számítógép fontosságát vizsgálva megállapíthatjuk, hogy a kontrollesoportban szignifikánsan többen tartják fontosnak azt a Waldorf-iskolákhoz képest.

A sport fontosságáról kapott válaszokat elemezve nem kaptunk szignifikáns eltérést, mind a fiúk, mind a lányok többsége fontosnak tartja a testedzést. Ezeket az eredményeket a sportolás gyakoriságával összevetve (átlagosan heti egyszer-

2. táblázat

Az egészség megőrzéséhez hányadik helyre sorolták a két iskola tanulói a megadott tevékenységeket

Helyezés:	Waldorf iskolák	Török Ignác Gimnázium
1.	Pozitív gondolkodás	Pozitív gondolkodás
2.	Önbizalom	Tisztálkodás
3.	Tisztálkodás	Megfelelő mozgás
4.	Helyes étkezés	Önbizalom
5.	Megfelelő mozgás	Helyes étkezés
6.	Párkapcsolat	Párkapcsolat
7.	Balesetek megelőzése	Balesetek megelőzése
8.	Környezetvédelem	Dohányzás és alkohol elkerülése
9.	Dohányzás és alkohol elkerülése	Környezetvédelem



kétszer 1 óra), meglepő, hogy a tévézéshez képest – amit nem tartanak olyan fontosnak – erre sokkal kevesebb idejük jut. Ez véleményünk szerint nem logikus, céltudatos viselkedés, de az egészségkockázati magatartásformáknál gyakran megfigyelhetjük ezt a kognitív disszonanciát. [2]

A kérdés utolsó alpontja az evés fontosságára vonatkozott. Természetesen a két nemnél eltérő eredményeket vártunk, ezért külön vizsgáltuk őket. Az adatokat elemezve kiderült, hogy a Waldorfos fiúknál jobban előtérbe kerül az evés, míg a lányoknál éppen ellenkezőleg, többségük közepesen fontosnak találta az étkezést.

A következő kérdéskörben az egészség 12 pontjából [12] 9-et kellett sorrendbe rakniuk a diákoknak. Kiemelten figyeltünk arra, hogy a „helyes étkezés”, a „dohányzás és alkohol elkerülése” és a „megfelelő mozgás” hányadik lett a sorban.

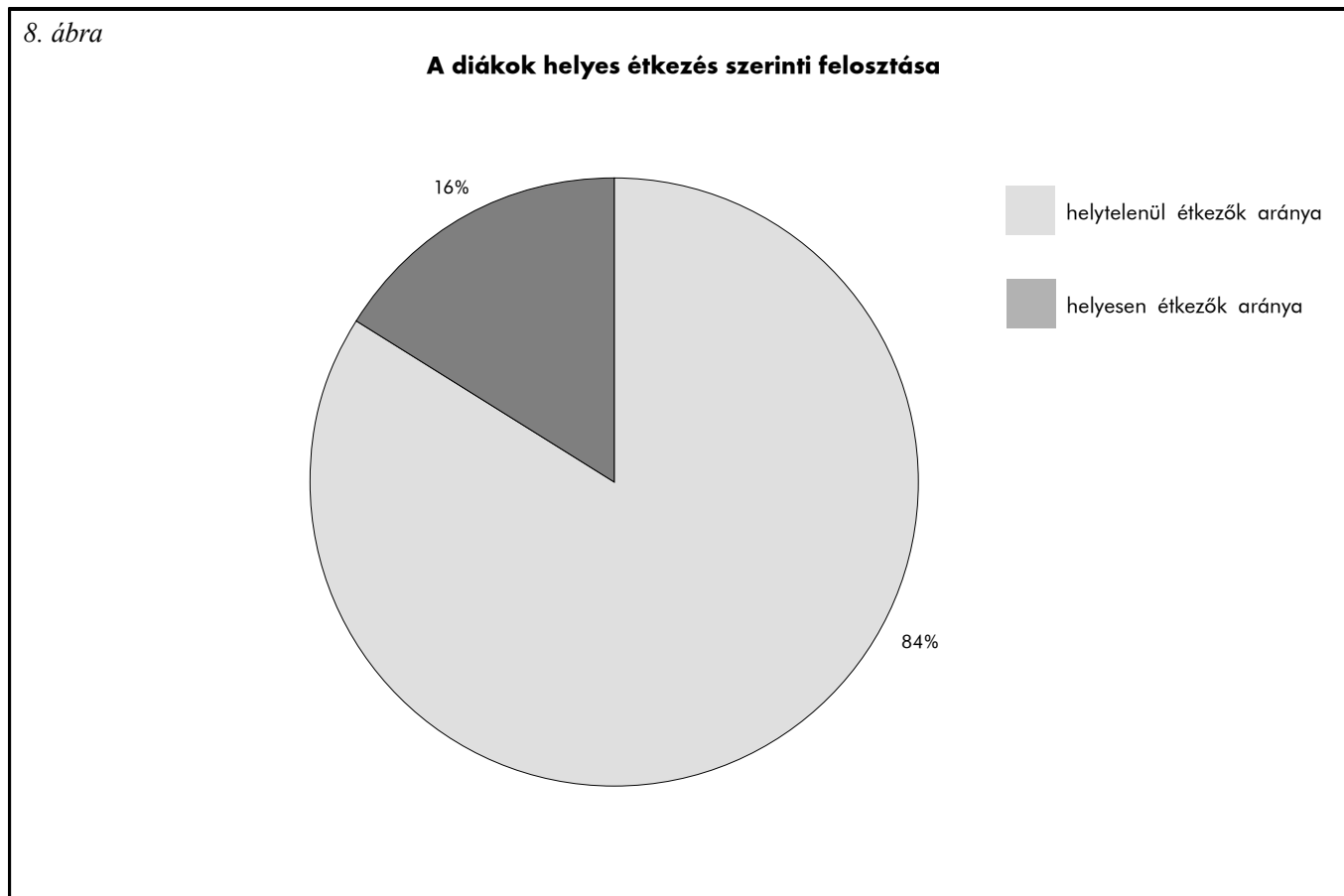
A fenti táblázatból látható (2. táblázat), hogy a Waldorfiskolásoknál a pozitív gondolkodás (1.), az önbizalom (2.) (ezt szignifikánsan előrébb rangsorolták a kontrollcsoportnál) és a tisztálkodás (3.) előkelő helyen szerepelnek. A középmezőnyben kapott helyet a helyes étkezés (4.), a mozgás (5.) és a párkapcsolat (6.), míg az utolsók között szerepel a környezet védelme (8.), a dohányzás és alkohol elkerülése (9.) és a balesetek megelőzése (7.). A dohányzás megelőzésének ennyire rossz helyezését az magyarázhatja, hogy a Waldorfos diákok körében nagyobb arányban hódolnak ennek a káros szenvedélynek, akiknek természetesen nem fontos e magatartás elkerülése.

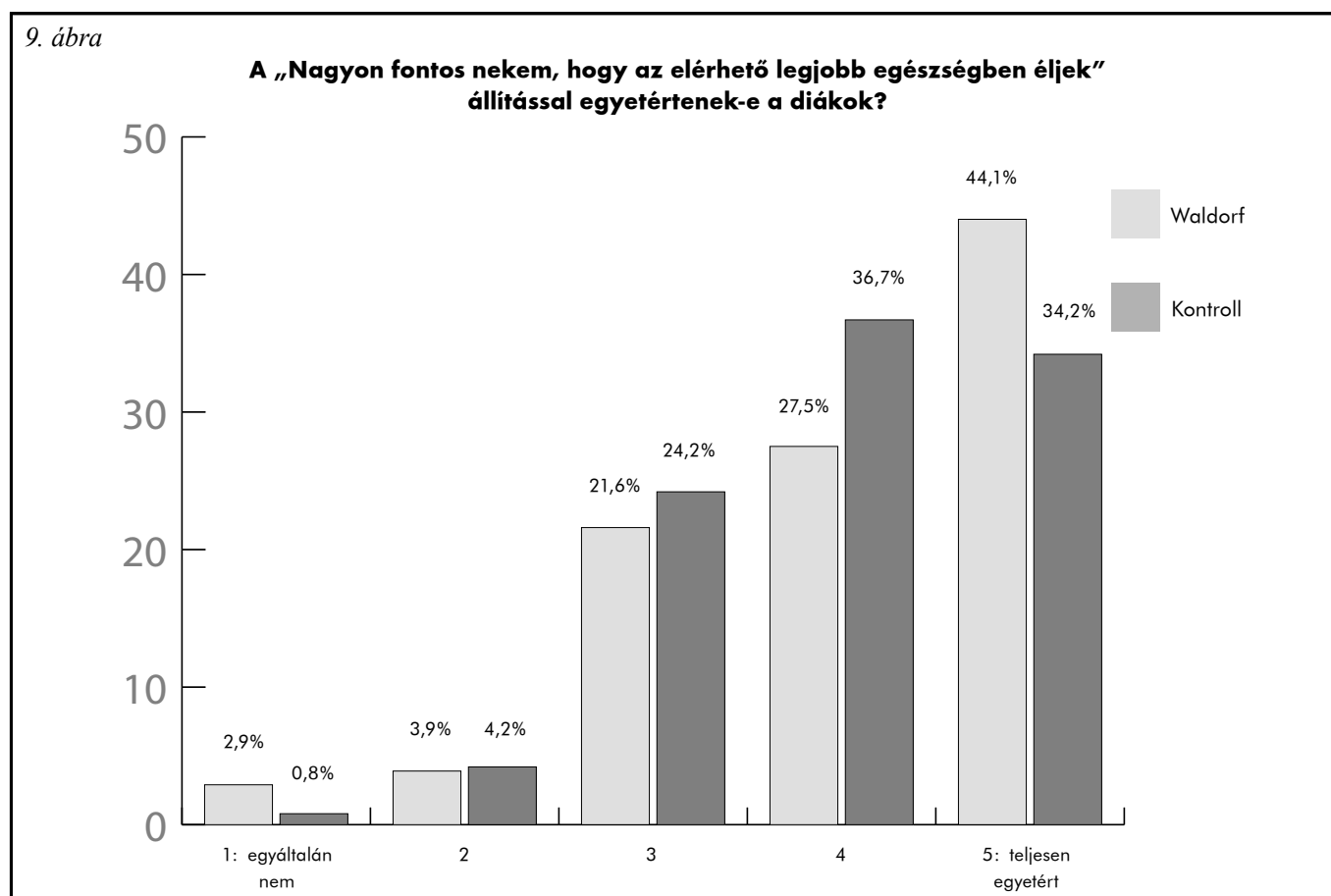
A két iskolatípust összehasonlítva elmondható, hogy a Waldorf-iskolákban az önbizalom az elsők közé, míg a kontrollcsoportban csak a 4. helyre került. Mindkét helyen előtérben áll a pozitív gondolkodás fontossága, ami a nevelés tudatosságát emeli ki. Ennek a magatartásnak is van egészségvédő hatása, bár közel sem olyan fontos, mint a helyes táplálkozás és testmozgás.

Ezt követően a kapott eredményeinket összevetettük a HBSC-eredményekkel. Az egészségi állapot önminősítésére vonatkozó válaszok szerint a Waldorf-iskolás tanulók 56,9%-a tartotta egészségi állapotát kitűnőnek vagy jónak. A HBSC-kutatásban 78,3%-ban válaszolták ugyanezt. Látható, hogy a Waldorfban tanuló diákok sokkal pesszimistábban, sokkal negatívabbnak ítélik meg az egészségi állapotukat, mint kortársaik. Ezt a megállapítást támasztják alá az étellel való elégedettség kérdésre adott válaszok is, mert a HBSC-kutatásban résztvevők 22,2%-a gondolta úgy, hogy 11 fokú skálán a hatodik lépcsőfok alatt áll, míg a Waldorfban tanuló fiatalok 31%-a.

Ahhoz képest, hogy a diákok közel 61%-a a táplálékpiramis kitöltése során elfogadhatóan jól válaszolt, mindössze 16,7%-uk étkezik megfelelően (7., 8. ábra), így elmondhatjuk, hogy a táplálkozási szokásokban nem jelenik meg erőteljesen a tudatosság.

Az egészség megőrzését mindkét iskolatípusban fontosnak találták, bár a táplálékpiramis kitöltésének eredményei azt sugallják, hogy tárgyi tudás tekintetében a Waldorfos diákok fejében még jelentős hiányosságok vannak.





Meglepetésként ért bennünket, hogy a *pozitív gondolkodás* mindkét iskolában az első helyre. Ennek okát még nem ismerjük. Az eredményekből kiemelnénk, hogy a Török Ignác Gimnázium tanulói a megfelelő mozgást a 3. helyre sorolták, ami jól tükrözi az ide járó diákok mozgásigényét és mozgásszeretét is.

A „Nagyon fontos nekem, hogy az elérhető legjobb egészségben éljek” és a „Egészségesnek lenni több, mint a betegségek hiánya” mondatok értékelése során megállapítható, hogy a Waldorfos diákok nagyobb százalékban érezték ezt helyesnek, mint a kontrollcsoport tagjai. (9. ábra) Ezekből az eredményekből megállapítható, hogy a Waldorf-iskolákban hangsúlyosabb az egészség, mint pozitív érték elfogadása. Ennek ellenére a testtömegindexeket vizsgálva szignifikáns eltérést nem kaptunk, de elmondható, hogy mindkét iskolában kevés, mindössze 9,4% az átlagon felüli, túlsúlyos és elhízott diákok aránya.

A felmérés alapján kiderült, hogy a Waldorf-iskolák tanulói szerényebb anyagi háttérrel rendelkeznek, ennek ellenére több barna kenyeret és zöldséget, viszont kevesebb húsfélét fogyasztanak és rendszertelenebbül étkeznek, aminek egyik oka az anyagi helyzetből adódhat.

Az egészségtudatossággal kapcsolatban már észlelhetők pozitív megnyilvánulások. Örömmel láttuk, hogy az egészség fogalma a diákok 50%-a számára már nemcsak a betegségek hiányát jelenti.

Összefoglalás

A vizsgált eredmények alapján elmondható, hogy a Waldorfos diákok helyesebben töltik el szabadidejüket, azaz kevesebbet töltenek passzív szabadidős tevékenységgel, de mindemellett iskolán kívül nem mozognak eleget. Minőségileg jobban odafigyelnek ugyan a táplálkozásukra, de mennyiségi szempontból nem, tehát elmondható, hogy nem élnek egészség tudatosabban kortársaiknál.

Az eredmények alapján megállapíthatjuk, hogy az általános tantervű iskolákban nem nagyobb a rizikómagatartások előfordulása, sem a dohányzás, sem a gyakoribb alkoholfogyasztás terén.

Összességképpen elmondható, hogy a Waldorf-iskola diákjainak tárgyi tudása még felületes, de a motiváció és a szándék megvan ahhoz, hogy egészségesebben éljenek.

Summary

According to our results, the Waldorf students are using their spare-time more truly with less passive freetime activities. Besides they doesn't have enough physical activity outside the school. They take care of the quality of their meals, but not the quantity. We can say that they don't pay more attention to their health than other students in their age.

In the schools of usual programme of courses the risk of

negative behaviour (like smoking or drinking alcohol) isn't higher than in Waldorf schools.

As our results show we can say that the students knowledge about health is superficial in Waldorf schools, but they have the motivation and the purpose to live healthier.

IRODALOM

1. Szombati Orsolya–Noguchi Porte Novelli (2007): „Image és hitelesség a magyar egészségügyben. Gyógyszergyárak kommunikációs lehetőségei az egészségmegőrzésben (előadás).” In: *Marketing, public relations és reklám az egészségügyben – X. Országos Konferencia, Budapest, 2007. február 22–23.*
2. Pikó Bettina (2002): *Egészségtudatosság serdülőkorban.* Akadémiai Kiadó, Budapest
3. www.sulinet.hu/legyesz/2szam/aszmann.html
4. Ewles, Linda–Simnett, Ina (1999): *Egészségfejlesztés. Gyakorlati útmutató.* Medicina Könyvkiadó, Budapest
5. Harris, D. M.–Guten, S. (1979): „Health Protective Behaviour: an Exploratory Study.” In: *Journal of Health and Social Behaviour*, 20:17–29.
6. Steptoe, A.–Wardle, J. (1996): „The European health and behaviour survey: The development of an international study in health psychology.” In: *Psychology and Health*, 11:49–73.
7. Brassai L.–Pikó B. (2007): „Protektív pszichológiai jellemzők szerepe a serdülők egészséggel kapcsolatos magatartásában.” In: *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8 (2007) 3, 211–227. DOI: 10.1556/Mentál.8.2007.3.4
8. Fairclough, S.–Stratton, G. (2005): „Improving health-enhancing physical activity in girls' physical education.” In: *Health Education Research*, 20: 448–457.
9. *A magyarországi Waldorf-iskolák kerettanterve: a 2. számú melléklet a 17/2004. (V.20.) OM rendelethez.* A kerettanterv benyújtója: Magyar Waldorf Szövetség (www.okm.gov.hu)
10. Dr. Nagy Nóra Eszter–Sipos Erzsébet Evelyn (2010): „Egészségmagatartás a fiatalok táplálkozási szokásaiban.” In: *Egészségfejlesztés*, 4. 18–24.
11. Dutta-Bergman, M. J. (2004): „Health attitudes, health cognitions, and health behaviors among Internet health information seekers: population-based survey.” In: *J Med Internet Res.*, 2004 May 28;6(2):e15.
12. Simon Tamás (2002): „Nem könnyű a kamaszt egészségnevelni.” In: *Egészségnevelés*, 43. 208–211.

A munkahely mint az egészségfejlesztés multiplikatív színtere

Nagyváradai Katalin¹,
Kiss-Geosits Beatrix¹

¹Nyugat-magyarországi Egyetem, Művészeti, Nevelés- és Sporttudományi Kar,
Egészségfejlesztési Intézet, Szombathely

Bevezetés

Az Európai Unió – és benne Magyarország – legfőbb vagyona az emberi erőforrásokban rejlik. Ez az Unió versenyképességének, fenntartható fejlődésének, valamint a foglalkoztatásnak előfeltétele, továbbá a gazdasági, szociális és környezetvédelmi feladatok teljesítésének is elengedhetetlen követelménye. Ahhoz, hogy az Európai Unió a világ élenjáró gazdasága lehessen, az emberi erőforrásokba többet és hatékonyabban kell beruházni. (H. Ekler, 2006)

Az elmúlt évezred utolsó évtizedei óta a munka világa növekvő sebességgel átalakuláson megy át, s ez a vállalatok és a munkavállalók egészségére egyaránt jelentősen kihat. A peremfeltételek között napjainkban legtöbbször a globalizációt és az információs technológiák térhódítását említik, de nem szabad megfeledkeznünk a létszámcsökkentésről, az időkényszerről, a foglalkoztatás módjának változásairól, a munkaerő idősödéséről, a szolgáltatások térhódításáról sem. Ezek olyan új kihívások, amelyeknek csak motivált, képzett és egészséges munkavállaló tud megfelelni.

Hasonló jelentőségű az is, hogy napjainkban a munkához való hozzáállás, a munka jelentősége is módosul. A legtöbb ember ma már a munkahelyet nem kizárólag jövedelemforrásnak, hanem a szociális kapcsolatok egy fontos helyének is tekinti. (www.oefi.hu)

A munkahely mint lehetséges színtér

Az egészségügyi ellátórendszer számára a legnagyobb feladat napjainkban a helytelen életmód eredményeként kialakuló betegségek kezelése.

Az ember alapvető értéke az egészség, amely értékjelleg gazdasági, társadalmi, politikai szinten egyaránt megnyilvánul. Az értékek hierarchiájában háttérbe szoruló egészség a lakosság életmódjára – fizikai aktivitására, táplálkozási és drogfogyasztó szokásaira – negatív hatással van. Ezért fontos a nagypolitika és a közgondolkodás szintjén is az egészség felértékelésével elérni a társadalmi értékrend pozitív irányú változását. (Frenkl, 1997)

Az életmód komplex módon befolyásolja egészségi állapotunkat. Az egészségfejlesztés – ezen belül a munkahelyi egészségfejlesztés – egyik legfontosabb célja tehát életmódunk megváltoztatása, amelynek eléréséhez a lakosság egészét megcélzó intervenciós programok szükségesek. Ennek oka, hogy a modern kor civilizációs betegségeinek rizikótényezői nagyrészt életmódunkkal állnak összefüggésben, kihatnak a születéskor várható élettartamra és az egészségesen eltöltött évek számára is. A feszültség levezetéséhez egyre többen fordulnak az alkoholhoz, a dohányzáshoz és a drogokhoz, amelyek következtében a dolgozók munkavégző képessége a kritikus értékre csökken. A gépesítés és az automatizálás is a fizikai aktivitás csökkenéséhez járul hozzá. (R. Grossman, K. Scala, 2004)

A magyar lakosság népegészségügyi helyzete nagyon kedvezőtlen. A szakirodalom szerint az egészségi állapot és a halálozás alakulása a makroszint társadalmi-gazdasági tényezői, az orvostudomány és az egészségügyi ellátás fejlődése mellett jelentős mértékben összefüggenek a lakosság egészség-kulturális szintjével, egészségtudatosságával, egészségmagatartásával. Ez utóbbiak az egyének szocializációja során alakulnak, változhatnak. Soktényezős hatások befolyásolják, amelyek között nem kis szerepe lehet a munkahelyi kereteken belüli egészségfejlesztésnek, az egészséggel kapcsolatos ismeretek átadásának. (Égerné, 2006)

A társadalmilag fontos célok megvalósításában egészséges emberek tudnak tevékenyen részt vállalni. Az egészségmagatartás tehát leghatékonyabban abban a környezetben befolyásolható, amelyben az emberek az életüket élik, azaz a mindennapi élet színterein. (Népegészségügyi jelentés, 2004, 6)

Tudományos értelemben az egészségfejlesztés koncepciójában az jelenti az újdonságot, hogy az egészség előfeltételeire helyezi a hangsúlyt. Az egészséges alternatívák bővítése azt jelenti, hogy a szervezetek, intézmények és közösségek fejlesztése a legfontosabb feladat, ettől válik az egészségfejlesztés a társadalmi rendszerekbe való beavatkozás művészetévé. Az egészségfejlesztésnek a szervezet részévé kell válnia. (R. Grossman, K. Scala, 2004)

A munkahelyen töltjük éber óráink túlnyomó részét, a munkahely tehát nagymértékben befolyásolja egészségünket és jól-létünket. Ezen a szintéren baleseteket és betegségeket lehet megelőzni, egészséges és biztonságos munkahelyeket lehet kialakítani, ismereteket és módszereket lehet terjeszteni, amelyek segítik az egészségtudatos magatartás és életmód megvalósítását. A munkahelyen befolyásolt egészségtudat az élet más szinterein (pl. család) is hatni fog.

A fentiek egyértelműen alátámasztják, hogy a munkahelyi egészségfejlesztés kifizetődő tevékenység. Hasznából a vállalat, a munkavállaló és a szociális ellátórendszer egyaránt részesül. Az egészséges, képzett és motivált munkaerővel növekszik az innovációs készség és termelékenység. (Kapás, 2004)

A munkahelyi egészségfejlesztés tehát többet jelent az egészségvédelemre és biztonságra vonatkozó jogi követelményeknek való egyszerű megfelelésnél. Több szempontból vizsgálható, összetett tartalmú fogalom, nagyon sok szereplője van (lehet), sok szintéren születnek/születhetnének döntések, rendkívül komplex eszköztudás van (lehet), eredményessége, hatásossága bizonyos időtávokon belül válik mérhetővé.

A munkahelyi egészségfejlesztést leginkább az egészség aspektusából vizsgálják. Egészségről vagy haszonról, illetve azok kapcsolatáról, kölcsönhatásáról sokan sokféleképpen gondolkodnak. Az emberi élet, az emberi egészség ezek szerint lehet a haszon alternatívája? (Kapás, 2007)

Az európai gazdaság fejlődésének fázisai során ehhez a kérdéshez különböző korokban különbözőképpen viszonyultak az érintett szereplők. Azonban a XXI. század elején, amikor az emberi élet, az alapvető emberi jogok szentsége és sérthetetlensége az Európai Unióban megkérdőjelezhetetlen társadalmi értékévé vált, a gazdasági verseny és az emberi erőforrások egészségének és biztonságának problematikája hazánkban továbbra is aktuális kérdésként van jelen.

Az Európai Unió felmérései szerint a munkával kapcsolatos egészségkárosodások minimalizálásával Magyarországon évi 400–500 milliárd forintot lehetne megtakarítani. Mégis – az anyagiakon túl – a munkahelyi egészségfejlesztés legfőbb célja a munkaerő egészségének, motivációjának, mentális kapacitásának erősítése. Az egészségesebb munkavállalókban a munkahelyi elégedettség is növekszik, ennek pozitív hatása lehet a vállalatra is, a dolgozók kevesebbet hiányoznak, és hatékonyabban részt tudnak venni a cég munkájában. Emellett a társadalom és az állam is jól jár: a munkavállaló a magánéletében is egészségesebbé válik, talán még családját is erre sarkallja, s mivel ritkábban lesz beteg, az államnak kevesebbet kell költenie gyógykezelésére, táppénzére. A munkahelyi egészségfejlesztésbe fektetett 1 euró megtérülési költsége átlag 4 euró között van. (www.szechenyi-kozpont.hu)

Az Európai Unióban a vezetők kötelessége törődni a munkavállalók testi-lelki épségével. (Hidvégi, 2007)

Az eredmények összegzése

Az egészség összetevőit tekintve – életmód 43%, genetikai 27%, környezet 19%, egészségügyi ellátórendszer 11% – megállapíthatjuk – és a fentiek alapján is elmondhat-

juk –, hogy a legfontosabb feladat az életmódba történő beavatkozás, vagyis jelen esetben az aktív korú munkavállalók életvitelének egészségtudatosabbá tétele.

Ennek leghatékonyabb módja lehet az egészségfejlesztés, legmegfelelőbb szintere pedig a munkahely. Az egészségfejlesztés tehát ambiciózus társadalmi beavatkozás és primer prevenciós stratégia egyben. Sikere erősen függ a tudástól és a megcélzott rendszer struktúrájának, dinamikájának pontos feltárásától. A jövőben az ország humán erőforrásainak fejlesztése – a munkaképes korúakra fókuszálva –, egészségi állapotának és életminőségének javítása válik a legfontosabb céllá, hiszen az egészségfejlesztő tevékenységek révén megvalósuló cselekvések a szervezetekben – esetünkben a munkahelyeken – képesek arra, hogy mind a megbetegedések gyakoriságát, mind a korai halálozást csökkentsék. Ezt támasztja alá a 2004-es *Népegészségügyi gyorsjelentés* is, amely szerint a magyarok megbetegedéseinek döntő többségét olyan betegségek alkotják, amelyek primer prevenciós beavatkozásokkal csökkenthetők vagy sportterápiával kezelhetők. Ma már mindenki elfogadja, hogy maga az állampolgár teheti a legtöbbet saját egészsége érdekében. Éppen ezért a lakosság egészséggel kapcsolatos ismereteinek bővítésében, egészségtudatának pozitív formálásában kiemelt szerepet kell, hogy kapjon a munkahely is, ahol éber óráink több, mint harmadát töltjük.

Könnyen belátható mind az egyéni, mind a társadalmi egészség vonatkozásában az az evidencia, hogy a legkifizetődőbb befektetés mindkét esetben az egészség megőrzése, illetőleg a már ismert veszélyforrások kivédése, vagyis a prevenció, (Meleg, 1997) hiszen a munkaerő egészsége nemcsak az egészségi állapot mutatóiban, hanem numerikusan – a táppénzes napok számában, az adott vállalat termelékenységi mutatóiban – is megjelenik.

Összefoglalás

Kevés cég gondolja, hogy a vállalkozások eredményességét nagymértékben befolyásolja a munkavállalók teljesítőképessége, amelyet egészségi állapotuk határoz meg. A munkaerő mentális és fizikai egészségének, motivációjának, valamint egészségmagatartásuk protektív és prediktív tényezőinek ismerete előnyt jelent a versenytársakkal szemben, erősítheti a vállalkozás piaci helyzetét. Az egészségfejlesztés egyik legfontosabb célja tehát életmódunk megváltoztatása, amelynek eléréséhez az egyéni törekvéseken túl társadalmi szintű akarat és cselekedet is szükséges.

Kulcsszavak: munkahely, egészségfejlesztés, emberi erőforrás

Summary

Only few companies think that the companies' success is considerably affected by the performance of employees, which is determined by their health condition. Knowledge about the mental and physical health, motivation of the workforce and about the protective and predictive factors of the employees' health behaviour gives advantages aga-

inst the competitors. Furthermore, it can strengthen the market situation of the company. To sum it up, one of the most important aims of health promotion is to change our lifestyle for which we need individual pursuit, social willingness and acts, as well.

Keywords: workplace, health promotion, human resources

IRODALOM

- Éger Istvánné (2006): *A közoktatás szerepe az egészségfejlesztésben. Doktori disszertáció.* Sopron, http://www.nyme.hu/fileadmin/dokumentumok/ktk/Kepzes_doktori/2006/2006_EgerIstvanne_d.pdf, letöltve: 2010. 08. 03.
- Durbák Ildikó: www.profession.hu/cikk/281, letöltve: 2009. 10. 26.
- Frenkl Róbert (1997): „Az urbanizáció kihívása.” In: Aszmann és tsai: *Felsőoktatás, értelmiség, egészség.* MEFS, Budapest
- Grajczár István (2009): *Egészségvédelem és egészségfejlesztés (HP) a nyugati jóléti államokban.* Módszertani füzetek, www.oefi.hu, letöltve, 2009.03.04.

- H. Ekler Judit (2006): *A testnevelés értékreprezentációja a közoktatásban. Doktori értekezés.* Budapest
- Hídvégi Péter (2007): „Munkahelyi stressz és a rekreáció.” In: *Egészségfejlesztés*, XLVIII./5–6, 2007.
- Kapás Zsolt (2004): www.oefi.hu/kapas_zsolt_tanulmany.pdf, letöltve: 2011. 01. 08.
- Kapás Zsolt (2007): *Munkahelyi egészségfejlesztés, mint megtérülő beruházás.* www.oefi.hu/munkahely.htm, letöltve: 2009. 03. 03.
- Meleg Csilla (1997): „Életminőség: egészségmegőrzés és egészségfejlesztés.” In: *Új Pedagógiai Szemle*, 1997/6.
- Népegészségügyi jelentés.* Budapest, 2004, 6.
- Ralph Grossman–Klaus Scala (2004): *Egészségfejlesztés és szervezetfejlesztés.* Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, Szeged

INTERNETES HIVATKOZÁS

- www.szechenyi-kozpont.hu/hungarian/munkahelyi-egzsfejleszt-mainmenu-91, letöltve: 2010. 08.03.

A jövő mentális kihívásai a globalizálódó világ ifjúsága körében

Dr. Hullám István PhD¹,
Gyórfy Ágnes¹

¹Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem, Védelem Egészségügyi Intézet

Bevezetés

A technikai civilizáció robbanásszerű fejlődése, az információs technológiák az élet minden területén való fokozódó térnyerése, a világméretű globalizáció az emberek (különösen a felnövekvő fiatalság) mindennapi életében, társadalmi kapcsolatrendszerében és érvényesülésében állandósult stressz-terhelést generál. Az adaptációs és megküzdési mechanizmusok, az azokat támogató személyiségforrások diszfunkcionális működése, a genetikai és környezeti tényezők kölcsönhatásának nyomán a mentális betegségek aggasztó mértékű növekedését támasztják alá a különböző statisztikai adatok.

Mentális betegségek a statisztikai adatok tükrében

Riasztó jelen – aggodalomra késztető jövő

A WHO legújabb adatai szerint a modern társadalmakat gazdaságilag leginkább sújtó betegségek listáján az első öt betegség mentális természetű. Az első helyen áll az unipoláris, a negyediken a bipoláris depresszió. Európában 2020-ra a depresszió kerülhet az első helyre a megbetegedések statisztikájában. Egészségügyi közgazdászok szerint a mentális betegségek az egészségügyi kiadások 15%-át teszik ki, 2010-ben ez a 20%-ot is elérhet.[1]

A hangulati élet betegségei között vezető helyet foglal el a *depresszió*.

Hazánkban a depresszió élettartam-prevalenciája a felnőtt lakosság körében 16,1% (*Szádóczy és munkatársai*) [2], az Egyesült Államokban a különböző felmérések szerint 5–11%. Minden hetedik felnőtt élete folyamán legalább egyszer megismeri a depresszió kínjait. A *London School of Economics* számításai szerint a nem kezelt depresszió költségei 23-szorosát teszik ki a kezelés költségeinek. A depresszió felismerésének és időben elkezdett gyógy-

kezelésének fontosságát kiemeli, hogy az önkézü halállal kísérletezők 70–90%-a depressziós [3]. Szomorú tény, hogy a visszatérő depresszióban szenvedők közel 20%-a előbb-utóbb öngyilkossággal fejezi be életét. A világon évente kb. 1 millió ember lesz öngyilkos, azaz 2 percenként meghal valaki öngyilkosság következtében. A WHO becslése szerint 2020-ra ez a szám 1,5 millióra nő. Az Európai Unióban minden kilencedik percben öngyilkos lesz valaki. Becslések szerint az öngyilkossági kísérletek száma ennek tízszerese (2008). [4] A mentális zavarok kb. 50%-a serdülőkorban jelentkezik először. A fiatalok körében 15–20%-ra tehető a lelki zavarban szenvedők aránya. A 25 év alatti fiatalok körében a három vezető halálozási ok egyike az öngyilkosság. A serdülők öngyilkosságainak hátterében leggyakrabban rosszul kezelt párkapcsolati konfliktusok, az útkeresés nehézségei, akadályai, valamint a személyiség énvédő erőinek diszfunkciója állnak.

A mentális egészséget veszélyeztető pszichoaktív szerek és szenvedélybetegségek jellemző adatai

A svéd ESPAD Intézet 2007-ben 16 éves fiatalok körében végzett felmérése szerint Magyarországon [5]

A többi európai ország csökkenő tendenciájával szemben a gyógyszerrel alkohollal kipróbáló fiatalok száma folyamatosan nő (9–12%), az orvosi javaslat nélkül nyugtatót és altatót szedő fiatalok száma Európában az egyik legmagasabb. Magyarországon fordul meg a legtöbb fiatal fejében az öngyilkosság gondolata (a 16 éves lányok körében eléri a 30%-ot). A dohányzás terén a középmezőnyben található a magyar fiatalok (Európában 28%, nálunk 33%-uk havi rendszerességgel dohányzik). A naponta rágyújtók aránya magasabb az európainál.

A Magyar Tudományos Akadémia Jövőkutatási Bizottsága (MTA JKB) és a Római Klub Európai Szervezete (Club of Rome European Support Centre) 2010. november 12-én, Győrött megtartott konferenciáján (szerk.: Prof. dr. habil. Schmidt Péter) elhangzott előadás alapján

Az Egészségfejlesztési Intézet munkatársainak felmérése középiskolások körében (N=2194 fő)[6]

A megkérdezett fiatalok 24,7%-a próbált már ki élete során valamilyen illegális kábítószerfajtát. A drogot kipróbálók 12%-a 15 éves kora előtt, 54,5%-a 15–16 éves kora között, 24,1%-uk 17 évesen, míg 9,4% 18 évesen vagy később használt először valamilyen szert, a kipróbálás átlagos életkora 15,93 év. A magukat szorongásosnak valló fiatalok, 14,5%-a szed rendszeresen nyugtatót, altatót vagy szorongáscsökkentő gyógyszert.

Drogfogyasztás [7]

Az Európai Unióban körülbelül 2 millió kábítószerfüggőségben szenvedő ember van. Mintegy 70 millióra tehető azon uniós lakosok összlétszáma, akik életük során valamikor fogyasztottak cannabist. Ez a szám a kokain tekintetében legalább 12 millióra, az ecstasy vonatkozásában 9,5 millióra, az amfetaminok esetében pedig 11 millióra tehető. Legalább félmillió ember részesül heroint helyettesítő kezelésben. Az unióban évente hozzávetőlegesen 7500 ember hal meg kábítószer túladagolásban.

Alkohol

A 15–29 éves fiúk és férfiak körében minden negyedik haláleset összefüggésbe hozható a szeszes italok fogyasztásával. A háziorvosok öt évet felölelő vizsgálatai szerint a 30–59 éves férfi középkorosztály haláleseteinek mintegy 60%-a visszavezethető a túlzott alkoholfogyasztásra. Az alkoholártalom súlyosságára utal, hogy a magyar férfiak májcirózismortalitása jelenleg két és félszer meghaladja a második legrosszabb román arányt. (127,4 százezrelék az 50,1 százezreléssel szemben).

Az információs technológiák forradalmának veszélyforrásai a mentális egészség szemszögéből

(a SYMANTEC európai közvélemény-kutatása alapján) [8]

Az európaiak 75%-a ismerte el, hogy valamilyen szinten e-mailfüggő, 52%-a naponta két óránál is többet tölt levelezéssel, 15%-a napi négy óránál is többet, az alkalmazottak 54%-a már a 9 órás munkakezdés előtt megnyitja postaládáját és délután 5-kor ellenőriz utoljára.

A mobil e-mailezők 31%-a levéllenőrzéssel kel és fekszik, 27%-uk szerint magánéletére is rossz hatású a levelezés, a munkahelyen pedig növeli a stresszt. 40%-a még a szabadság alatt is, 38%-a betegen is, 5%-a a gyerek születésnapján is ezzel foglalkozik.

Az InterActiveCorp (USA) által 2009-ben végzett felmérés szerint [9] a kínai fiatalok 42%-a érezte magát internetfüggőnek (az USA-ban ez 18%). Tao Ran szerint 2010 augusztusában a 40 millió fiatalokú kínai internetező 10%-a volt függőnek tekinthető.

Lawrence Lam tanulmánya (amely az internethasználat

és a depresszió lehetséges összefüggéseit vizsgálta) szerint: „Vannak, akik naponta több mint 10 órát töltenek a világhálón böngészéssel és játékokkal, ők igazán problematikus felhasználók, a függőség jeleit és tüneteit mutatják...” „A kapott eredmények azt sugallták, hogy azok a fiatalok, akiknek kezdetben nem voltak mentális problémái, az internet káros használatának következményeként depressziósak lettek. Lehetséges, hogy a depresszió az alváshiány és a stratégiai online játékok okozta stressz következménye.” (Lawrence T. Lam, PhD; Zi-Wen Peng, MSc: „Effect of Pathological Use of the Internet on Adolescent Mental Health. A Prospective Study.” In: *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2010;164(10):901–906.)

A mentális zavarok kockázatát növelő tényezők

- A társadalom kis és nagy rendszereiben bekövetkező változások, a hagyományos életmód erőszakos szétzilálása növelte a pszichiátriai megbetegedések számát.
- Társadalmi és egzisztenciális nivellálódás
- A társas kapcsolatok elégtelensége vagy hiánya
- Hasznos társadalmi szerepek hiánya
- Súlyos életesemények, ezen belül kiemelt szerepe van az érzelmi veszteségeknek
- Mentális zavarok családi halmozódása
- Az értékekhez való kötődés hiánya

A pszichikai erőforrások kapcsolata a stresszkezeléssel és a megküzdéssel

Tanult tehetetlenség – depresszió: ha az érzelmileg negatív helyzetet aktivitással kontrollálhatatlannak, megoldhatatlannak minősítjük (nem ismerjük a helyes megoldást vagy nem érezzük képesnek magunkat a szükséges cselekvésre), ún. passzív elkerülő magatartással reagálunk. (Gray, Seligman)

Értékvesztés, anómia: az a meggyőződés, hogy egy adott társadalomban csak a szabályok és törvények megszegésével lehet eredményeket elérni. A társadalmi normák elvesztik befolyásukat az emberek viselkedésére. (Hungarostudy, 2002)

Tanult sikeresség, eredményesség: Családi háttér, egyéni megbirkózási képességek, szociális kompetencia. (Csik-szentmihályi, 1998)

A jövő mentális kihívásai

- Az átlagéletkor kitolódásával *tömegesebben jelentkeznek az időskori neuropszichiátriai kórképek* (kutatás, megelőzés, gyógyítás)
 - *A környezeti ártalmak mentális következményeinek felmérése, kutatása* (fizikai ártalmak, információ-szennyezés)
 - Az erőforrások felhasználásánál *a prevenció vagy a gyógyítás* kapjon nagyobb hangsúlyt?
 - *Prevenció: milyen módszerekkel, eszközökkel* vigyük közelebb az emberekhez az egészségmegőrző, az egészsé-

ges életmódot támogató magatartásformák kialakításához szükséges lélektani ismereteket (a személyiség erőforrásai, konfliktuskezelési és megküzdési kompetenciák, a pszichológiai immunrendszer szerepe a lelki egészség megőrzésében)

– *A társas kapcsolatok átalakulása és torzulásai* – a közösségek protektív szerepének, az értékek, normák társadalmi súlyának labilitása (gyengülése)

– *A gyorsuló technikai fejlődéshez való sikeres adaptációt támogató lelki mechanizmusok* beépülésének és helyes működésének elégtelensége

– *Információs túlterhelés vs. információhiány, a cyber-tér pszichikai zavarokat generáló hatásai a személyiségre és a társas kapcsolatokra*

Az Európai Unió cselekvési programja a fiatalok lelki egészségének védelmében

(*A lelki egészség és jól-lét Európai Paktuma, 2008. június 12–13., Brüsszel*)

– Korai beavatkozásra lehetőséget adó rendszerek kialakítása az oktatás keretein belül.

– A lelki egészséggel és jól-léttel foglalkozó szakemberek képzésének támogatása.

– A szocio-emocionális tanulásnak az iskolák oktatási és oktatáson kívüli tevékenységeibe, illetve kultúrájába történő integrációjának elősegítése.

– A fiatalok bántalmazása, megfélemlítése, az ellenük irányuló erőszak, illetve a társadalmi kirekesztés megelőzését szolgáló programok létrehozása.

Összefoglalás

A globalizációs folyamatok által formált gazdasági-társadalmi környezetben felnövekvő fiatal generációnak fokozódó mentális kihívásokkal is szembe kell néznie a jövőben. Az állandósult és növekvő stresszterhelés, a környezeti ártalmak, a társas kapcsolatok protektív hatásának gyengülése, a személyiség védőmechanizmusainak diszfunkciója a mentális zavarok és betegségek növekvő mértékű megjelenését

generálják. A szerzők a kiemelt kockázatot jelentő hangulatbetegségek, a súlyos egészségi és gazdasági károkat egyaránt okozó addikciók (drog, alkohol, dohányzás, az információs technológiákhoz kapcsolódó függőségek) és a környezet számára is súlyos terhet jelentő mentális deficitek morbiditási adatain keresztül szemléltetik a jelen és a jövő legjelentősebb kihívásait. Az alkohol-, a drog- és a gyógyszerfogyasztás elterjedtségét, a legkorszerűbb információs technológiák kontrollálatlan használatát a középiskolások körében vizsgáló tanulmányok adatait a jelen felnőtt társadalmának nagyon komolyan kell vennie. Erre szeretnénk felhívni a figyelmet az Európai Uniónak a fiatalok lelki egészségvédelmének érdekében meghirdetett cselekvési programjának közlésével.

Kulcsszavak: Globalizáció, ifjúság, mentális betegségek, függőségek, lelki egészségvédelem

Summary

The growing up generation that is formed by the globalizational processes in economy and society has to face larger mental challenges in the future. The constant stress load, environmental harm, the weakening of the protective role of social relationships and the dysfunction of protecting mechanisms of personality generates the larger appearance of mental disorders and diseases. The authors are putting the emphasis on high risk mood disorders and on the serious health and economical loss causing addictions (drug, alcohol, smoking, dependencies connected to IT technology), besides these they're presenting the most serious challenges of the future and present through the morbidity data of the mental deficits that putting high load to the individual and his environment either. The data collected from the studies about high school students alcohol, drug, medicament consumption and the usage of modern technology should be taken very serious by the present societies adult ones. Our aim was to call the attention to this through the showing of the European Union's action program on preserving youth's mental health.

Keywords: Globalization, youth, mental disorders, dependency, mental health promotion

IRODALOM

1. Tringer László: *A depresszió: kor-kór?* Mindentudás Egyeteme (előadás), Budapest, 2003
2. Schmidt P.–Fehér J.: „Egyes preventív lehetőségek a Népegészségügyi Program sikeres megvalósítása érdekében.” In: *Magyar Tudomány*, 2007/09, 1154. oldal
3. Riez A.–Schmidt P.: „Szociális szolgáltatások és egészségfejlesztés.” In: *Egészségfejlesztés*, L. évfolyam, 2009/3, 2–7. oldal
4. Schmidt P.–Fehér J.: *Új kihívások és feladatok az egészségvédelem és táplálkozás előtt. Magyarország 2025. Tanulmánykötet.* Akadémiai kutatás alapján (szerk.: Nováky Erzsébet) MTA Gazdasági és Szociális Tanács kiadványa, I–II. kötet, Budapest, 2010, 183–198. oldal
5. Schmidt P.–Simon T.–Kappéter I.: *Lelki betegségek és deviánsok helyzete és ellátása Magyarországon. Magyarország 2025. Tanulmány-*

kötet. Akadémiai kutatás alapján (szerk.: Nováky Erzsébet) MTA Gazdasági és Szociális Tanács kiadványa, I–II. kötet, Budapest, 2010, 199–214. oldal

6. Szádóczky E.: *Kedélybetegségek és szorongásos zavarok prevalenciája Magyarországon.* Budapest, Print-Tech Kiadó, 2000.
7. Torzsa P.–Rihmer Z.–Gonda X.–Sebestyén B.–Szokontor N.–Kalabay L.: „A depresszió prevalenciája az alapellátásban Magyarországon.” In: *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 2008, X/5., 265–270, Budapest
8. *Statisztikai Tükör: Öngyilkosságok.* KSH, II/10., 2008, Budapest
9. Björn Hibell–Ulf Guttormsson–Salme Ahlström–Olga Balakireva–Thoroddur Bjarnason–Anna Kokkevi–Ludwig Kraus (2009): *The 2007 ESPAD Report – Substance Use Among Students in 35 European Countries.* The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN). Stockholm: Sweden.

10. Gábor E.–Kiss J.: „A drogfogyasztás hazai tendenciái az 1990-es évektől napjainkig 3.” In: *Egészségfejlesztés*, 47. 7–13. 2006.
11. Az EMCDDA éves jelentése, 2010, Lissboa, ISBN 978-929168438-0
12. Székely L. és mtsai.: *E-mail használatról a World Internet Project magyar eredményei alapján* („Remail-d, hogy megk-e-mail!”
A Symantec és az ITTK közös sajtókonferenciája az elektronikus levelezésről, 2006. január 26.)
13. Jacqui Cheng: *China Health Ministry to treat 'Net addiction as disorder*. 2009, <http://arstechnica.com/gaming/news/2008/11/china-health-ministry-to-treat-net-addiction-as-disorder.ar>

Az egészségfejlesztő szakemberek a magyar közoktatásban

A felsőoktatás válasza

Dr. habil. Benkő Zsuzsanna

Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar,
Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet

A tanulmányunkban használt kulcsfogalmak (egészség, egészségfejlesztés, az egészségfejlesztés társadalmi alrendszerbeli beágyazottsága) értelmezése után megvizsgáljuk, hogy az egészségfejlesztés miként próbál szervesülni az oktatási alrendszerben, nevezetesen a közoktatás és a felsőoktatás szintjén. Áttekintjük e folyamat állomásait, és a tapasztalatok alapján kísérletet teszünk az eljövendő, véleményünk szerint hatékonyságnövelő irányvonalak megfogalmazására.

Egészség, egészségfejlesztés

A közelmúlt egészségértelmezéseiben *alapvető paradigmaváltás* zajlott le. „Az egészség a betegség hiánya, az egészség vagy van, vagy nincs” szemléletől jelentős utat tett meg a fogalom értelmezése, és az erre az új szemléletű, új alkalmazási módszereket követelő egészségfogalomra épülő mozgalom, amely a 20. század végén jött létre és intézményesült, az egészségfejlesztés. Ezt a paradigmaváltást mind történetiségében, mind a fogalom jelentéstartamának változásában – alakulástörténetében – végigkísérni egy önálló, többnapos konferencia témája lenne, mert az ezen a területen született – főleg nemzetközi – szakirodalom jelentősnek mondható. Ez a paradigmaváltás mind a tudományban – lévén multidiszciplináris megközelítésről van szó –, mind a hétköznapi életben, közgondolkodásban nehezen jut érvényre. Általában a paradigmaváltás folyamatában ugyanazon a területen több paradigma is érvényben lehet, azaz az egészségfejlesztésben, a prevencióban, de hasonlóan az orvoslásban és a gyógyításban, de más tudományterületeken is, mint pl. a gazdaságban vagy a politikában. A paradigmaváltás akkor következik be, amikor a tudósok többsége elfogadja az új paradigmát a további tudományos tevékenység alapjaként – vagyis ha az új tudásrend képes intézményesülni, létrehozza saját tudományos intézeteit, tanszékeit, lapjait, illetve átveszi a korábbiak feletti ellenőrzést (Kuhn, 1984).

Mivel az egészségfejlesztés területén jelenleg is paradigmaváltás zajlik, a következőkben röviden összefoglaljuk

az egészségfejlesztés alapjául szolgáló egészségértelmezésünket, amely a nyugat-európai és a tengerentúli egyetemek, kutatóközpontok egészségértelmezésére épít és a WHO egészségfejlesztési chartájára alapoz (Ottawai Charta, 1986, in: Benkő és Tarkó, 2005):

Az egészségértelmezés valahonnan valahova halad, ami az új paradigma alapja:

Az egészség egydimenziós értelmezésétől a többdimenziós értelmezés felé. Az egészség nem passzív állapot, hanem az egyén cselekvőképességének aktuális eredménye a teljes élet során. Integratív szemlélet hatja át a fogalmat: a természeti, a társadalmi környezet, a rendelkezésre álló erőforrások mértéke, a problémák leküzdése, a sikerélmény, az elégedettség mind-mind az egészség meghatározói között vannak (Becker, 1992, idézi: Benkő, 2005).

A betegség hiányának objektív megközelítésétől az egészség szubjektív megéléséig. Az egészség organikus feltételeitől a személyes feltételekig: az egészség alapja nem a test/ a szervezet, hanem az élő személy, aki szubjektíven tapasztalja az egészséget. Ez az élő személy képes az önmegfigyelésre, a célorientált tevékenységre és saját magatartása megítélésére. Az egészséget a problémamegoldásra és az érzelmek irányítására való képességként értelmezzük, ami lehetővé teszi a pozitív énkép, a testi-lelki elégedettség megőrzését és újraartikulálását (Benkő, 2009), (in Badura, 1992, idézi: Benkő, 2005).

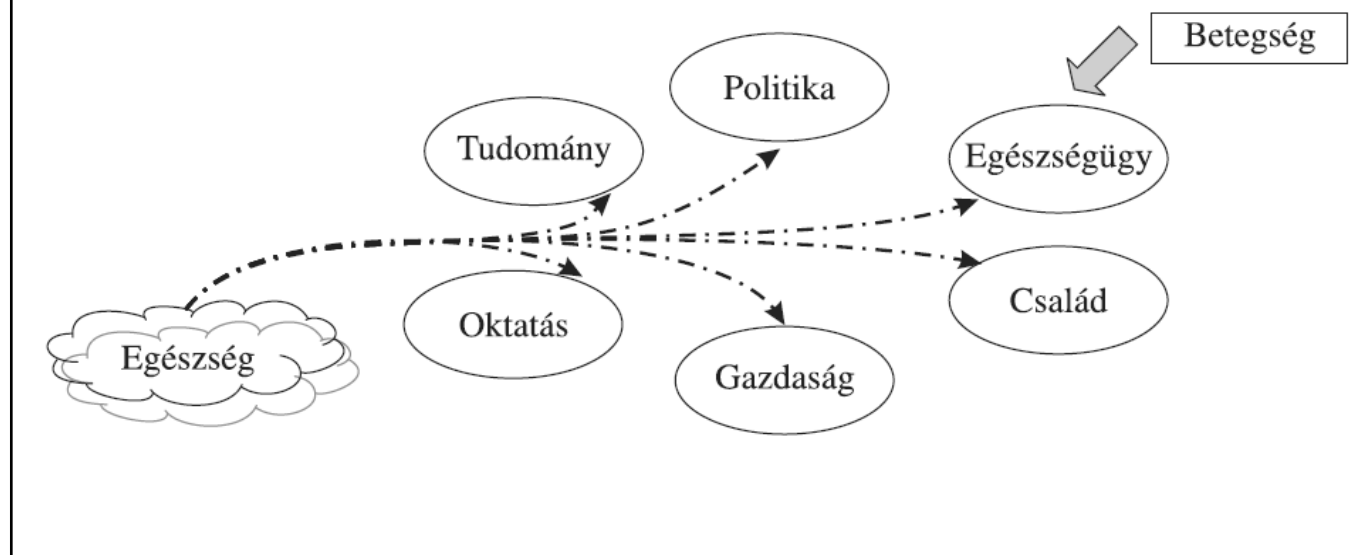
Az egészség statikus értelmezésétől a dinamikus értelmezésig: az egészség dinamikus folyamat, amelyben az egészség a személy és környezete közötti aktív kölcsönhatás előfeltétele és eredménye. Az egyén környezete követelményei, valamint saját szükségletei és vágyai között teremtett egyensúlyban demonstrálja, hogy egészséges-e. Ezt az egyensúlyt folyamatosan újra kell teremteni. „Az egészség társadalmi bázison alapuló individuális értéként definiálható, ezért beszélhetünk az egészségre történő szocializációról.” (Hurrelmann, 1988).

Álláspontunk szerint az egészségfejlesztési tematikán belül az egyik legtermékenyebben hasznosítható megközelí-

1. ábra

A modern társadalmakat felépítő társadalmi alrendszerek és az egészség helye, szerepe

(Forrás: Luhmann, 1982)



tés Aaron Antonovsky egészségértelmezése. Végezetül ennek főbb gondolatait ismertetjük. Az egészséget Antonovsky szerint szubjektíven éljük meg, és az egyénnek akkor is lehet egészség-érzete, ha krónikus beteg, egészségtelen körülmények között él vagy súlyos krízisben van. Elméletének kiindulópontja az egészség, az 'egészség forrását' kutatta a patogenetikus irányultságú 'betegségek okának' keresése helyett. Tehát vizsgálódásainak kérdése az volt, mitől vagyunk egészségesek (*szalutogenezis*) és nem az, hogy melyek a betegség okai (*patogenezis*).

Két kulcsfogalommal dolgozott: az *Általános Rezisztencia Erőforrásokkal (ÁRE-k)* és a *Koherenciaérzettel (KÉ)*. Maga az elmélet a koherenciaérzetet nevet viseli. Mit jelent a két fogalom és hogyan viszonyulnak egymáshoz? Az *általános rezisztencia erőforrások* olyan biológiai, materiális és pszichoszociális tényezők, amelyek könnyebbé teszik az emberek számára, hogy életüket konzisztensnek, strukturálnak és érthetőnek lássák. Tipikus *ÁRE-k* a pénz, a tudás, a tapasztalat, az önbecsülés, az egészségtudatos magatartás, az elköteleződés, a társas támogatás, a kulturális tőke, az intelligencia, a hagyományok és az életszemlélet. Ezek segítik a személyt a koherens élettapasztalatok felépítésében. Ha egy személy rendelkezik ezekkel az erőforrásokkal, vagy közvetlen környezetében azok jelen vannak, nagyobb eséllyel birkózik meg az élet kihívásaival (Lindström and Eriksson, 2006).

Antonovsky másik kulcsfogalma a *koherenciaérzet (sense of coherence)*, ami azt jelenti, hogy az egyén milyen mértékben rendelkezik *általánosítható, tartós, dinamikus bizalomérzettel* arra vonatkozóan, hogy a *belső és külső környezet eseményei* számára *strukturáltan, kiszámíthatóan, beláthatóan* alakulnak, a *követelményeknek megfelelő erőforrások (ÁRE)* állnak rendelkezésére, és az események számára *kihí-*

vást jelentenek, ezért megérik az egyéni erő kifejtését. A *koherenciaérzethez* hozzátartozik a *változtatási képesség, amely a személyes képességek fejlesztésének potenciális lehetőségét rejt magában*. Ezért vált az egészségfejlesztés egyik meghatározó elméletévé (Lindström and Eriksson, 2006).

Végezetül Antonovsky meghatározta a koherenciaérzet komponenseit, amelyek (i) a világ megérthetőségének élménye, – a kognitív komponens; (ii) a kezelhetőség élménye – az instrumentális vagy viselkedéses komponens; (iii) az értelemteliség élménye – a motivációs komponens. A koherenciaérzet (*KÉ*) alkalmazható egyéni, csoportos és társadalmi szinten, és dinamikus változik az élet folyamán. A koherenciaérzet irányultsága és komponensei összekapcsolhatóak (Benkő, 2009; Lindström and Eriksson, 2006).

A stresszorok ebben a modellben is központi szerepet játszanak. Minél jobb az egyén megküzdési stratégiái, minél több tartalék áll rendelkezésére, annál hamarabb sikerül a stresszorok által létrejött nyomást ellensúlyoznia.

Az egészségfejlesztés helye a társadalmi alrendszerekben

Az egészségfejlesztés társadalmi integrációjának alapját a rendszerszemlélet képezi, ezért a társadalmi illeszkedéssel kapcsolatos gondolatainkat a társadalmi alrendszerek luhmanni elméletére alapozzuk.

A modern társadalmak dinamikáját Luhmann a következő társadalmi alrendszerekkel írja le: gazdaság, politika, média, közigazgatás, oktatás, egészségügy, tudomány, vallás, család. A modern társadalmak funkcionális szempontból differenciáltak, minden egyes alrendszer meghatározott társadalmi feladatokat lát el, de ezzel egyúttal bizonyos szükségleteket is

kielégít más alrendszerek számára (Luhmann, 1982). A társadalmi alrendszerek és szervezeteik között nagyon bonyolult kölcsönhatás van, ugyanakkor autonómok is, fejlődnek és saját „nyelven” kommunikálnak (pl. a gazdaság, a pénz, az oktatás, a tudás nyelve, stb.). Egy társadalmi alrendszer minden külső hatást a saját nézőpontjából értékeli. A társadalmi alrendszerek felosztják egymás között a társadalmi feladatokat, s minden egyes társadalmi alrendszer az összes többiért is végzi saját speciális feladatait. Az egyén szintjén ez úgy jelenhet meg, hogy pl. az oktatási alrendszerben megszerzett kulturális tőkét gazdasági és társadalmi tőkére válthatja át (Bourdieu, 1997). A társadalomban folyamatosan új, megoldásra váró feladatok jelennek meg, amelyek sokszor nehezen illeszthetők az egyes alrendszerek meglévő feladatkörébe, még nehezebben észlelhetők számukra. Mindegyik társadalmi alrendszer a már meglévő intézményrendszerébe integrált feladataira, problémáira fókuszál. Többek között ezzel magyarázható az, hogy a társadalom miért küzd meg nehezen az új problémákkal (Grossmann és Scala, 2004).

Bár maga az egészségfejlesztés a maga modern szemléletével, módszereivel már 15–20 éve jelen van a magyar társadalomban, mégis – a rendszerszemlélet alapján – nagyon nehezen épül be a társadalmi alrendszerekbe.

Nézzük a tanulmányunkban használt harmadik fogalmat: az egészségfejlesztést. „Az egészségfejlesztés az a folyamat, amely képessé teszi az embereket egészségi állapotuk fokozottabb ellenőrzésére és javítására” (Ottawai Charta, 1986, in: Benkő és Tarkó, 2005). Az egészségfejlesztés a fenti egészségfogalmakra építve – a luhmanni társadalmi alrendszerek értelmében – az összes társadalmi alrendszert megcélozza, kapcsolódva azok elsődleges társadalmi feladataihoz. Minden társadalmi alrendszer más megoldási lehetőségeket kínálhat fel a társadalom számára a komplex egészségfejlesztés érdekében.

Jelen tanulmányunkban a közoktatást és a felsőoktatást vesszük górcső alá, mégpedig az egészségfejlesztés szempontjából. Szűkebb vizsgálati területünk a felsőoktatásnak a közoktatáshoz szervesen kapcsolódó területe, a pedagógusképzés.

A kulturális tőkének, az élet-készségek elsajátításának kulcsszerepe van az egyén egészség-esélyének fejlesztésében, az életminőség javításában, a születéskor várható élettartam alakulásában. A luhmanni társadalmi alrendszerek ismeretében három alrendszert jelölhetünk meg, mint a kulturális tőke szempontjából legnagyobb szerepet játszó alrendszert: a családot, az oktatást és a médiát. Nem elhanyagolandó és elhanyagolható a kulturális tőke megszerzése szempontjából a többi alrendszer – így a politika, a gazdaság, a tudomány és az egyház – szerepe sem.

A két társadalmi alrendszernek – a közoktatásnak és a családnak – egymással szorosan együttműködve van esélye arra, hogy döntő szerepet játsszon az egészség értékének, tudásának és „megszólaltatásának” fejlesztésében, azaz begyakorlásában. A közoktatásnak az egészség értéke mellett olyan társadalmi értékek, mint a nemzettudat, az erkölcsi, esztétikai értékek alakításában, begyakorlásában is döntő szerepet kell vállalnia. (ld. Szörényi, 2010).

Mi az egészségfejlesztés célja a közoktatásban és a képzésben?

Az egészségfejlesztés oktatásának elsődleges célja, hogy a szükséges egészségismeretekkel ellátott személyek szabadon választhassanak, dönthessenek. Ezen összetett cél eléréséhez az oktatásnak kognitív (információszerzés, megértés) affektív (érzelmeik, viselkedésminták) és a magatartásra, életmódra (készségek) irányuló elemeket kell tartalmaznia. *A tanulás folyamatát az egészségfejlesztés szempontjából (is) differenciáltan értelmezzük, ami azt jelenti, hogy a tanulás nemcsak funkcionális tudásszerzés, hanem önmagunk észlelése, értékek értelmezése, cselekvési képességek megszerzése, identitáskeresés (Benkő, 2010. 39. o.).* Hogyan lehet ezt megvalósítani? Milyen módszereket érdemes az egészségfejlesztés oktatásában alkalmazni?

Az első két fontos feltétel, hogy az oktatás minden szinten egészség- és cselekvésorientált legyen. E feltétel alapja a paradigmaváltás utáni egészség szemlélet, egészségértelmezés, valamint a korszerű pedagógiai, pszichológiai, szociológiai módszerek integrált alkalmazása.

Az egészség szemlélet közvetítéséhez, interiorizálásához fontos továbbá, hogy a közoktatás a természeti, társadalmi környezetbe integrált egyént, diákot helyezze előtérbe, azaz mindig tartsa szem előtt, hogy a diák – az iskola mellett – családjához, kortárscsoportjához és más kiscsoportokhoz, valamint lakókörnyezetéhez, annak épített és természeti részéhez is tartozik.

A két leghatékonyabb integrált módszer, amelyek iskolai környezetbe is nagyszerűen adaptálhatóak, az empowerment és az egészségfejlesztő projekt (lásd részletesen: Benkő és Tarkó, 2005; Grossmann és Scala, 2004).

Tekintsük át először – a teljesség igénye nélkül – azokat a közelmúltban, a pedagógusképzésben bekövetkezett változásokat, amelyek az egészségfejlesztő tevékenységre való felkészülést szolgálták (Benkő, 2010).

„Bologna előtt...”

A magyar felsőoktatás Bologna-rendszerű átalakítása előtt, a kilencvenes évek elejétől kezdődően, a pályakezdő és gyakorló pedagógusok számára is léteztek elérhető egészségfejlesztési képzések. Ezek a képzések – a jogszabályi háttér, a Nemzeti Alaptanterv és a pedagógusképzés finanszírozási háttere szempontjából egyaránt – szervesen illeszkedtek a tanárképzés és tanár-továbbképzés rendszerébe (Benkő, 2010. 39. o.). Megalapításuk és indításuk sorrendje alapján az egészségfejlesztéssel kapcsolatos képzések a következőképpen csoportosíthatóak:

1. Kezdetben Magyarországon is elsősorban a gyakorló pedagógusokat (is) megcélzó továbbképzések jelentek meg. Ezek a 30 órás érzékenyítő programoktól kezdve a 120 órás továbbképzéseken át a posztgraduális képzésekig terjedtek. Példaként említhető a „30 órás továbbképzési program pedagógusoknak, segítő foglalkozásúaknak”, amelynek az volt a célja, hogy segítségével a résztvevők képessé váljanak bizonyos, egészséget károsító viselkedésminták felis-

merésére és megelőzésére, példaértékű attitűd felmutatására a velük kapcsolatba kerülő emberek számára (Benkő, 2010. 39. o.). Már ez a 30 órás program is alkalmas volt az elemi szintű egészségfejlesztési ismeretek közvetítésére, figyelemfelkeltésre, morális érték közvetítésére és az egészségfejlesztő beavatkozások szemléletmódjának saját élményen alapuló megtapasztalására (Benkő és Erdei, 2003).

2. A 120 órás továbbképzések már azokat a pedagógusokat célozták meg, akik mélyebben érdeklődtek az egészségfejlesztés iránt, de még *nem kívántak hivatásszerűen foglalkozni* ezzel a területtel. Az ilyen képzések egyik tipikus példája az „Egészségnevelés – mentálhigiéné 120 órás továbbképzés, pedagógusoknak”. A továbbképzés modulrendszerben zajlott, célcsoportját pedig a közoktatásban – óvodában, általános iskolában, szakképző intézményben, gimnáziumban – dolgozó pedagógusok szélesebb rétegei képezték. Ők olyan szemléletformáló, gyakorlatorientált kurzusokat igényeltek, ahol az egészségfejlesztésben dolgozó szakemberek a közoktatásban dolgozóakra szabott módon közelítettek az egészségfejlesztés témaköréhez. A továbbképzés tematikáiban hangsúlyosan szerepeltek az emberismeret és önismeret képességeinek fejlesztéséhez, bármely közoktatási vagy közművelődési intézmény egészségnevelő-mentálhigiénikus feladatainak megvalósításához, egészségnevelési akciók megszervezéséhez, kivitelezéséhez szükséges ismeretek, készségek. A továbbképzés súlypontjait az egyes modulok nevei is világosan kijelölték, illeszkedve a korszerű egészségfogalmakhoz, az egészségfejlesztés komplex elvárásaihoz: „Egészséges életmód”; „Lelki egészségvédelem”; „Egészséges társadalom”; „Konfliktuskezelő tréning” (Benkő és Erdei, 2003).

3. Voltak azonban olyan gyakorló pedagógusok is, akik már *hivatásszerűen* szerettek volna az egészségfejlesztés témakörével foglalkozni. Számukra az „Egészségfejlesztő mentálhigiénikus szakirányú továbbképzési szak” már 1992-től elérhető volt a pedagógusoknak (is) szóló posztgraduális képzések között. Ez a posztgraduális képzés – az interszektoralitás és multidiszciplinaritás szempontjait figyelembe véve – egyszerre volt képes egészségfejlesztő és mentálhigiénés ismereteket nyújtani különböző előképzettségű diplomások számára. A képzés egyik fontos célkitűzése az volt, hogy a résztvevők – pedagógusok, óvónők, védőnők, menedzserek, népművelők, lelkesek, orvosok, jogászok, rendőrök, katonatisztek, stb. – közös nyelvet alakítsanak ki. Ez a képzés elsősorban nem önálló szakma létrehozását szolgálta, hanem olyan ismereteket, képességeket, szemléletet közvetített, amelyeket a legkülönfélébb szakterületeken dolgozók saját eredeti képzettségükbe és ezáltal alaptevékenységükbe integrálhattak (Benkő, 2010. 39. o.). A 4 féléves, 140 kreditos posztgraduális képzés levelező tagozaton indult, 400 tanórából állt. A képzésben oktatott diszciplinákat három területre lehetett csoportosítani: *társadalmi és népegészségtani ismeretek; lelki fejlődés és fejlesztés; medicinális ismeretek*. A képzésben igen jelentős szerep jutott egy negyedik területnek is, amely a gyakorlatorientáltságot volt hivatott szolgálni: *a terepgyakorlatnak*. A résztvevők egyaránt mehettek egészségügyi, oktatási, államgaz-

gatási és nagy rizikójú intézményekbe, profit- és nonprofit-orientált szervezetekbe. Fontosnak tartottuk, hogy a hallgatók lehetőleg más jellegű intézményt ismerjenek meg, mint amilyenben dolgoztak. Ez a pedagógusok számára is jelentősen könnyebbé tette azt, hogy az iskola társadalmi környezetének megfelelő egészségfejlesztő projekteket készítsenek elő és valósítsanak meg (*ezekből a projektekből válogatás: Benkő és Tarkó, 2005*), (Benkő és Erdei, 2003).

A pedagógus alapvégzettségű posztgraduális hallgatók számára nyújtott kínálatunkban szerepelt a *pedagógus szakvizsgára felkészítő egészségfejlesztő mentálhigiénikus program is*. A pedagógus életpálya legmagasabb fokát jelentő képzés azokat a pedagógusokat célozta meg, akik óvodapedagógusi, tanítói, tanári, gyógypedagógusi, kollégiumi nevelői, szociálpedagógusi, könyvtárosi, szakoktatói munkakörben dolgoztak, különösen akkor, ha intézményvezetői; gyakorlatvezető tanítói vagy tanári; szakértői; vizsgaelnöki; szaktanácsadói megbízatást láttak el és a fenti munkakörhöz, megbízatásokhoz szükséges szakmai és pedagógus mesterségbeli ismereteiket szerették volna bővíteni. A képzés alapozó egészségfejlesztési része – a jogszabályi előírásoknak megfelelően – a posztgraduális képzés tematikájára épült. Ezen felül kellett a hallgatóknak teljesíteniük a *kötelezően oktatott tanulmányi területet*, amely a pedagógusi tevékenység ellátásához szükséges elméleti és gyakorlati ismeretek megerősítését és újabb ismeretekkel történő bővítését tette lehetővé. (1993. évi LXXIX. törvény 17. §). A képzés harmadik részében, a *választható tanulmányi terület* szemesztere során pedig a pedagógiai területre fókuszált egészségfejlesztő mentálhigiénikus tanulmányokat folytattak a hallgatók (Benkő és Erdei, 2003).

Rendkívül fontosnak tartjuk azonban annak hangsúlyozását, hogy az egészségfejlesztés nemcsak a pedagógus-továbbképzésekbe épült be, hanem a *graduális pedagógusképzésnek is szerves részévé vált*. A főiskolai és egyetemi egészség-tanár-képzés kidolgozásához elengedhetetlenül fontos volt a posztgraduális képzés során kialakult integrált szemlélet és az ott szerzett tapasztalatok. A szak tantárgycsoportjainak kialakításában meghatározó volt a kormány 160/1997. (IX.26.) sz. rendelete a főiskolai és egyetemi szintű egészség-tanár szakok képesítési követelményeiről. A fenti kormányrendelet alapján a főiskolai szintű képzés célja *„olyan tanárok képzése, akik a testi, lelki, szociális egészségfogalomra alapozott egészség-tani, egészségmegőrző és mentálhigiénés ismeretekkel rendelkeznek. Felkészültek arra, hogy a hazai általános képzést folytató oktatási-nevelési intézményekben az 5–10. évfolyamokon, valamint a szak-képzésben és az iskolarendszeren kívüli képzésben szak-képzettségüknek megfelelően tanári oktató-nevelő munkát végezzenek. Továbbá akik az egészséges életmódot, a testi és egészségkultúrát modellként alkalmazzák és közvetítik, illetve egészségügyi és egészségpedagógiai szakismereteik rendszerezésével és alkalmazásával képesek a mentálhigiénés szemlélet kialakítására, tudományterületük alkotó művelésére és továbbfejlesztésére.”* (Magyar Közlöny, 1997/82.). Ezek a főiskolai, egyetemi szintű tanárképzések 1996 és 1998 között indultak el az ország néhány egyet-

emén. Az első diplomával rendelkezők 1999-ben kerültek ki az egyetemekről. Ezeknek a pedagógusoknak még nem volt lehetőségük a közoktatási rendszerbe beépülni, tevékenységüket kifejezni, amikor a felsőoktatás, így – a Bologna-folyamat részeként – a pedagógusképzés jelentős részének teljes átalakítására került sor.

„Bologna után”

Az egészségfejlesztés területén a pedagógusok alap- és továbbképzését érintően jelentős változások következtek be. A folyamat még ma is tart, így nehéz a változásokat áttekinteni. A legjelentősebbeket az alábbiak szerint összegezhetjük: a kétszintű képzés elvét követve létrejött a *Rekreációs-szervezés és egészségfejlesztés BSc szak (Magyar Közlöny, 2006)*, amely az *Egészségfejlesztés tanár MA szak (Magyar Közlöny, 2006)* egyik bemeneteként szolgál. A Bologna-folyamat és a kreditrendszer erőltetett és gyors bevezetésének, az ezzel járó kapkodásnak köszönhetően sem a bemeneti feltételek, sem a szakmai és módszertani követelmények nem illeszkednek egységes rendszerbe, a megrendelő sem fogalmazhatja meg elvárásait a képzést alapító, indító intézményekkel szemben. A mai napig nem került sor arra, hogy ezen BA-, BSc-képzések – és ide nemcsak a fenti szakok tartoznak – nagy többségét beilleszék a társadalmi alrendszerbe, az azokat alkotó szervezetekbe, feladatkörökbe. Ez a képzésbe kerülőket teljes bizonytalansággal töltheti el. Noha e szakterületek – így a rekreáció és az egészségfejlesztés – „társadalmi” hasznosságát, szükségességét senki sem vitatja, részletes, funkcionális beillesztésük csak részben valósult meg.

Mi szükséges ma ahhoz, hogy a közoktatás megfeleljen az egészségfejlesztési elvárásoknak? Elsősorban határozott *makropolitikai (kormányzati) elköteleződés* szükséges, amely az egészség, mint az egyik legfontosabb érték iskolai szocializálására biztosítja a feltételeket. Ennek a közoktatást szabályozó törvények, jogszabályok és egyéb dokumentumok formájában kell megjelennie. Elengedhetetlen továbbá az egészségfejlesztési feladatok megvalósításához szükséges humán erőforrás biztosítása a közoktatás intézményeiben. A humán erőforrás, azaz – az egészség paradigmaváltása alapján – felkészült, szakképzett pedagógusok és más segítő szakemberek köre az oktatási intézményekben: elsősorban az *egészségtan- és az egészségfejlesztés-tanár MA-végzettséggel rendelkező szakember*, valamint az *egészségfejlesztő mentálhigiénikus pedagógus szakvizsgával rendelkező bármilyen szakos tanár, a rekreációs-szervező és egészségfejlesztő BSc-oklevéllel rendelkező szakember*, valamint az *egészségfejlesztő szemlélettel rendelkező védőnő, gyermekorvos, iskolapszichológus. Fontos szerepet tölthet be még az iskolai egészségfejlesztő teamben a rövid – 30–120 óras – egészségfejlesztő tanártovábbképzésben részt vett pedagógus is.*

Mire képes és alkalmas az egészségtan-tanár? Az egészségtan-tanár a teljes iskolában gondolkodik és cselekszik az egészség értékei, tevékenységei mentén (egészségfejlesztő iskola). Egyedül képes az egészségtan tantárgy egészségfejlesztő szemléletű tanítására. Emellett tudása, módszertani

felkészültsége jól hasznosítható tematikus egészségfejlesztő osztályfőnöki órák tartására, szakkörök vezetésére, iskolai egészségterv, projekt, készítésére, koordinálására, motívált pedagógus kollégák bevonására. Az egészségfejlesztő iskola – e szakemberek vezetésével – integrálja a szülőket, az iskolatöbbi pedagógusát, az iskolával kapcsolatban álló más szakembereket, intézményeket (családsegítő, nevelési tanácsadó, pályaválasztási tanácsadó, drogambulancia, gyermekvédelem, gyámügy, stb.). Az egészségtan-tanár képes az iskolai szereplői számára egyéni és csoportos életmódtanácsadásra, konfliktusok kezelésére.

Hogyan érhető el a fenti állapot a közoktatásban? A közoktatási jogszabályok mellett a felsőoktatásnak is újra szerepet kell vállalnia a hatékony pedagógusképzésben és a többszintű, modulrendszerű tanár-továbbképzésben. E továbbképzés legmagasabb szintjét – a pedagógus életpályamodell szerint – a pedagógus szakvizsgának kell adnia. *Melyik pedagógus milyen szakvizsgát szerezzen?* Ezt az iskola igényeinek, speciális helyzetének kell szabályoznia a törvény által előírt kereteken belül, azaz melyek azok a feladatok, amelyeket a társadalom a közoktatástól vár el, követel meg. *Milyen szakvizsgák jöhetnek szóba?* A pedagógusok alapvégzettségéhez kapcsolódó szakmai, szakmódszertani továbbképzések; a nemzeti értékeinket, kultúránkat közvetítő továbbképzések; a kisebbségek (főképpen a romák) integrálását segítő továbbképzések; az egészségfejlesztést, a mentálhigiénés kultúrát közvetítő továbbképzések, amelyek a családi értékek közvetítését éppúgy magukban foglalják, mint a szexuális kultúrát vagy a művészeti és mozgáskultúrát.

A felsőoktatás és a közoktatás átalakításában elinduló folyamat felcsillanthatja ennek a deklaráltan kormányzati szinten megfogalmazott értéknek, az egészségnek a szocializáció szempontjából legfontosabb társadalmi alrendszerbe, a közoktatásba való szakszerű integrálásának lehetőségét.

Összefoglalás

Az egészség az egyik legfontosabb érték, az iskola pedig az egyik legfontosabb szocializációs színtér, ezért elengedhetetlen, hogy az egészség iskolai szocializálását az arra képes és alkalmas, felkészült, szakképzett pedagógusok és más segítő szakemberek végezzék el. A modern egészségértelmezés és a jelenleg is paradigmaváltás alatt lévő egészségfejlesztés kulcsfogalmainak, társadalmi szervezési lehetőségeinek áttekintéséből kiindulva vesszük szemügyre a pedagógusképzésben az egészségfejlesztő tevékenységre való felkészülést szolgáló közelmúltbeli változási folyamatokat. A gyakorló pedagógusokat megcélzó rövidebb érzékenyítő programoktól a hosszabb, hivatásra felkészítő posztgraduális képzésekig, valamint a graduális főiskolai és egyetemi szintű egészségtan-tanári végzettségig színes, gyakorlatorientált képzési paletta állt a jövő egészségfejlesztő szakemberei rendelkezésére. A Bologna-folyamat által indukált felsőoktatási szerkezetváltás jelentősen átalakította a pedagógusok alap- és továbbképzési rendszerét, így a fenti rendszerben változást jelentett, hogy az egészségfejlesztés területén is a kétszintű képzés elvének megfelelően létrejött

a *Rekreációs szervezés és egészségfejlesztés BSc szak*, amely az *Egészségfejlesztés-tanár MA szak* egyik bemeneteként szolgál. A felsőoktatás készen áll tehát arra, hogy az egészség, mint kormányzati szinten is fontosnak tartott érték szakszerű közoktatási integrációja megtörténhessen.

Summary

Health is one of the most important values, and school is one of the most important settings of socialisation, that is why it is crucial to have educators and other helping professionals who are able and competent, prepared and trained for the socialisation for health at schools. Starting from the overview of the key terms of modern health concept and health promotion which is currently under a paradigm change, and looking at the possibilities of its social integration, we study the current

change processes going on in teacher training and preparation for health promotion activities. From shorter, sensitizing programmes for in-service teachers to longer preparations for the profession, as well as to the graduate college and university level health sciences teacher qualification, a colourful educational palette was at the future health promoter professionals' disposal. The change in the structure of higher education induced by the Bologna process has considerably altered the initial and further training system of educators, resulting in the above system of educating health promoting professionals at establishing, on the basis of the two-cycle training, the *Recreation Organisation and Health Promotion BSc degree*, which is one of the inputs of the *Health Promotion Teacher Master*. Higher education is thus ready for the integration of health as a value considered to be important at a governmental level as well into public education.

IRODALOM

- Benkő Zsuzsanna–Erdei Katalin (2003): *Egészségfejlesztés felsőfokon*. JGYF Kiadó, Szeged.
- Benkő Zsuzsanna–Tarkó Klára (2005, szerk.): *Iskolai egészségfejlesztés. Szakmai és módszertani írások egészségterv készítéséhez*. JGYF Kiadó, Szeged.
- Benkő Zsuzsanna (2005): „Bevezetés az egészségfejlesztésbe.” In: Benkő Zsuzsanna–Tarkó Klára (szerk.): *Iskolai egészségfejlesztés. Szakmai és módszertani írások egészségterv készítéséhez*. JGYF Kiadó, Szeged, 13–27.
- Benkő Zsuzsanna (2009): *Egészségfejlesztés. Módszertani kézikönyv*. Mozaik Kiadó, Szeged.
- Benkő Zsuzsanna (2010): „Egészségfejlesztés a közoktatásban és tanárképzésben.” In: *Népegészségügy*, 88. évf. 1. sz. 37–42.
- Bourdieu, P. (1997): „Gazdasági tőke, kulturális tőke, társadalmi tőke.” In: Angelusz Róbert (szerk.): *A társadalmi rétegződés komponensei. Válogatott tanulmányok*. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest, 156–177.
- Grossmann, R.–Scala, K. (2004): *Egészségfejlesztés és szervezetfejlesztés. Egészséges szinterek fejlesztése*. JGYF Kiadó, Szeged.

- Hurrelmann, K. (1988): *Social Structure and Personality Development*. New York: Cambridge University Press.
- Kuhn, T. (1984): *A tudományos forradalmak szerkezete*. Gondolat, Budapest.
- Lindström, B.–Eriksson, M. (2006): „Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development.” In: *Health Promotion International*, Vol. 21., No. 3. 238–244.
- Luhmann, N. (1982): *The Differentiation of Society*. New York, Columbia.
- Szörényi László (2010): „Vigyázat! Csak körültekintően! Az erkölcsi nevelés alapfeltétele, hogy a pedagógus azonos lehessen önmagával.” In: *Magyar Nemzet*, 2010. június 15. www.mno.hu/portal/719033

JOGSZABÁLYOK, RENDELETEK

- Magyar Közlöny 1997/82. szám A Kormány 160/1997. (IX.26.) Korm. rendelete a főiskolai és egyetemi szintű egészségterv-tanár szakok képesítési követelményeiről.*
- Magyar Közlöny 2006/36/II. szám 15/2006. (IV.3.) OM rendelet 1993. évi LXXIX Törvény a közoktatásról.* http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99300079.TV

A Magyar Rákellenes Liga „Füstmentes fal” című pályázata

**Pályázatokkal a dohányzás ellen
„A dohányos is ember, csak rövidebb ideig!”**

Bajorné Lobenwein Beáta

Magyar Rákellenes Liga

A Magyar Rákellenes Liga minden évben új, országos dohányzásellenes diákpályázatot hirdet meg az ország összes általános és középiskolájában, amelynek elsődleges célja, hogy a diákok minél fiatalabb korban ismerjék meg a dohányzás káros következményeit és tudatosan mondjanak nemet a dohányzásra.

Idei pályázatunk könnyedén megvalósítható bármilyen, gyerekekkel foglalkozó intézményben. Ehhez – vagy bármilyen hasonló tevékenységhez – szeretnénk kedvet ébreszteni az alábbi beszámolóval.

Tavaly ősszel egy nagyobb, kreativitást igénylő, teljes iskolai közösségeket megmozgató faliújságpályázatot hirdettünk „Füstmentes fal” címmel, a Védőnők Országos Szövetségének segítségével. Célunk az volt, hogy a faliújság elkészítése ne néhány kép kiragasztásából álljon, így szigorú és sokféle aktivitásra buzdító pályázati kiírást fogalmaztunk meg.

A zsűri e kiírás alapján, a következő szempontok szerint értékelte a pályázatokat:

- a faliújság pozitív üzenete, dohányzásellenes figyelemfelhívó ereje,
- a faliújságon elhelyezett anyagok szakmai helyállósága,

– a faliújságon szereplő saját készítésű anyagok és személyes példák aránya,

– a faliújság kialakításának munkájában résztvevők minél szélesebb köre: minél több diák, minél tágabb korosztályból, pedagógusok, védőnők, gyermekorvosok és szülők is,

– a faliújság mennyire szólítja meg, aktivizálja a diákokat, hogy iskolai szintű versenyeken, pályázatokon vegyenek részt.

Nagy sikernek tekintjük, hogy 200 pályázati anyag érkezett. Egy pályázat sikerét azzal mérhetjük, hány diákot milyen intenzitással mozgatott meg. Egy-egy ilyen pályázati anyag mögött gyakran az iskola összes tanulója, több száz gyerek, pedagógus, iskolaorvos, védőnő és a szülők közös, több hetes munkája áll, ugyanis – a kiírást komolyan véve – az iskolák különböző versenyeket hirdettek és érdekes programokat szerveztek. A gyerekek az idő nagy részét lelkesen, kreatívan és önként töltötték a dohányzásról való gondolkodással, sőt, társaik gondolkodásának megváltoztatásával.

A pályázati kiírás meghatározta, hogy a munkába minél több segítőt, résztvevőt kell bevonni. Megható volt olvasni a tanárok, a szülők, a portások és a karbantartók dohányzással kapcsolatos vallomásait és tanácsait. Éppen e közös



együttműködés miatt érezzük különlegesen sikeresnek ezt a pályázatot. A közös projektmunkák hatékonyan fejlesztik a tanulók és a felnőttek együttműködési és kommunikációs készségeit.

A sikeres pályázat másik feltétele az interaktivitás volt. A diákok nagyon ötletes üzenőfalakat hoztak létre és a modern internetes felületeket is felhasználták, ezzel a dohányzásellenes küzdelem új színtereit is ötleteket adtak.

A pályázati kiírás a legkülönbözőbb kreatív megoldásokra is lehetőséget adott: a legfiatalosabb iskola tornaterme külső falára dohányzásellenes graffitit készített. A tanintézmények nagyon sokféle dohányzásellenes versenyt hirdettek: a versírástól a képregénykészítésen át az új cigarettásdobozfeliratok versenyéig. A legeredetibb mozgósító ötletek díját egy olyan iskola nyerte, ahol saját készítésű, dohányzással kapcsolatos memória- és táblás játékokat készítettek, illetve használták a tanórákon és a napköziben. A győztes iskolák pályázati anyagának összeállításában látszik az elkötelezett pedagógusok, védőnők és más segítők rendkívüli munkája.

A zsűri örömmel olvasta a fiatalos és ötletes szlogeneket, közülük az egyikből már szórólap is készült.

A pályázók nagy része díjat érdemelt volna, ám csak a 16 legjobbat és legérdekesebbet díjazhattuk. Az iskolák sporteszközöket kaptak, amelyekkel arra szeretnénk felhívni a figyelmet, hogy a dohányzás ártalmait leginkább az a fiatal tudja elkerülni, aki sportosan, egészségére tudatosan figyelve él. A díjazott pályázati anyagok fotói honlapunkon megtekinthetők (www.rakliga.hu/dohanyzas_menu pont).

Tapasztalataink szerint az egészségfejlesztés területén az ifjúsági pályázatok kifejezetten hasznosak, mivel non-direktív módon gondolkodtatnak és készítetnek cselekvésre. A dohányzás által leginkább veszélyeztetett korosztálynál direkt információkkal és tiltásokkal nehezen érünk el eredményeket. A tanácsokra, felszólításokra már ismerjük a megszokott válaszokat, diákoktól, felnőttektől egyaránt.

A direkt tiltás helyett hatékonyabb az érzelmeket is megérintő beszélgetés és tájékoztatás, a visszautasítás nehéz helyzeteinek játékos, interaktív feldolgozása. A már dohányzók esetében pedig az empátia, a megértés (de nem egyetértés) és az együttgondolkodás lehet a megközelítés útja.

A pályázat maga is erről szólt: az együttgondolkodásról és a közös cselekvésről. Reméljük, a munka közben és hatására jó elhatározások is születtek.

Köszönjük a védőnők aktív segítségét és nagyon örülünk, hogy ilyen sok fiatal megmozgatott a feladat. A pályázatok összesen folytatódnak, reméljük, az együttműködésnek akkor is az eredményes munka lesz a gyümölcse.

Összefoglalás

A *Magyar Rákellenes Liga* nagy kreativitást igénylő, teljes iskolai közösségeket megmozgató faliújságpályázatot hirdetett „*Füstmentes fal*” címmel, amelyen 200 iskolai csoport vett részt. Tapasztalataink alapján az ifjúság érdekében végzett egészségfejlesztő munkához az ehhez hasonló pályázatokat javasoljuk, mivel intenzíven megmozgatják a gyerekeket, non-direktív módon gondolkodtatnak, lehetőséget adnak a kreativitás kibontakozására és fejlesztik a résztvevők közötti együttműködést.

Summary

Hungarian League Against Cancer issued a tender on notice board “*Smoke-free wall*” what required great creativity from the whole school, 200 schools participated in it. Based on our experience, we suggest similar proposals in order to the youth health promotion work carried out as intensively motivating children, on non-directive way of thinking, provide an opportunity to be creative and to develop cooperation between the participants.

„Elköteleződés az egészségért. Mit tehetünk helyben?”

Konferencia az egészségi egyenlőtlenségek mérséklésének hatékonyabbá tételéért

2011. május 12., Budapest

Köteles Gábor

Országos Egészségfejlesztési Intézet

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet (OEFI) és a Friedrich Ebert Alapítvány – évek óta tartó szakmai együttműködés keretében – 2011. május 12-én nagy sikerű közös konferenciát szervezett „Elköteleződés az egészségért. Mit tehetünk helyben?” címmel a Nemzeti Erőforrás Minisztériumban.

A konferencián a nagyszámú hallgatóságot Gyebnár Brigitta főosztályvezető asszony (Egészségügyért Felelős Államtitkárság) és Molnár János, a Friedrich Ebert Alapítvány képviselője köszöntötte. Ezután Dr. Aigis Tsouros, a WHO Európai Regionális Iroda osztályvezetője videóüzenetben hívta fel a résztvevők figyelmét arra, hogy az Európai Unióban az egészségi egyenlőtlenségek kezelése kulcsfontosságú kérdés, s hogy az Európai Unió egészségről szóló stratégiájában az egészség terén megvalósuló egyenlőség alapvető érték.

A plenáris ülés keretén belül Dr. Eleftheria Lehmann, az Észak-Rajna Westfáliai Tartományi Foglalkozás-egészségügyi Intézet főigazgatója „Egészség és munkahely”, Gábor Edina főigazgató (Országos Egészségfejlesztési Intézet) „Elköteleződés az egészségért” címmel tartotta meg nagy tetszéssel kísért előadását.

A konferencia második részében az adaptálható modellprogramokkal, jó gyakorlatokkal kapcsolatos előadások, beszámolók következtek. Elsőként a „Startolj Reggelivel!” iskolaregeli programot Varga Anita, az Országos Élelmezés-és Táplálkozástudományi Intézet munkatársa mutatta be. A 11 városból 14 intervenció iskolája (N=1461 fő) és 10 kontrolliskola (N=784 fő) 5. és 8. osztályos tanulói körében lebonyolított képzés, majd a rendszeres, hat héten át tartó, szervezett reggeli átütő sikert hozott. Többek között megtudhattuk, hogy a rendszeres, egészséges reggeli étkezés nemcsak a diákok közérzetében, hanem a reggeli tanulási kedv és aktivitás felerősítésében is központi szerepet játszik.

Az American Jewish Joint Distribution Committee/MAZS Alapítvány, a Susan G. Komen for the Cure és a Nyílt Társadalom Intézet képviseletében Jó Mariann az „Egyenlő

eséllyel a rák ellen” címmel 2007 és 2011 között hátrányos helyzetű nőknek szervezett szűrő- és felvilágosító program eredményeiről számolt be. A program három év alatt, komplex egészségnapok keretében, az ország 49 hátrányos helyzetű, főleg romák által lakott kistelepülésén 14 500 főt vont be valamilyen szűrésbe, valamint 4 500 nő mammográfiás szűrését tette lehetővé, jól demonstrálva ezzel az elköteleződött hatóságok, állami intézmények, civil szervezetek és önkéntesek széleskörű együttműködésének hatékonyságát.

„Roma egészségklubok létrehozása és működtetése három dunántúli megyében, 2003–2010” címmel Dr. Csépe Péter a Sex Edukációs Alapítvány képviseletében tartott előadást. Az idős romák elköteleződését bizonyította a három megyére kiterjedő klubhálózat közel 2 000 tagja. A (költség)hatékonyságot az is alátámasztja, hogy 120 házi orvos és 40 roma mediátor 60 közösségi vezető háttértámogatásával működtette a rendszert. A klubok eredménye nemcsak az volt, hogy javult a kapcsolat a házi orvosok és a roma közösségek között, hanem az is, hogy az idős romák az egészség megőrzésével és a betegségek megelőzésével kapcsolatos ismereteket adhattak át családjaiknak.

A „Nyitott kapu” a rendszeres testmozgásért és kapcsolódó egészségfejlesztési programok Vámospércsen című bemutatót Ménes Andrea polgármester asszony tartotta. A település 5 000 lakosa – az önkormányzat tudatos támogatása mellett – egészségfejlesztéssel kapcsolatos programok aktív résztvevője, és együttesen valósítják meg a közös tervezésen alapuló városi egészségfejlesztési tervet.

A szombathelyi központú „MMIK LOGO” Ifjúsági Szolgálat, Borsos László közvetítésével, egy komplex ifjúsági szolgáltató rendszer egyik elemét, a kortárs segítséget ismertette. A program során 20–20 fős csoportokban évente 80 középiskolás fiatal képeznek ki arra, hogy kortársaiknak – elsősorban az egészség megőrzésével kapcsolatosan – hiteles mintát és üzenetet juttassanak el. Elköteleződésüket tettekre váltják és négy találkozás, kiscsoportos kurzusban adják tovább a tanultakat, így a pozitív minták – 20 diák közvetítésével – 1 600 középiskolához jutnak el.

A 2006 és 2010 között négy alkalommal megrendezett „Közösen-Könnyebben!” életmódváltó munkahelyi csapatverseny című országos modellprogramot Monspart Sarolta, az Országos Egészségfejlesztési Intézet munkatársa mutatta be. A dinamikus prezentációból megtudhattuk, hogy évente átlagosan 100 csapat, 1000 fő fitességi indexe javult 70%-kal. A program során a résztvevők között a férfiak aránya harmadával emelkedett, az átlagéletkor pedig 46-ról 37 évre csökkent. Az előadó személyes varázsának és az egész hallgatóságot aktivizáló ülőtorna-gyakorlatainak köszönhetően érezhettük, hogy közösen valóban könnyebb...

Az „Óvodai Szenzomotoros Integráció, 2007–2011” modellprogram eredményeiről Bilics Edit, az Országos Egészségfejlesztési Intézet munkatársa számolt be. A Budapest VIII. kerületében zajló modellkísérletben jelenleg 173 gyer-

mek szenzomotoros fejlesztő tréningen, 170 gyermek pedig kontrolcsoportként vesz részt, ami jelenleg a kerületi óvodák 60%-át, az iskolák 25%-át éri el. A szenzomotoros értetlenséget mutató óvodások fejlesztésével csökkenthető az iskolai lemorzsolódás mértéke. Nemcsak a TSMT-módszernek, hanem a pedagógusok elköteleződésének is köszönhető az az eredmény, hogy a programban résztvevő gyermekek kétszer gyorsabb ütemben fejlődnek, mint spontán érő társaik.

Az Európai Unióban az egészségi egyenlőtlenségek kezelése kulcsfontosságú kérdés, ezért is fontos, hogy minél több hasznos információ, alkalmazható módszer álljon rendelkezésünkre. A megrendezett konferencia ezt a célt szolgálta. A modellprogramok honlapunkon részletesebben is megismerhetők: <http://www.oefi.hu/rendezv2.htm>

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.

Fáradásukat köszöni és eredményes munkát kíván

a Szerkesztőbizottság

Előzetes tájékoztató a 2011 őszén megrendezendő Férfiak Egészsége Világkongresszusról

**„A férfiak és az idősödés.
Egészségfejlesztés interdiszciplináris ellátás nyújtásával”**

2011. október 2–5., Bécs

Prof. Dr. Métényi János

Országos Egészségfejlesztési Intézet

Az idei, 2011. október 2–5. között Bécsben megrendezendő *Férfiak Egészsége Világkongresszus* egyszerre kínál lehetőséget átfogó, multidiszciplináris, tudományos ismeret- és tapasztalatcserére, s mutat be megoldásokat a kardiológia, az endokrinológia, az onkológia, az urológia, a szexuális medicina, a lelki egészség, az alapellátás, a közpolitikák, az oktatás, az idősödés és sok más területről.

(Bővebb információ: www.ismh.org/en/mens-health/world-congress/abstract-submission)

April Young, a kongresszus elnöke:

A 8. *Férfiak Egészsége Világkongresszus* 2011. október 2–5. között visszatér eredeti kiinduló városába, Bécsbe. A következő kongresszus tudományos és társasprogramjai építenek a város nyújtotta szilárd alapokra, és lehetővé teszik a Bécs történelmével és a férfiak egészsége terén megvalósított jelenlegi innovációival való találkozást. A 2011. évi *Férfiak Egészsége Világkongresszus* minden eddiginél nagyobb elkötelezettséget mutat a férfiak és családjuk, valamint közösségük javát szolgáló politikák megváltoztatása iránt. A tudományos program olyan, e területen elismert vezetők által tartott előadásokat is tartalmaz, akik sikereket értek el országuk vagy régiójuk férfiak-egészsége-politikájának ratifikálásában. Olyan technológiai innovációkkal is megismerkedhetünk a mobil- és az eEgészség területéről, amelyek elősegítik az egészségügyi ellátásbeli fejlesztéseket. Fentiekén kívül külön hangsúlyt fogunk fektetni arra a korszakalkotó másfél éves erőfeszítésre, amely a férfiak egészségének karbantartására vonatkozó átfogó útmutatások kidolgozására irányul.

Graham Jackson, a kongresszus elnöke:

A *Férfiak Egészsége Világkongresszuson* olyan multidiszciplináris csoport találkozik, amelynek célja a férfiak egészségének általános fejlesztése. A 2010-es kongresszus sikereire alapozva, 2011-ben továbbra is a férfiak egészségfejlesztésé-

nek minden tényezőjére kiterjedő széles spektrumban gondolkodunk, de különös figyelmet szentelünk az idősödő népesség ellátásának fejlesztésére. Még mindig fennáll a nemek közötti különbség az egészségügyi ellátás igénybevétele területén, ahol a férfiak általánosan rosszabbul állnak, mint a nők, sőt ezek a különbségek a kor előrehaladtával tovább fokozódnak. Az egészségügyi ellátás javításának támogatása nemektől függetlenül célunk kell, hogy legyen, de a *Férfiak Egészsége Világkongresszusának* megrendezésével lehetőségünk nyílik arra, hogy felszámoljuk a nemek közötti szakadékokat és egyenlő ellátást biztosítsunk mindenki számára.

**„Üdvözljük a következő
Férfiak Egészsége Világkongresszuson”**

Ezúton meghívjuk Önt a 8. *Férfiak Egészsége Világkongresszusra*, amelyet 2011. október 2. és 5. között, Bécsben rendeznek. 2011-ben a férfiak egészségi ellátásának javítását érintő általános problémákkal és kihívásokkal fogunk foglalkozni, de külön hangsúlyt fektetünk a férfiak idősödésére. Mivel tudjuk, hogy az idősödő népesség a társadalommal szemben növekvő igényeket támaszt, a kongresszus keretében való találkozásunk során erőforrásainkat a megoldások nyújtására összpontosíthatjuk.

A 2011. évi *Férfiak Egészsége Világkongresszus* a 2010-es franciaországi, nizzai *Férfiak Egészsége Világkongresszus* kiemelkedő sikerére épít, ahol több mint 1000, a férfiak egészségével foglalkozó orvos, kutató és szakpolitikai elemző vett részt és kezdeményezett vitát a férfiak helyéről a mobil- és eEgészség terén.

Az ellátást csak úgy fejleszthetjük együtt sikeresen, ha vállaljuk a vitát, megvizsgáljuk a felmerült kérdéseket, azonosítjuk a fejlesztést igénylő területeket és lobbizunk a fejlesztést lehetővé tevő erőforrásokért. A *Férfiak Egészsége Világkongresszus* az a fórum, amely a szükséges szaktudást az innovációval párosítja. Várjuk Önt is Bécsben, ahol fontos lehetőségünk nyílik a változtatásra.

Reméljük, találkozunk!

Küldetésünk

A 8. Világkongresszus küldetése a tartalmas, multidiszciplináris tudás- és tapasztalatcsere elősegítése a férfiak jól-léte témájában. Orvosként, kutatóként és szakpolitikai elemzőként a mi felelőségünk, hogy a fiatal és felnőtt férfiak egészségének holisztikus megközelítését közvetítsünk. A jól-lét átfogó megközelítése a pszichológiai egészségen kívül minden életkorban szükségszerűen magában foglalja a lelki és magatartásbeli egészséget, a szájhygiéniát és a táplálkozást. Tevékeny, aktív munka folyik mind a férfiak egészségének karbantartására vonatkozó útmutatók kidolgozása, mind a férfiak egészségének a megfelelő kontextusban, a családi és közösségi egészség keretében való értelmezése terén.

Kik vegyenek részt?

A férfiak egészsége és jól-léte iránt érdeklődők minél előbb regisztráljanak a kongresszusra. Különösen a következők aktív részvételére számítunk:

- Orvosok, minden olyan területről, ahol a férfiak egészsége fontos kérdés,
- Fiziológiai, mentális és magatartásbeli egészségi állapokra specializálódott orvosok és kutatók,
- Egészségügyi dolgozók (gyógyszerészek, fizioterapeuták, ápolók, akik képesek felismerni és megragadni az egészségügyi fejlesztések tágabb értelmezését),

– Népegészségügyi dolgozók, akik széleskörű szaktudással kiegészíthetik a többi tudományterületet,

– Egészségügyi dolgozók szövetségei, amelyek a mindennapi életből származó problémákat és megoldásokat mutathatnak be,

– Kutatói és elemzői közösségek, amelyek érdeklődnek az egészségbeli egyenlőtlenségek, az egészség társadalmi meghatározói és a szociális medicina iránt,

– Mobil- és eEgészséggel foglalkozó kutatók és elemzők.

Miért vegyen részt a kongresszuson?

A *Nemzetközi Társaság a Férfiak Egészségéért (International Society of Men's Health, ISMH)* az egyetlen olyan világszervezet, amely széles körben keres megoldást a terület kihívásaira – a klinikaitól az akadémiai, szakpolitikai és programszintekig. A *2011. évi Férfiak Egészsége Világkongresszuson* a téma élvonalbeli kutatói, orvosai és szakpolitikai elemzői találkoznak. Mindnyájunknak van mit megosztanunk, átadnunk és oktatnunk, ezenkívül tanulhatunk is kollégáinktól és barátainktól. A résztvevőknek ezért a kongresszuson lehetőségük nyílik:

- Másoktól tanulni, tudásukat és képességeiket fejleszteni,
- Szaktudásukat megosztani,
- Elsődleges célunkként a *Férfiak Egészsége Világkongresszust* a férfiak egészségügyi ellátása fejlesztésének szolgálatába állítani.

Az egészségnevelés és egészségmegőrzés fontosságának szerepe a családorvosi gondozásban

Miniszteri elismerés a kiemelkedő prevenciós, gondozási és gyógyító munkáért

Prof. Dr. habil. Schmidt Péter

Gyermekegészségügyi Szolgálat, Győr

Semmelweis Ignác Fülöp – akit a világ 10 legkiválóbb orvosa között tartanak számon – 1818. július 1-jén született. Az évfordulóhoz kapcsolódóan a Nemzeti Erőforrás Minisztériuma Arany János utcai dísztermében országos ünnepi megemlékezést tartottak.

Győr-Sziget és Pinnyéd településrészek egészségügyi szolgálatát *Dr. Bánai Györgyi, Dr. Juhász Julianna háziorvosok, Jóvi Krisztina Éva és Ábrahám Tiborné diplomás ápolók*, továbbá *Dr. Nagyné Oross Ilona és Kondor Józsefné orvos-asszisztensek* végzik.

Dr. Réthelyi Miklós miniszter úr – Dr. Jávor András közigazgatási államtitkárral közösen – Győr város ezen településrésze egészségügyi dolgozóinak kiemelkedő munkájukért elismerő miniszteri oklevelet nyújtott át. A díszoklevelet *Dr. Bánai Györgyi*, a munkacsoport vezetője vette át, míg a csoport valamennyi tagja elismerő oklevelet kapott. A miniszter az elismerés kapcsán hangsúlyozta, hogy a munkacsoport kiváló egészségnevelési és felvilágosító munkát végzett az elmúlt két évtizedben, s ezen felül mind gyógyító, mind megelőző és gondozási munkájuk országosan is példaértékű.

*Fotó: Kovács Gyuláné
(Nemzeti Erőforrás Minisztériuma)*

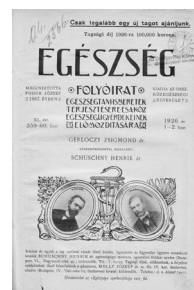


Dr. Nagyné Oross Ilona gyermekorvos-asszisztens átveszi a díjat Dr. Jávor András államtitkártól, mellettük Dr. Réthelyi Miklós miniszter úr



A győri díjazottak balról jobbra: Dr. Bánai Györgyi felnőtt háziorvos, Ábrahám Tiborné diplomás ápolónő és Dr. Nagyné Oross Ilona gyermekorvos-asszisztens Dr. Réthelyi Miklós miniszter úr társaságában

Az „Egészség” című folyóirat (Egészségtani ismeretek terjesztésére s a közegészségügy érdekeinek előmozdítására, szerkesztő: Dr. Fodor József, kiadó: Országos Közegészségi Egyesület) 1887–1942 között megjelent példányait a közelmúltban az Országos Egészségfejlesztési Intézetnek ajándékozták. (A példányok tartalomjegyzéke az OEFI honlapján megtekinthető, betekintés személyes egyeztetés után lehetséges.) Folyóiratunk visszatekint a múltba, s az akkori szemléletmód – a mai állásponttal párhuzamos – bemutatásával új cikksorozatot indít el. Időutazásra invitálunk mindenkit az 1800-as és 1900-as évekbe, és ezzel párhuzamosan bemutatjuk a témával kapcsolatos aktuális adatokat, álláspontokat is.



Közegészségügy és modern közigazgatás anno és most

Dr. Kishegyi Júlia¹,
Bodor Tamás¹

¹Országos Egészségfejlesztési Intézet

Dr. Medriczky Andor 1937 szeptemberében publikált, „Közegészségügy és modern közigazgatás” című cikkében – többek között – az alábbiakat írja:

„A mai modern közigazgatás, több évezredes kanyarodóval, visszaérkezett tehát oda, ahol, leszámítva a mai tudományos és technikai fejlettség eredményeit, a római világbirodalom, sőt azt az megelőző keleti birodalmak idején volt.

A közigazgatás hovatovább nem rendészeti igazgatás többé, hanem a gondjára bízott lakosságnak az élet minden vonatkozásában igazi segítője, támasza. A rendészet sem öncél, hanem a magasabb közszempontok védelmére, az azok ellen való vétkezések, kihágások megelőzésére, felderítésére és megtorlására törekszik.

Ezzel kapcsolatban a közigazgatás minden ágazatában egyre fontosabb szerephez jut az általános jogi tudás mellett a – szaktudás is. De még a jogi tudás sem lehet többé egyoldalúan csakis a paragrafusok elvont jogi ismerete, hanem: széles látókörű, a szaktudomány minden területére kiterjedő *áttekintési képesség*.

És éppen így: a jogászi tudomány mellett kiépülő műszaki és közgazdasági szaktudás mellé egyenrangú féllé felemelkedik a közegészségügy is. A falusi jegyzőnek éppúgy jártasnak kell lennie a jogi kérdésekben, mint ahogy érzékkel kell bírnia a technikai, közegészségügyi és közgazdasági terület nagy problémái és az ilyen szakképzettségű tanácsadók segítségével kidolgozott rendelkezések betartása iránt.

S érdekes az a körülmény is, hogy a modern közigazgatás összes problémái ma már kölcsönösen mennyire össze-vissza vannak fonódva egymással.

Így pl. a *városrendezés* nem nélkülözheti a szociális, a közegészségügyi, közgazdasági, az idegenforgalmi, sőt, a közoktatásügyi szempontokat sem. A közoktatásügyi viszont éppúgy köteles figyelemmel kísérni nemcsak a szellemi életet, hanem a szociális, a műszaki, a közgazdasági és talán legelsősorban a közegészségügyi szempontokat is.

A *közegészségügyi* ügykör azonban valamennyi között ma szinte a legszélesebb körben, a legkülönbözőbb munkaterületen érezteti hatását. A közegészségügyi szakember véleménye nemcsak a betegségek elleni küzdelemben, a betegségek megelőzésének nagy munkájában döntő, hanem ma már a testi és szellemi konstitúció *preventív* megóvásának kérdésében is szóhoz jut.

Ennélfogva a közigazgatás is elveszíti azt a szigorúan körülhatárolt ügykör és ügyosztály szerinti széttagoltság jellegét, amely a XIX. században még megfelelt az akkori rendészeti jellegű közigazgatás szellemének. A nagy problémák ma már bizonyos *csúcs-ügykörökké* nőnek, amelyek nem állhatnak meg az ügyosztályok, sőt közigazgatási határok, még országhatárok által megvont területeken belül sem, hanem egészen széles körre terjedően nyújtják ki csápjaikat. De a régi közmondás sem a régi többé: akinek Isten a mai nehéz időkben hivatalt adott, – annak magának kell megszereznie a szükséges szaktudást hozzá, ha feladatát lelkiismeretesen akarja ellátni. És ez az új, egyre szélesedő kötelezettség, amelynek egyre többen igyekeznek megfelelni, nehéz feladat elé állítja a magyar köztisztviselői kart.

Nagy, széleskörű és lehetőleg igen alapos tájékozottsággal kell bírnia a modern közigazgatási gépezet vezetőrétegének, hogy a különböző szakkérdésekben megnyil-

vánuló szakszemponthoz, – és néha nem is egybehangzó – szakvéleményeket kellően megbírálhassa és összeegyeztesse az egyetemes közjó javára, amelyet egyaránt köteles szolgálni az orvos, a mérnök, a jogász, a tanító, a pap, – egyszóval mindenki, akire az isteni gondviselés mások sorsának irányítását bízta.” (1)

Azok az megállapítások, amelyeket *Medriczky dr.* annak idején megfogalmazott, olyan közegészségügyi szituációban keletkeztek, amikor a lakosság egészségi állapotát, megbetegedési és halálozási viszonyait a fertőző betegségek határozták meg. Ugyanezek a megállapítások igazak a XXI. század elejének fejlett nyugati társadalmaira, a különbség csupán annyi, hogy a fertőző betegségek visszaszorultak, és az életmód modernizálódásából eredően megváltozott a megbetegedési és halálozási struktúra. A vezető halálokok a világ valamennyi fejlett országában az idült, nem fertőző betegségek köréből adódnak. A cikk megírása óta az ismeretek köre a társadalmi-gazdasági-tudományos-technikai fejlődéssel együtt tágul, de az alapelvek változatlanok. Megjegyzendő, hogy a szerző esszéjében a „közegészségügy” kifejezést használja, a mai terminológia inkább „népegészségügyről” beszél. A nemzetközi irodalomban használt „public health” fordításaként mindkét kifejezés helyes.

A korszerű definíciók az egészséget tágabb kontextusban határozzák meg, ahogyan a múlt század óta az egészség fogalmának meghatározása is változott. A *World Health Organisation (WHO)* alkotmányának előszava szerint „az egészség a teljes testi, szellemi és szociális jóllét állapota, nem pusztán a betegség vagy a fogyatékosság hiánya”. A *WHO* dokumentumai alapján „az egészségügyi rendszer az ellátórendszeren túl magában foglalja az irányítás/szervezés, az egészséginformáció, a humán erőforrás, a képzés/kutatás, a finanszírozás, a gyógyszer- és orvosi eszköz-ellátás és nem utolsósorban a közösségi egészségügyi, vagy másképpen népegészségügyi alrendszereket is.” (2)

A népegészségügy „interszektoriális, a társadalom valamennyi szférájára és rétegére építő tevékenység az egészség védelme és fejlesztése, a betegségek, sérülések és rokkantság megelőzése érdekében. A népegészségügyi tevékenység szervezeti kereteinek kialakítása, működtetése, felügyelete

kormányzati feladat, ugyanakkor professzionális szakembergárda által szervezett és irányított tevékenység.” (3)

A korszerű népegészségügy a hatósági funkciók mellett a lakossági szolgáltatói funkciók egyre szélesebb körét foglalja magában.

A *Nemzeti Erőforrás Minisztérium* szervezeti logikája optimális feltételeket teremthet a hatékony népegészségügyi, egészségfejlesztési tevékenységhez. Ez a struktúra ugyanis lehetővé teszi, hogy a legfontosabb népegészségügyi kérdésekben a legnagyobb súlyú ágazatok folyamatos tervezési-szervezési és végrehajtási egységet alkothassanak. Az életmódot – így az egészséget – lényegesen nagyobb mértékben befolyásolják más szakpolitikák, úgymint az oktatás-, az ifjúság-, a sport-, a szociál-, a foglalkoztatás-, a lakás-, a környezet-, a mezőgazdaság- és élelmiszerpolitika, stb. A legégetőbb népegészségügyi kérdésekre (az elhízás, a dohányzás széleskörű elterjedése, a betegségek korai felismerésének elmaradása) adott válaszokat ágazatok közötti együttműködésben lehet megfogalmazni, illetve a meglévő jogszabályokat elemezni, módosítani. A jogalkotás önmagában nem elegendő, ha nem tesszük mellé összehangoltan a szükséges és célzott forrásokat a különböző ágazatok költségvetéséből. Az egészségbarát közigazgatás hatékony és nemzetközileg elfogadott eszköze az egészséghatás-vizsgálat/becslés. A népegészségügyi szakemberek felsőfokú oktatásában is az interszektoriális ismeretek átadására („széles látókörű, a szaktudomány minden területére kiterjedő áttekintési képesség”) kell törekednie a képzőhelyeknek. Az *Országos Egészségfejlesztési Intézet* ösztönözte és ösztönözi, hogy a nem egészségügyi végzettséget adó felsőfokú oktató intézmények curriculumában is lehetőség legyen az egészségfejlesztési alapismeretek beépülésére. A „laikusok” számára az egészségterv módszertanának oktatása teszi lehetővé a helyi társadalmakban az egészségfejlesztéssel kapcsolatos alapismeretek megismertetését és a készségek elsajátíttatását.

A közegészségügy – népegészségügy – egészségfejlesztés mindig az adott kor legjelentősebb problémáira koncentrálni, azokat kell felismernie, megoldania. Az alapelveket *dr. Medriczky Andor* 1937-ben leírta, mi, az utódok pedig nem teszünk mást, mint ragyogó gondolatmenetét a XXI. század kihívásaira adaptáljuk.

HIVATKOZÁSOK

(1) *Medriczky Andor*: „Közegészségügy és modern közigazgatás.” In: „Egészség”: az Országos Közegészségügyi Egyesület folyóirata. 9. szám. Budapest, 1937.

(2) *Az egészségfejlesztés alapelvei – az egészségfejlesztés nemzetközi dokumentumai.* Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 2004.

(3) *Ádány Róza*: *Megelőző orvostan.* Medicina, Budapest, 2006.

CONTENTS

SURVEYS

- Sexual Behaviour of Young People – Part II. 2
Rita Simich M.D., Róbert Fábrián
- Health Consciousness of High School Students 5
Evelyn Erzsébet Sipos M.D., Eszter Nóra Nagy M.D.
- The Workplace as a Multiplier Scene of Health Promotion 14
Katalin Nagyvárad, Beatrix Kiss-Geosits

TRAININGS

- Mental Challenges of the Future among Young People of the Globalised World 17
István Hullám PhD, Ágnes Györffy
- Health Promoter Professionals in Public Education. The Response of Higher Education 21
Zsuzsanna Benkő M.D.

TENDERS

- „Smoke-free Wall” – A Tender Issued by Hungarian League Against Cancer 27
Beáta Lobenwein Bajorné

CONFERENCES

- „Engagement for Health. What can we do on the Spot?” – 12th May, 2011, Budapest 29
Gábor Köteles
- Men’s Health World Congress – 2–5th October, 2011, Vienna 31
Prof. János Métneki M.D.

HONOURS

- Importance of Health Education and Health Care in Family Practice 33
Prof. Péter Schmidt M.D.

THE MATTER OF HEALTH – PAST AND PRESENT

- Public Health and Modern Public Administration 34
Júlia Kishegyi M.D., Tamás Bodor

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